



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

Estrategias creativas desde el Arte y la Educación para la neurorrehabilitación del Ictus y la máxima funcionalidad del individuo en su medio.

Un Estudio Controlado Aleatorizado en adultos con Daño Cerebral Adquirido.

Rebeca Zurrú Fernández
Tesis Doctoral
Junio, 2020

Directores:
Dr. Joël Mestre Froissard
Dr. Ricard Silvestre Vañó
Dr. Roberto Llorens Rodríguez



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA

**Estrategias creativas desde el Arte y la Educación para la neurorrehabilitación del Ictus
y la máxima funcionalidad del individuo en su medio.**

Un Estudio Controlado Aleatorizado en adultos con Daño Cerebral Adquirido

Autora: Rebeca Zuru Fernández

Directores:

Dr. Joël Mestre Froissard

Dr. Ricard Silvestre Vañó

Dr. Roberto Llorens Rodríguez

Tesis Doctoral

Junio, 2020

*A mis padres,
por educarme y mostrarme el bosque
cuando el paisaje visible solo eran árboles.*

RECONOCIMIENTOS

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la confianza de las personas e instituciones a quienes dedico estos agradecimientos:

A mis directores de tesis, el doctor Joël Mestre Froissard, el doctor Ricard Silvestre Vañó, y el doctor Roberto Llorens Rodríguez, por su dedicación, constancia y, en todo momento presentes, por la libertad con la que me han permitido viajar entre ideas, y buenos consejos, todos estos años.

A la Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias" y al Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar", por abrir sus puertas y facilitar los recursos necesarios para embarcar en esta aventura.

A mi galería de arte preferida: Begoña, Tamara, José Antonio, Juan Andrés, Fernando, José Luis, Juan Miguel, Paco, Ángel, Aquilino, Otilia, Chelo, Juan Luis, Víctor, Benito, Lourdes, Teresa, Ana, Melquiades, Landete, Pepe B, Pepe O, Lamberto y Emilio, por volar y fantasear conmigo, por implicaros y acoger con seriedad e ilusión cada propuesta.

A Gema Vinielles, por facilitar la inmersión en el campo, a María del Carmen Caballero, por sus iniciativas, y a María Dolores Navarro, por gestionar las intervenciones.

A María del Carmen Más del Círculo Artístico Requenense, por contar conmigo y hacerme partícipe de cualquier praxis le rondara entre manos.

A Florentina Sánchez del Institut Universitari de Creativitat i Innovacions Educatives, por todos los recursos puestos a disposición y por su afecto.

A los amigos a los que he robado horas de compañía y, de una manera u otra, han sido claves en mi vida personal, y por extensión, en la académica y profesional. A Antonio por formar parte del último capítulo.

A mi incondicional y ejemplar familia. A zia Mary, zia Simo, tía Biky y tía Montse, a mis tíos, a mi abuelita María, a mi Andy, a mi Sara, y a mi María Sole. A mi tía Emilia, quien estuvo con nosotros día y noche al principio de todo esto. A mi abuela Nanda, por estar siempre presente. Mil mares nunca fueron suficientes para no sentirte en todos mis pasos.

Y por encima de todo, gracias a mi padre por creer, apoyar y ayudar a construir cada uno de mis sueños. Gracias por haberme educado entre un amor tan indescriptible como lo es mi gratitud. Gracias por luchar cada día por nuestra familia. Y a mi madre, por ser la clave y manantial de conocimiento de este estudio, por haberme acompañado en cada palabra e ilustrar, nuevamente con maestría, otro capítulo de mi vida. Tú siempre has sido, y eternamente serás, el fular de seda que abraza mi alma y sosiega mi espíritu. Mi eterna cómplice y principal referente.

RESUMEN

Desde la Universitat Politècnica de València, y en un espacio temporal que abarca de 2015 a 2019, esta investigación en el ámbito de la arteterapia en Valencia se sitúa en un contexto de unidades de daño cerebral y hospitales dirigidos al mismo proceso de rehabilitación de pacientes agudos y crónicos con daño cerebral adquirido por ictus. Con objeto de fomentar las habilidades ejecutivas de estas personas, y reforzar su autoconfianza como individuos, el principal objetivo del estudio expone en qué medida la implementación de programas educativos desde una perspectiva artístico-terapéutica, dedicados a estimular la creatividad de sus participantes, pueden aportar un incremento de conocimientos científicos que enriquezcan su operatividad durante el periodo de rehabilitación y resto de praxis cotidianas. Se pretende contribuir, desde el arte y la educación, en la planificación de procesos artístico-terapéuticos dirigidos a las necesidades de este colectivo, todo ello a partir de un marco conceptual, abierto e interactivo, de carácter sentiente, y basado en la experiencia de incluir la práctica creativa en el contexto clínico del daño cerebral adquirido. La investigación se orienta por un *Estudio Controlado Aleatorizado* que cuantifica sus resultados y expone las diferencias y las variables obtenidas entre el antes y el después de la inmersión en el campo.

PALABRAS CLAVE: arte, educación, creatividad, neurorrehabilitación, habilidades ejecutivas, ictus y daño cerebral adquirido.

RESUM

Des del marc de la Universitat Politècnica de València, i en un espai temporal que abasta de 2015 a 2019, aquesta investigació situada en l'àmbit de l'artteràpia a València s'emmarca en el context d'unitats de dany cerebral i hospitals dirigits al mateix procés de rehabilitació de pacients aguts i crònics amb dany cerebral adquirit per ictus. A fi de fomentar les habilitats executives de estes persones, i reforçar la seua autoconfiança com a individus, el principal objectiu de l'estudi torna exposant en quina mesura, la implementació de programes educatius des d'una perspectiva artístic-terapèutica, dedicats a estimular la creativitat dels seus pacients, poden aportar un increment de coneixements científics que enriqueixen la seua operativitat durant el període de rehabilitació i resta de praxis quotidianes. Es preten contribuir, des de l'art i l'educació, sobre la planificació de processos artístic-terapèutics dirigits a les necessitats d'aquest col·lectiu, tot això des d'un marc conceptual, obert i interactiu, de caràcter sentiente, i basat en l'experiència d'incloure la pràctica creativa en el context clínic del dany cerebral adquirit. L'estudi s'acompanya per un *Estudi Controlat Aleatorizat* que quantifica els seus resultats i exposa les diferències i les variables obtingudes entre l'abans i el després de la immersió en el camp.

PARAULES CLAU: art, educació, creativitat, neurorehabilitació, habilitats executives, ictus i dany cerebral adquirit.

ABSTRACT

Within the framework of the Universitat Politècnica de València and in a four-year time span, ranging from 2015 to 2019, this research on art-therapy in Valencia was done in specialized brain injury units, which were dedicated to rehabilitation of acute and chronic patients with stroke. In order to promote and strengthen their executive skills and self-confidence as individuals, the main objective of the study investigated to which extent the implementation of educative programs from an artistic-therapeutic perspective, dedicated to stimulate the creativity of their participants, can provide an increase in their functionality during the rehabilitation period and other daily practices. Within a conceptual, open and interactive framework, of a felt nature derived from the inclusion of a creative practice in the clinical context of acquired brain injury, this the research aimed to contribute, from art and education, to the planning of artistic-therapeutic processes oriented to the needs of this population.

The methodology of the research involves a *Randomized Controlled Trial Study* that quantified the effect of the intervention and showed the differences in clinical variables assessed before and after the participation in the study.

KEY WORDS: art, education, creativity, neurorehabilitation, executive skills, stroke and acquired brain damage.

LISTA DE SIGLAS

AATA Asociación Americana de Arteterapia

ACM Arteria Cerebral Media

APA Asociación Americana de Psicología

ATE Asociación Profesional Española de Arteterapeutas

BBAA Bellas Artes

CEIR Creativity and Educational Innovation Review

DCA Daño Cerebral Adquirido

EAR Escala de Autoestima de Rosenberg

EBME Escala de Bienestar Mental de Edimburgo

ECA Estudio Controlado Aleatorizado

ECAV Escala de Calidad de Vida

ECNR Estrategias Creativas para Neurorehabilitación

ECV Enfermedad Cerebrovascular

EHS Escala de Habilidades Sociales

EQ-5D EuroQol-5D

FEAPA Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia

FrSBe Escala Conductual de Sistemas Frontales

HAD Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

HISDIS Escala del Instituto Nacional de Salud e Ictus

HOS Heart of Stroke

IB Índice de Barthel

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ICECAP-A ICEpop CAPability measure for Adults

IVAM Institut Valencià d' Art Modern

IVASS Institut Valencià d' Atenció Social-Sanitaria

MMT Mini-Mental Test

MOCA Montreal Evaluación Cognitiva

MOMA Museum of Modern Art

NIHSS The National Institut of Health and Stroke Scale

OMS Organización Mundial de la Salud

PIL Pynthon Imaging Library

PTQLQ Pictorical Thai Quality of Life questionarie

RAE Real Academia Española

REICE Revista Iberomericana sobre Calidad, Eficiencia y Cambio en Educación

SEN Sociedad Española de Neurología

SF-36 Medical Outcomes Short Form-36

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TAC Tomografía Axial Computerizada

TCTU Unidad de Ensayos Clínicos de Tayside

TDCS Transcranial Direct Current Stimulation

TFM Trabajo Final de Máster

TOM Theory of Mind Scale

UCLA University of California at Los Ángeles

UDC Unidad de Daño Cerebral

UPV Universitat Politècnica de València

UV Universitat de València

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	23
I.I. Presentación	23
I.I.I. Punto de partida	23
I.I.II. Referentes	24
I.I.III. Hipótesis	24
I.I.IV. Objetivos	24
I.I.V. Planteamiento metodológico	25
I.I.VI. Estructura de la tesis	25
I.I.VII. Utilidad de la investigación	28
I.I.VIII. Resultados y Conclusiones	28
I.II. Punto de partida y contexto de la investigación	31
I.III. Primeras notas	35
I.III.I. Los estigmas de la enfermedad	35
I.III.II. Porqué la actividad filosófica	36
I.III.III. Lenguaje y realidad	39
I.III.IV. De carácter sentiente	40
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: accidente cerebrovascular y creatividad	43
1.1. Aproximación al ictus	43
1.1.1. El daño cerebral adquirido	43
1.1.2. La idea de ictus	45
1.1.2.1. Definición técnica	45
1.1.2.2. Carácter sentiente	46
1.1.3. Tipos de ictus	47
1.1.4. Déficits, causas y factores de riesgo	49
1.1.5. Síntomas que sugieren un ictus	51
1.1.6. Incidencia y mortalidad del ictus	52
1.1.6.1. Sensibilización en las cifras	53
1.1.7. Etapas del accidente cerebrovascular y su rehabilitación	55
1.1.7.1. Fase aguda y subaguda: recuperación del sentido del yo	56
1.1.7.2. Fase crónica o periodo de estado: adaptación y construcción del sentido del yo	57
1.1.8. Equipo multidisciplinar en neurorrehabilitación	58
1.2. Contenido del discurso: identidad, circunstancia y creatividad	61

1.2.1. Nace la circunstancia como término y concepto	61
1.2.2. Base creativa de la libertad	62
1.2.2.1. Feedback entre naturaleza e individuo	63
1.2.3. Identidad y márgenes del individuo	64
1.2.3.1. El ego	64
1.2.3.2. La salud	65
1.2.3.3. Niveles y dimensiones de la identidad	65
1.2.4. Corteza prefrontal y circunstancia	66
1.2.4.1. Circunstancia interna y circunstancia externa como entorno del individuo	66
1.2.4.2. Cargo de la corteza prefrontal	67
1.2.4.3. Organización temporal de acciones	68
1.2.4.4. Neuronas, cógnitos e identidad	69
1.2.4.5. Ciclos de percepción y acción	69
1.2.5. Cuerpo, emociones y sentimientos	70
1.2.6. Propiocepción y actualización: imagen del sí mismo	72

1.3. Resumen y conclusiones sobre la importancia de la creatividad en el dominio del accidente cerebrovascular **75**

1.3.1. Cambia la circunstancia	75
1.3.2. Retómese la base creativa a través de la práctica artística en la ruptura de relaciones individuales	77

2. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LAS INTERVENCIONES ARTÍSTICAS EN INDIVIDUOS QUE HAN SUFRIDO ICTUS **83**

2.1. Proyectos anglosajones dedicados a la integración artística en el campo del ictus. **83**

2.1.1. El valor de pronóstico de los dibujos de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares	84
2.1.2. El uso del arte en la terapia grupal de lesiones cerebrovasculares	84
2.1.3. Cambios en el estilo artístico tras la lesión cerebrovascular	85
2.1.4. Creatividad artística, estilo y trastornos cerebrales	86
2.1.5. Capacidades de pintura preservadas después de un accidente cerebrovascular. El caso de Paul-Elie Gernez	86
2.1.6. Pintura después de un derrame cerebral en el hemisferio derecho: estudios de caso de artistas profesionales	87

2.1.7. Arte después de la lesión cerebrovascular: la experiencia cualitativa de una comunidad de supervivientes a un accidente cerebrovascular en un programa de arte grupal	93
2.1.8. Cómo alteró mi arte una hemorragia cerebral	94
2.1.9. Efectos de la arteterapia empleando el color con la intención de usarlo en el día a día de los cuidadores y pacientes con lesiones cerebrovasculares	95
2.1.10. Percepción y cognición musical: desarrollo, base neural y uso rehabilitador de la música	96
2.1.11. Estimulación transcraneal de corriente continua en la nueva habilidad artística tras la lesión cerebrovascular	97
2.1.12. Lucha como un hurón: un enfoque novedoso del uso de la arteterapia para reducir la ansiedad en pacientes con lesiones cerebrovasculares sometidos a rehabilitación hospitalaria	97
2.1.13. Creatividad, cerebro y arte: consideraciones biológicas y neurobiológicas	98
2.1.14. Promoviendo el bienestar holístico a través del compromiso creativo basado en el arte de pacientes con daños cerebrovasculares crónicos	98
2.1.15. Estudio de viabilidad de los efectos del arte en la mejora de los resultados psicosociales durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular. una intervención de compromiso creativo: protocolo de estudio para un Estudio Controlado Aleatorizado: el ensayo ACES	99
2.1.16. Contexto social, procesos de creación artística y producción creativa: un estudio cualitativo que explora cómo se producen los beneficios psicosociales en la participación artística durante la rehabilitación de la lesión cerebrovascular	100
2.1.17. Una intervención grupal de arteterapia basada en apoyar la autoconfianza y el bienestar psicológico después de sufrir lesiones cerebrovasculares: protocolo para un Estudio Controlado Aleatorizado	100
2.1.18. Terapia de arte creativo para mejorar la rehabilitación de pacientes con lesión cerebrovascular: un Estudio Controlado Aleatorizado	101
2.1.19. Recuperación de habilidades artísticas y compensación en artistas visuales después de una lesión cerebrovascular	102
2.1.20. Participación artística para el bienestar psicosocial durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular: un Estudio Controlado Aleatorizado	103
2.1.21. Terapias creativas basadas en las artes para los supervivientes de un accidente cerebrovascular: una revisión sistemática cualitativa	103

2.1.22. Determinación de las necesidades durante la rehabilitación hospitalaria de los cuidadores y familiares de pacientes con lesiones cerebrovasculares mediante entrevistas, arte y encuestas	104
2.2. Resumen de los resultados y conclusiones del estado de las intervenciones artísticas en individuos que han sufrido ictus	105
3. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Estrategias Creativas para Neurorehabilitación y Estudio Controlado Aleatorizado en adultos con daño cerebral adquirido	111
3.1. Introducción de la estrategia	111
3.1.1. Metodología de investigación	112
3.1.2. Hipótesis y Objetivos	117
3.2. Inmersión en el área de trabajo	121
3.2.1. Punto de partida: primeras pistas para la estrategia	121
3.2.2. Estrategias Creativas para Neurorehabilitación	131
3.2.2.1. Contexto y perspectiva: la interpretación como método	132
3.2.2.2. Arteterapia y subjetividad	133
3.2.2.3. Presentación de las actividades	134
3.2.2.4. Objetivos	136
3.2.2.5. Descripción de las actividades	137
3.2.3. Estudio de viabilidad de la estrategia	145
3.2.3.1. Introducción	145
3.2.3.2. Presentación de pacientes	145
3.2.3.3. Notas de campo: observación participativa	150
3.2.3.4. Cuestionarios propuestos	181
3.2.3.5. Resultados de la observación participativa	184
3.2.3.6. Resultados de los cuestionarios	186
3.2.3.7. Reuniones con el equipo de la unidad	188
3.2.3.8. Gráficas sobre los resultados de los cuestionarios	189
3.2.3.9. Resumen de los resultados y conclusiones del estudio de viabilidad sobre la estrategia	191
3.3. Estudio Controlado Aleatorizado	193
3.3.1. Participantes de la estrategia	193
3.3.2. Memoria de la estrategia	203
3.3.3. Áreas de evaluación	218
3.3.4. Participantes del Estudio Controlado Aleatorizado	224
3.3.5. Datos del Índice de Barthel	225

3.3.6. Datos de la Escala de Autoestima de Rosenberg	230
3.3.7. Datos de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	231
3.3.8. Datos de la EuroQol-5D	234
3.3.9. Datos de la Escala de Habilidades Sociales	239
3.3.10. Datos de la Escala Conductual de Sistemas Frontales	245
3.4. Notas y análisis cualitativo de los resultados en el estudio de efectividad	250
3.5. Análisis cuantitativo de los resultados en el Estudio Controlado Aleatorizado	259
3.6. Resumen de los resultados obtenidos y conclusiones del estudio de efectividad	264
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	269
5. EPÍLOGO	273
5.1. Dejar de ser mientras eres	273
5.2. El caso de la participante alfa	274
5.2.1 Cartas en primera persona sobre el sentir del ictus	281
6. BIBLIOTECA DE IMÁGENES	302
7. ÍNDICE DE TABLAS	308
8. ÍNDICE DE FIGURAS	313
9.ÍNDICE DE IMÁGENES	314
10. FUENTES REFERENCIALES	324
11. APÉNDICES	333
APÉNDICE 1. Datos de los resultados en el análisis de viabilidad de la estrategia	333
APÉNDICE 2. Fichas del estado clínico de los participantes controles	338
APÉNDICE 3. Otras intervenciones	344
DIVULGACIÓN DE CONTENIDOS	345
ÍNDICE DE TABLAS (APÉNDICES)	349

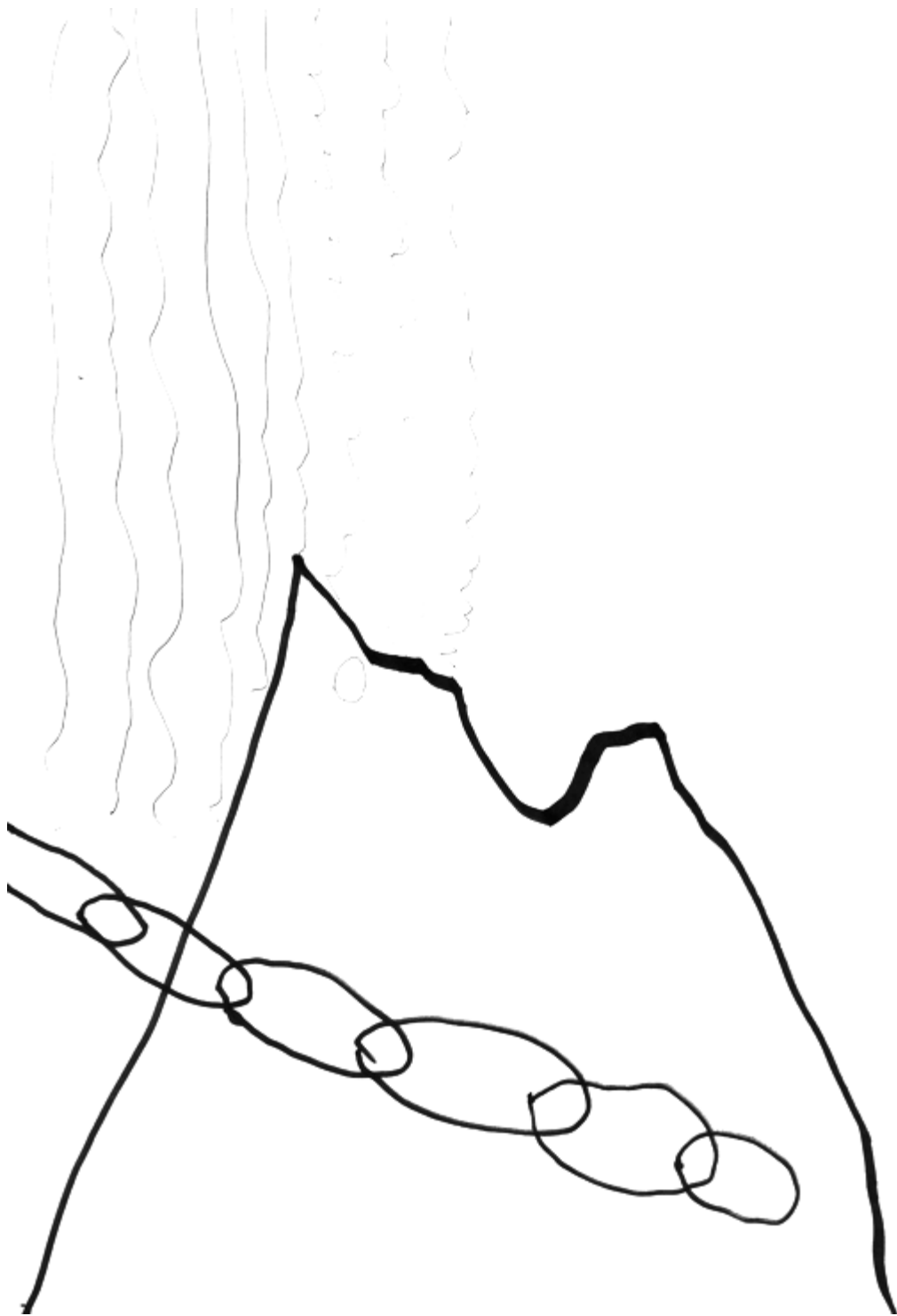


Imagen 1 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Me siento encadenada, siento nostalgia del viento que acaricia tu cara cuando eres libre y tienes la posibilidad de hacer lo que te da la gana*

I. INTRODUCCIÓN

I.I. PRESENTACIÓN

En un marco temporal de cuatro años, que comienza en 2015 y finaliza en 2019, esta investigación, situada en el ámbito de la arteterapia en Valencia, nace por la necesidad de comprender las relaciones existentes entre arte, educación y salud en el contexto del accidente cerebrovascular y, con ello, del daño cerebral adquirido. Desde una óptica práctico-teórica y con la ayuda de escalas de valoración clínicas: Índice de Barthel (IB), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), EuroQol-5D (EQ-5D), Escala de Habilidades Sociales (EHS), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y Escala Conductual de Sistemas Frontales (FrSBe), se cuantifica en qué medida, la implementación de programas educativos dedicados a estimular el pensamiento creativo desde la práctica artístico-terapéutica, puede aportar conocimientos que confirmen el rendimiento y la utilidad de poner en práctica la actividad artística en el contexto clínico de adultos que han sufrido este tipo de enfermedad.

I.I.I. PUNTO DE PARTIDA

El punto de partida y motor de arranque para esta tesis surge entre finales de 2014 y el primer cuatrimestre de 2015 en el Hospital Dr. Moliner, Bétera. Durante este periodo, mi madre está ingresada tras sufrir el 15 de noviembre de 2014 un infarto cerebral, y ser dada de alta por el Hospital Universitari i Politècnic La Fé el 10 de diciembre del siguiente mes. Toda su vida había dedicado tiempo a actividades creativas, desde el collage y la restauración, hasta poner en práctica internacionalmente, a principios de los 80 y, por más de quince años, talleres artístico-terapéuticos dedicados a ancianos, adultos, jóvenes, niños europeos y centroamericanos con problemas sociales y de salud. A modo de "terapia de juego", a lo largo de mi infancia y juventud, entre pinturas, murales, música, mosaicos, vidrieras, forja y esculturas talladas en piedra y madera, también tuve la oportunidad de que se salpicara mi espíritu y, de alguna manera, posteriormente, me contagiara intentando ayudar desde los recursos que tenía, a que sus días como interna en *Porta-coeli* fueran más llevaderos. Tras sufrir el accidente intenté comprender, deliberadamente, de qué manera interpretaba el mundo y, en consecuencia, lo expresaba a través del dibujo. Conocerla mejor, acercarme a la nueva realidad en la que repentinamente, todos nosotros nos vimos sumergidos, y, ella, manifestó desde la primera vez que tomó papel y bolígrafo.

Siempre interesada por el arte y la educación, al acabar el Grado en Bellas Artes de la Universitat Politècnica de València (UPV), en septiembre de 2014, me matriculé en el Máster Universitario en Formación del Profesorado de Educación Secundaria y Bachillerato Artístico de la Universitat de València Estudi General (UV). De allí nacen las primeras hipótesis de esta investigación.

I.I.II. REFERENTES

De lo general a lo particular, y dependiendo de los distintos contenidos abarcados, los campos de conocimiento utilizados por el estudio proceden de fuentes variadas. Entrada la fundamentación teórica, en lo que respecta a términos de significado, proceden de diversos contextos clínico-neurológicos en daño cerebral adquirido. Por otro lado, la filosofía y sus principios ayudan a comprender e introducir desde la perspectiva de sus autores, parte de la ciencia cognitiva que, indirectamente, explica aspectos de carácter sentiente relacionados de modo directo con esta enfermedad. Seguidamente, aparece el estado de las intervenciones artísticas en personas que han sufrido ictus, se despliega un listado de investigadores y artistas plásticos dedicados al estudio de estas partes, sus limitaciones, hipótesis y objetivos despertados. Por último, las principales referencias citadas en el apartado empírico, tras la introducción en el planteamiento de la estrategia, la recogida, el análisis y la resolución de resultados, tanto cualitativa como cuantitativamente, son de carácter metodológico.

I.I.III. HIPÓTESIS

En continua evolución, la amplia heterogeneidad de tipos de ictus pronto desecha las hipótesis que sirven como punto de partida para el desarrollo de esta tesis, donde se establece la adquisición de una cara más creativa del individuo tras el accidente cerebrovascular o, el interés por conocer en qué medida el ictus puede convertirse, a nivel plástico, en un medio donde la creatividad individual encuentra su expresión.

Sumergidos en el contexto clínico, desde una perspectiva científica, se abren otras cuestiones que rigen la propuesta de esta investigación: la necesidad y beneficios de la práctica creativa durante la rehabilitación de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares. Se plantea la posibilidad de contribuir a la funcionalidad de este colectivo durante su rehabilitación, mediante actividades artísticas como la pintura y el dibujo, sujetas a enunciados que activan y refuerzan la capacidad de respuesta ante el potencial de los estímulos presentados por la propuesta creada para déficits dominantes como la apraxia. Esta clase de síntomas son causados principalmente por daños en el cerebro e implican la separación entre el pensamiento de realizar una acción y su ejecución, la persona afectada por esta enfermedad entiende lo que se le pide o desea hacer, está dispuesta a hacerlo, sin embargo, no reacciona por causa del daño cerebral en la acción final de llevar a cabo la tarea.

I.I.IV. OBJETIVOS

Los objetivos generales incluyen una aproximación a la definición de ictus que no sólo envuelve la perspectiva clínica, sino también, una lectura personal como parte de lo que se comprende y percibe-es-esta enfermedad. Esta cara del ictus plantea reflexionar sobre las posibilidades de la práctica creativa en un contexto donde la creatividad individual ocupa un cargo fundamental en lo que se refiere a la independencia. Además, se revisa y traducen al castellano una serie de estudios anglosajones

abordados hasta la fecha en relación con el ictus, el arte y la práctica creativa. Se planifica el contenido de propuestas, diseñadas de modo explícito, para intervenir sobre los déficits que, en términos de daño cerebral adquirido, se presentan. Se trata de mejorar la operatividad de los participantes durante su periodo de rehabilitación, con el fin último de contribuir a su máxima independencia como individuos durante el día a día. Y, por otro lado, mientras se incluye la práctica creativa en su rehabilitación, los objetivos específicos, focalizados sobre déficits comunes a la realidad cotidiana del enfermo, se dirigen al refuerzo de sus vínculos personales con el entorno por medio de la interpretación de realidades individuales representadas a través de la pintura y el dibujo.

I.I.V. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

Desde una perspectiva cualitativa en cuanto a su procedencia que desde lo social se hace del arte y la educación, el primer método de investigación es una observación participativa, que coopera de manera activa con la planificación de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* (ECNR), herramienta y método utilizado con el fin de introducirse en el contexto clínico del daño cerebral adquirido y habilitar la toma de datos. La cuantificación de resultados se basa en un *Estudio Controlado Aleatorizado* (ECA) donde a nivel científico se ofrece un análisis de varias escalas de valoración validadas clínicamente: Índice de Barthel, Escala de Autoestima de Rosenberg, EuroQol-5D, Escala de Habilidades Sociales, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala Conductual de Sistemas Frontales. Las citadas escalas junto a la recogida de notas de campo permiten verificar las hipótesis tomadas como punto de partida e hilar el contenido de la fundamentación teórica que vertebra la tesis.

I.I.VI. ESTRUCTURA DE LA TESIS

La tesis se divide en tres bloques principales. El primero de ellos dedicado a la definición del ictus y el papel que, desde este lado, abarca la creatividad. La enfermedad se define desde un punto de vista técnico, precedente a las nociones de carácter sentiente que ayudan a aproximarse a su significado y justifican el valor que ocupa educar en la creatividad en el contexto del daño cerebral adquirido. Seguidamente, desde el arte, la educación y la arteterapia, se estudia el reciente recorrido del estado de las intervenciones artísticas en los estudios de proyectos anglosajones propuestos desde el contexto del accidente cerebrovascular. El segundo bloque, comprendido como apartado empírico, también se subdivide conforme a: el planteamiento metodológico, la introducción de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* y las distintas experiencias obtenidas en las etapas de intervención del estudio. Se analiza la viabilidad de la estrategia desde la observación participativa en la Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias", y su efectividad mediante las variables obtenidas en los tiempos y entre grupos de los participantes tras la intervención en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar". Se plantea un *Estudio Controlado Aleatorizado* que ayuda a medir la efectividad de la propuesta y a visibilizar mediante la recogida de

datos, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, la influencia y beneficios de la actividad creativa durante el periodo de rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido. Finalizados estos tres bloques y expuestas las conclusiones de la investigación, en el epílogo se expone un breve estudio de caso sobre la participante alfa, que, encabezado por su historial clínico y acompañado por una serie de cartas escritas en primera persona, ayuda a reforzar contenidos sobre el significado de vivir bajo la circunstancia del ictus. Posterior al glosario y previo a los índices, las fuentes referenciales y los apéndices, se ofrece una biblioteca de imágenes plásticas realizadas por los participantes de la propuesta. Por su lado, además de servir como herramienta para ilustrar o destacar partes del discurso, hacer referencia a imágenes o lugares y exponer los resultados plásticos de la participación activa, el estudio también presenta un catálogo de dibujos autónomos, que representan un listado de frases extraídas del contenido de *las cartas* del estudio presentado en el epílogo (Punto 5.1.3.).¹

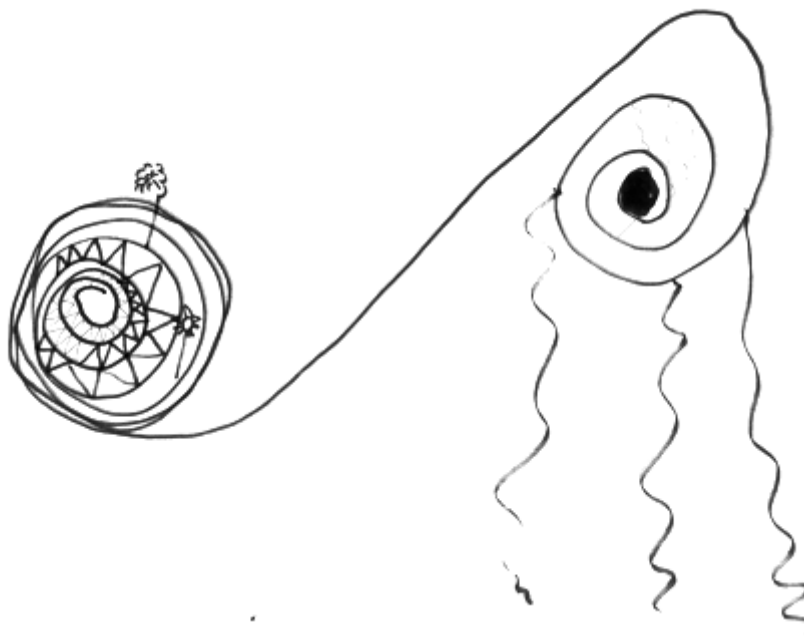
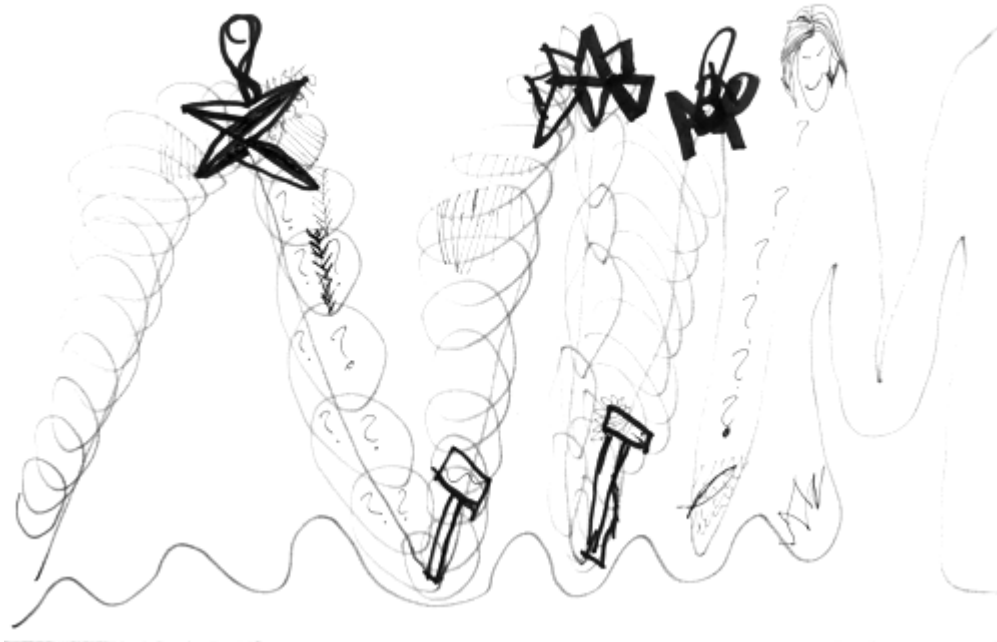


Imagen 2 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Antes había bastantes cosas que me sorprendían o emocionaban. Ahora la mayoría de las cosas me parecen banales y sin interés*

¹ En cuanto a la citación de las referencias utilizadas, tablas y figuras, se ha seguido la normativa APA. Para una mayor organización y acompañadas por la fecha, la tesis diferencia entre tablas, figuras, e imágenes. La lectura de las imágenes se realizará de izquierda a derecha y de arriba abajo. Se utilizan los números romanos tanto para la Introducción del estudio como para el índice de tablas de los apéndices.



5



Imagen 3 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *La vida es como una montaña rusa, unas veces subes y otras bajas con vértigo hacia precipicios desconocidos; Me acuerdo de mí misma decidida y resuelta a conquistar cualquier obstáculo para conseguir lo que queríamos, siempre entusiasta, creativa, alegre e incrédula de lo feliz que era*

I.I.VII. UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Además de ubicar el dominio de la creatividad en el daño cerebral adquirido y ofrecer la definición de ictus desde varios puntos de vista, la tesis pretende visibilizar la problemática, y así como comprender desde la condescendencia, la importancia y protagonismo que merece esta enfermedad. La urgencia de contribuir desde cualquier área de conocimiento a la máxima calidad de servicios prestados a pacientes crónicos y agudos afectadas por ictus. Sirve como guía sobre estudios recientes llevados a cabo desde la intervención artística en personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares. También ofrece la adaptabilidad de un programa dibujado y definido por medio de la práctica creativa en función de las necesidades reales del daño cerebral adquirido, y puede servir como punto de partida para plantear nuevas hipótesis en futuras intervenciones artístico-educativas, ya sea en el dominio de la neurorrehabilitación del ictus, como en otros contextos educativos ricos en heterogeneidad y también en necesidades.

I.I.VIII. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trata de demostrar la importancia de educar la creatividad del individuo para reforzar sus relaciones con el medio. Como método propuesto, y viabilizada en el contexto del daño cerebral adquirido, se construye la propuesta de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*. En cuanto a su efectividad, se cuantifican y cualifican los resultados obtenidos en el *Estudio Controlado Aleatorizado*. Frente a déficits como la apraxia de individuos con lesiones cerebrovasculares, destacan cambios significativos en los tiempos y entre grupos, de dominios como la ejecución, la apatía, la desinhibición, la depresión, la autoexpresión y otras habilidades sociales como la defensa de derechos y la capacidad para hacer peticiones.

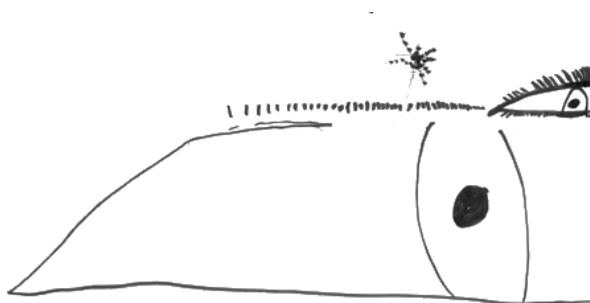


Imagen 4 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Mis líneas horizontales y verticales solo buscan el reposo de la mirada complicidad sin interrogante ni laberintos*



Imagen 5 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *No puedo transmitir todo ese amor, mi creatividad se ve frustrada, no puedo desarrollarla, no puedo devolverle a la vida ni un mínimo de lo que ella me ha regalado*



Imagen 6 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Siento que mi cuerpo paralizado quiere parar para siempre*

I.II. PUNTO DE PARTIDA Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Tras finalizar Bellas Artes en la Universitat Politècnica de València como primera promoción de graduados, en 2014 decidí matricularme en el Máster de Educación al Profesorado de la Universitat de València. Estudiaba lo que amaba, amaba lo que hacía, amaba mi circunstancia. Desde siempre había querido dedicarme al arte y la educación.

Sea cual fuere el punto de partida, deberemos preguntarnos en qué momento necesité saber, cuándo llegaron las preguntas acertadas o no, cuál fue su detonante, cuál fue su circunstancia. En mi caso, querer saber qué suponía la enfermedad de mi madre, e intentar resolver cómo podía ayudarla, hizo que escogiera mis mejores herramientas para mantenerme firme, o menos impotente, en los años sucesivos a sufrir el ictus -estar ocupada frente a por lo que, en apariencia, no se puede hacer nada-.

Esperanza traducida en volátiles preguntas que tornaron no tan volátiles respuestas o, por lo menos, desencadenaron una firme experiencia. La motivación hizo que, pese a proceder de un contexto completamente diferente, aparentemente para mí, áreas como el arte y la educación afloraron nexos con la neurorrehabilitación. La arteterapia entró en escena como broche de las tres principales caras de la cartografía mental que, a pequeños pasos, iba construyendo.

De manera paralela a este cúmulo de pensamientos, en esa fecha todavía bocetos, como parte del plan de estudio de mi promoción, preparaba mi trabajo final de máster *Cómo influye la estandarización educativa sobre la creatividad del alumnado* (2015) dirigido por la profesora Tanya Angulo Alemán, y estudiaba *Innovación docente e Iniciación a la Investigación Educativa* (2014-2015) impartida por la profesora María Amparo Alonso Sanz, doctoras de la Universitat de València. A groso modo nos orientaban a saber objetivar cualquier tipo de situación. Pero no creo, tan temprano, fuera capaz de utilizar conscientemente estas vías o herramientas para paliar mis sentimientos ganando distancia.

Desde mis recursos, únicamente quería contribuir a que los días de mi madre en *Porta-coeli* fueran más llevaderos. Comprenderla mejor. Acercarme y permitir que se presentara mediante otros lenguajes, como el dibujo, me influyeron a confirmar y demostrar los cambios en los restos de identidad que reconocíamos de ella. Durante un periodo de tres meses, diariamente, sin sujetarse a ningún enunciado concreto, le puse a disposición herramientas para que dibujara libremente. Por fortuna, conocía de memoria su estilo e ideario creativo traducido al soporte. La conocía a ella. Esto me permitió inteligir sus diferencias y resolver lo que, sin saberlo, sería el punto de partida para esta intervención.

Con gracia y simpatía, desde una óptica crítica y sincera, su lenguaje plástico después del accidente cerebrovascular me gustaba más, me remitía al Art Brut ¡como mínimo! Lo sentía más libre y menos sujeto a un bagaje que infiriera en la traducción de su arte. De hecho, en estos últimos años



Imagen 7 (2020): Obra de Dubuffet: *Henri Michaux Actor Japonés* (1946)

cuando he tenido la oportunidad de ver piezas de Dubuffet (1901-1985), por ejemplo, *Henri Michaux Actor Japonés* (1946) en la reciente muestra del IVAM *Un Bárbaro en Europa* (2020), me sigue remitiendo a ese primer instinto o anécdota que dibuja mi sonrisa.

La heterogeneidad de la muestra general de pacientes con daño cerebral adquirido hizo que, pronto, desechara la posibilidad de establecer un vínculo directo con el accidente cerebrovascular y una vena más profunda, sin rellenos forzados, de la naturaleza artística del individuo.

Al presentar mi trabajo final de máster conocí al doctor Ricard Silvestre Vañó quien formaba parte del jurado de mi defensa. Recuerdo que concretamente ese capítulo fue un momento muy importante para mí. Sentí que el jurado y sobretodo el doctor Ricard Silvestre [por su posterior acercamiento como comisario del *Espai D'Art*], fueron capaces de leer mis palabras y la implicación emocional o carga de sentimientos canalizados que contenía mi planteamiento. Por lo menos eso quise interpretar. De lo que estoy segura, es de que supieron "captar" las direcciones de mi discurso. Sentir su interés hizo que creyera en la abstracción de mis pensamientos. Me detengo en este punto y lo describo con detalle para que, ya desde el principio, se conozca la importancia que doy, desde mi postura investigadora, en la necesidad de sentirnos útiles, válidos y aceptados, para encontrar así motivación gestada de satisfacciones ante cualquier contexto de la vida. No olvidemos que en todo momento hablaremos de personas, y qué mejor que hacer referencia a nuestra propia biografía para comprender lo que en determinados momentos cada uno de nosotros necesitamos o necesitaríamos. Esta situación dio sentido a una parte del albedrío de mis ideas, me motivó para decidir matricularme en la Escuela de Doctorado en Arte: Producción e Investigación de la Universitat Politècnica de València. Como contexto físico, emocionalmente me remitía a buenos episodios y me hacía sentir más fuerte.

Entrado septiembre de 2015, junto al doctor Joël Mestre Froissard y al doctor Ricard Silvestre Vañó, directores de esta tesis y equipo de investigación, pasamos a formar parte del programa en *Cultura Social, Cultura Visual. Estrategias Artísticas en el Siglo XXI*, y comenzamos el estudio. En 2018, desde el "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar", el doctor Roberto Llorens Rodríguez se sumó como tercer director que completa las caras de la tesis: arte, educación y neurorrehabilitación.

Inicialmente se tomaron notas sobre cómo vincular las piezas que ya sabíamos formarían la totalidad del proyecto que poníamos en marcha: educar la creatividad en el campo del daño cerebral adquirido. Entre otras tareas, dedicamos el primer año a conocer bibliografía especializada en arte, salud y vías metodológicas que, desde las actividades transversales de carácter científico, entre ellas *Metodologías Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, nos ofrecía la Escuela

de Doctorado.

Pusimos en marcha la difusión de modestos resultados mediante pequeñas publicaciones, conferencias, exposiciones y puestas en práctica de nuestro programa que, paralelamente sumaban parte de las 600h de carácter investigador en actividades específicas exigidas por la Escuela. Entre ellas, pueden destacarse, las comunicaciones presentadas en 2018 y en 2016, *Estrategias Creativas para la operatividad de pacientes en periodo de rehabilitación por Accidentes Cerebrovasculares y Estudio Controlado Aleatorizado en Adultos con Daño Cerebral Adquirido* (2018) durante el III "Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud del Hospital de Denia Marina y Salud", y *Estrategias Creativas para la Operatividad de Tratamientos Neuropsicológicos y de Terapia Ocupacional en Accidente Cerebrovascular* (2016) en el IV "Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud del Hospital de Denia Marina y Salud". O la participación a través de charlas como *Creatividad y Daño Cerebral Adquirido por Ictus*, en la jornada de Cre'arte tras el Daño Cerebral en el Centro de Atención Diurna para personas con Daño Cerebral Adquirido del "Institut Valencià d'Atenció Social-Sanitaria" (IVASS), y su previa publicación en "Creativity and Educational Innovation Review" (CEIR).

A principios del 2016, nos insertamos en el contexto clínico para comprender cuáles eran las verdaderas necesidades de este colectivo y saber en qué medida, desde el campo del arte y la educación, podíamos contribuir a la mejora y bienestar de estos enfermos. En la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias" nos dieron la posibilidad de poner en marcha *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* con ocho pacientes que, siendo adultos, sufrieron lesiones cerebrales. Basamos nuestra propuesta en una reinterpretación práctica de ciertas nociones del pensador y pedagogo José Antonio Marina (2011), cuya obra nos sumerge en un kantiano "juego libre de facultades" y explica el significado de inteligencia, como "capacidad de recibir información, elaborarla y producir respuestas eficaces" (p. 16).



Imagen 8 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *El tiempo es como tu piel, está ahí. Una espera continua por ver si llega algo que lo haga pasar más deprisa y me devuelva la tangibilidad con la que antes percibía las cosas*



Imagen 9 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: Yo que ahora vivo en el recipiente de mi cuerpo sin poder gobernarlo

I.III. PRIMERAS NOTAS

I.III.I. LOS ESTIGMAS DE LA ENFERMEDAD

De la misma manera que se habló en el III Congreso de Espacios de Arte y Salud sobre los estigmas que enfermedades como la del SIDA despiertan en la sociedad, rechazo y miedos obsoletos por falta de información, y se presenta en el *Festival Internacional de Cortometrajes y Arte sobre Enfermedades (FICAE)*, mostrando cada año en Valencia, en palabras del profesor Pepe Miralles, "documentos visuales que nos ayuden a hablar de la enfermedad con naturalidad" (2016, p. 66). Desde la óptica emocional de este estudio, también se pretende allanar el terreno que una enfermedad nueva, como el accidente cerebrovascular, puede suponer a nivel social y personal.

Al hablar de enfermedades cerebrovasculares (ECV), la dificultad de su estudio no sólo recae en hallar preguntas acertadas que conduzcan a las respuestas esperadas. En esta llanura se busca la suficiente claridad para poder manifestarlas y ordenarlas en el espacio que les corresponde.

Como crítica cultural posmoderna y portavoz del diálogo comunicativo, McLuhan (1992) explica el modo en que "cualquier idea u objeto tienen su palabra con la que encajar" (p. 64).

Más cercanos a la *discontinuidad*, desde la óptica del observador, los primeros sentimientos que afloran son sus propias contradicciones, el desconcierto y la impotencia por escasez de recursos o un manual fijo para cada caso.

Tras una década de rodaje, Lanzmann simboliza en su obra documental *Shoah* (1985), la imposibilidad de comprender, representar y enseñar el Holocausto. Un fenómeno que no sólo afecta a la humanidad, si no que determina la condición humana, aún así, imposible de alcanzar.

Nosotros fuimos, y somos, testigos de ello, al visitar en 2017 Sachsenhausen (1936-1945), campo de concentración Nazi, o dando un paso a la derecha y dos años antes, los infinitos y ahogantes túneles de Cù Chi (1960-1975), las fosas comunes del campo de exterminio de Choeung EK (1975-1978) y el centro de torturas S21-Tuol Sleng-(1975-1979). Ni rebosados de información, compromiso emocional y escenarios bien detallados. Ni con mínimas de hasta -3º en Oranienburg (Alemania) o máximas de hasta 35ºC, en Ho Chi Minh City (Vietnam) y en Phnom Penh (Camboya), pudimos llegar a posicionarnos en la tesitura de quien lo vivió en primera persona. Fue imposible acercarse a los secretos de su realidad.

Afines al diálogo analítico y al control de la discontinuidad, Ellsworth (2005) presenta:

Cómo cualquier ruta de lectura nunca se puede recorrer por el mismo camino dos veces; de cómo las rutas de lectura son sugeridas o desalentadas a través de mecanismos y convenciones literarios o representacionales, además de por relaciones de poder particulares [...]. De cómo siempre hay algo más que leer a lo largo de una ruta -ninguna ruta cubre todo el territorio-. (p. 129).

Retomando este discurso, donde la falta de nitidez en las imágenes abunda y la “*différance*” (Derrida, 1972)² lo encabeza, los vacíos, falta de comprensión o hipótesis eternas creadas en torno al accidente cerebrovascular, se convierten en el primer muro ante el que tropezarse, su verdadera definición o para Derrida “noción de totalidad expresiva” (2014, p. 91). Cada historia es única, imposibilitando alcanzar una única verdad que no sea la de cada aprehensión a lo real, diferente en todas sus variantes.

“Yo soy mi mundo”, previene Wittgenstein (2017), “los límites de mi lenguaje significan los límites de mi mundo”. De lo que deduce, que “lo que no podemos pensar no lo podemos pensar; así pues, tampoco podemos decir lo que no podemos pensar” (p. 123). Dentro del daño cerebral adquirido en algunos casos, sí podemos pensar-*sentir*-lo que no podemos decir, cabe añadir en este dominio. Mencionando lo mencionable, se señala la falta de verdad que implantan los vacíos y silencios de un discurso incompleto del “*de suyo* [énfasis añadido]” (Zubiri, 2013, p. 127) en el *mío* y en el *suyo*. Con la necesidad de “delimitar desde fuera, el campo científico de conocimiento y lenguaje, y señalar con ello, el inicio del ámbito de la intuición, del sentimiento y del silencio: el ámbito del forzado respeto ante *lo más alto*” (Reguera y Muñoz, 2017, p. 40).

Hablar de lo que no se habla, y de lo que no se puede hablar, para que todo sume, ofreciendo un imaginario más completo de lo que vemos al pensar-*sentir-inteligir*-, comprender, prevenir y enfrentar, esta enfermedad.

I.III.II. PORQUÉ LA ACTIVIDAD FILOSÓFICA

Desde pequeños ponemos en juicio lo que nos dan por hechos. *Por qué y por qué sí; por qué y por qué no*. No como acto de rebeldía o enfrentamiento, si no más bien, como primeros guiños a nuestra creatividad, libertad y emancipación como individuos.

Adentrados en el estudio, de manera natural a su experiencia, sin saberlo, pero sentido e intuido, tropezamos con palabras de Foucault (2003), donde explica que hay:

Momentos en la vida en los que la cuestión de saber si se puede pensar distinto de cómo se piensa y percibir distinto de cómo se ve es indispensable para seguir contemplando o reflexionando [...] Pero ¿qué es la filosofía hoy -quiero decir la actividad filosófica- si no consiste, en vez de legitimar lo que ya se sabe, en emprender el saber cómo y hasta dónde sería posible pensar distinto? [...] es su derecho [el de la actividad filosófica] explorar lo que en su propio pensamiento puede ser cambiado mediante el ejercicio que hace de un saber y que le es extraño. (p. 8).

² Jacques Derrida lo introduce como “origen diferente de las diferencias”, traducción de 1989 (p. 11). Una vez más, el autor retoma esta idea en *Positions* (1977).

No consiste en empezar un vago recorrido entre pensamientos de distintos autores y fechas del S.XX en las que se aborda la relación del hombre y sus límites con el conocimiento, con la comunicación, con el mundo y con la realidad. Desde las necesidades y posicionamiento, se pretende leer “a través de ellos” (Ellsworth, 2005, pp. 23-24) las respuestas y preguntas que traducidas al dominio del accidente cerebrovascular y la neurociencia cognitiva son de interés. Al avanzar, la base del triángulo equilátero del estudio irá estrechando sus lados, hasta que sus puntos vuelvan a encontrarse y, todo, quede reducido a lo que está al alcance de los medios.

Permeables a la fascinación que dicha materia provoca o, cómo algunos razonamientos cuajan en la experiencia, la falta de respuestas que la esfera ofrece, en la mayor parte de los casos, se acerca más a las soluciones que, en otros volúmenes, a primera vista, parecen descifrarse. No sólo es de interés sumar contenido dentro del contenido sino, además, incluir contenido como contenido del propio límite del contenido.

La práctica filosófica nos ayuda a “delimitar desde dentro lo impensable por medio de lo pensable” (Wittgenstein, 2017, p. 83). Si se recapitula el juego de lo decible e indecible ¿por qué plantear un estudio donde por excelencia lo borroso u opaco precede a lo claro y transparente, un estudio donde se amontonan preguntas marcadas por los límites del lenguaje sobre su base interrogativa?

Responde Wittgenstein (2017): “porque sólo puede existir duda donde existe una pregunta, una pregunta sólo donde existe una respuesta, y ésta, sólo donde algo puede ser dicho [énfasis añadido]” (p. 144).

La actividad filosófica pretende obtener respuestas dadas en el momento de ser preguntadas, y, quién sabe si, alguna más por el camino. Dar rienda a la intuición y sentimiento, y contribuir sobre la representación colectiva de una enfermedad cuya cara más evidente se oculta tras lo no dicho, pero si pensable-*sensible*-y ello significa mencionable, mientras se pueda mencionar. Saber hasta qué punto llega lo indecible y con ello también, lo decible. Hay cosas de las que todavía podemos hablar, no obstante, pudiendo hablar, no se hable tanto de ellas.

I.III.III. LENGUAJE Y REALIDAD

La experiencia de esta enfermedad a través del arte permite aproximarse a otras formas que, por naturaleza, sentidas desde dentro, como protagonista, espectador o descriptor, son antinatura y difícilmente transferibles al lenguaje hablado o escrito.

Se muestra en silencio, como un sentimiento (e intuición) característico; sentimiento en principio, de que la ciencia o la lógica o el lenguaje no solucionan para nada nuestra vida [...]. Parece que estas cosas (lo místico) se imponen sin más al sentimiento ante cierto tipo de intuiciones que, supuestamente, colocan a uno fuera del espacio y del tiempo, es decir, más allá de la lógica y de sus condiciones de mundo y lenguaje. (Reguera y Muñoz, 2017, pp. 42-43).

La ignorancia priva y limita para afrontar, desde cualquier área implicada, una situación para la que fuera del contexto clínico, no se educa en términos afectivos, éticos, morales o sociales.

"Prescindir es siempre algo que afecta al contenido" (Zubiri, 2013, p. 228). Aflorado el rol social de lo desconocido, el miedo entra en juego: la dificultad e imposibilidad por obtener lucidez en dimensiones intangibles de la enfermedad, una verbalización que facilite su comprensión y normalización, aleja de lo que se puede llegar a comprender y, por tanto, des-prioriza el estudio de este tipo de facetas reales con carácter sentiente que, constituyen otra cara de la enfermedad.

La falta de representación insensibiliza, por ello la necesidad de acercarse al polo menos medible pero sí sensible de esta circunstancia. Esforzarse por utilizar diversas caras del lenguaje visual y oral para crear un espacio o lugar donde dar protagonismo a estos aspectos de la imagen-idea creada en torno al concepto ictus. Reforzar su definición incluyendo perspectivas que, campos como la didáctica artística, más cercana al terreno de las emociones-y de la locura-, puedan ofrecer. En palabras de López (2019) "contribuir a paliar los efectos del trauma a través de procesos creadores".

El esfuerzo desemboca en representar las preguntas que forman los abismos, entre afirmación y afirmación, sobre la idea en torno al ictus: dar voz a los silencios de quien en su momento o para siempre en esta enfermedad, queda sin palabras.

¿De qué se habla cuándo en los principios de su argumento se sitúa el ictus?

Que parte de las respuestas en este estudio sean las propias preguntas. Preguntas que, poco a poco, y superado el periodo de choque y a medida que el cerebro del individuo, tras el accidente cerebrovascular, se asienta, como espectadores sentimos frente al ser que resta (B), tras el daño encefálico de nuestro originario ser querido (A).

I.III.IV. DE CARÁCTER SENTIENTE

Nuestra cultura nos proporciona una imagen errónea de lo pensado y de lo sentido, como si lo pensado y lo sentido fueran ajenos y pudiéramos controlarlos. Pero los sentimientos y los pensamientos no son dos cosas diferentes, sino que constituyen aspectos de un mismo proceso (Bohm, 2012, p. 90).

Lo que sentimos está en lo que inteligimos y viceversa. Ambas partes, donde el sentir aparece primero, se necesitan. Aún así, cuando se busca información o explicaciones sobre esta enfermedad, parece siempre desembocar en un campo donde ese primer paso se salta por completo.

Sentir e inteligir como único acto se convierten en lo que reconocemos como "inteligencia sentiente" o "aprehensión impresiva de lo real" (Zubiri, 2013, p. 132). "El sentir es en sí mismo un modo de inteligir, y el inteligir es en sí mismo un modo de sentir [...] inteligir y sentir, repito, no son sino dos momentos del único acto de aprehender sentientemente lo real" (p. 115).

Posterior a estas nociones, al publicar *Inteligencia y Razón* como broche final de *Inteligencia Sentiente*, Zubiri explica tres tipos de saber: estar en la realidad, estar en lo que lo real es realmente y estar comprensivamente en la realidad (2013, p. 437); que a su vez, completan la relación de aprehensión a lo real y ayudan a acercarse a la postura de quien "de dentro para fuera y de fuera para dentro", despierta en otra realidad que, no era la conocida ni tampoco la construida. En estos confines, se habla de los cambios que sufre una persona entre su antes y su después del accidente cerebrovascular, "ser no es algo entendido, sino que es algo sentido" (p. 157), la enredadera que supone dar forma, "tangibilizar", los efectos de una realidad actualizada en impresión de realidad sentida.

Conscientes de la heterogeneidad existente entre niveles de implicación emocional y realidad, el carácter sentiente remarca el lado más íntimo de la enfermedad y que sólo desde muy cerca, puede inteligirse como nueva aprehensión de lo real cual «físico "estar" [...] acto de captación de lo presente [...] que también pertenece al sentir» (Zubiri, 2013, pp. 92-93) y que, en casos estudiados, cambia radicalmente en el momento de sufrir un infarto cerebral. Lo que ocurre de casa para dentro, y muda como realidad del sujeto y sus familiares, viéndose olvidado, omitido u obviado en la mayoría de los estudios por pertenecer a lo difícilmente mesurable, cuantificable o meramente pronunciable sin caer en una continua espiral de interrogantes, que no evidencia todas sus necesidades.

Embaucados por la inteligencia sentiente, se parte de lo que parece ser irreal para llegar a lo que, en su definitiva, es real en su realidad y consecuentemente en la nuestra. "Lo real no es un punto de llegada del logos sino el momento intrínseco y formal dado ya en la aprehensión primordial de la intelección sentiente" (Zubiri, 2013, p. 313).



Imagen 11 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *El futuro irremediablemente se te antoja en la situación que estás, porque, aunque, tú en tu mente, estés dispuesto a avanzar, hay hechos que te desencantan*



Imagen 12 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *La pregunta de cuándo podré moverme con normalidad es un permanente*

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y CREATIVIDAD

1.1. APROXIMACIÓN AL ICTUS

1.1.1. EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

El daño cerebral adquirido puede llegar a afectar una parte o todo el encéfalo (cerebro, tronco cerebral y cerebelo) (Imagen 11). Aunque la lesión objetivable a través de la exploración clínica o una prueba diagnóstica sólo esté en una de las zonas, por diminuta que sea, el resto del encéfalo -nosotros, como conjunto de rasgos de nuestra identidad o identificación, indirectamente pueden verse influidos, podremos vernos influidos.

Lloréns (2014) define el daño cerebral adquirido como “lesiones de cualquier origen que se producen de forma aguda en las estructuras cerebrales de personas que han nacido sin ningún tipo de daño, y que causan en el individuo un deterioro neurológico [énfasis añadido] permanente respecto a la situación previa [énfasis añadido]” (p. 13).

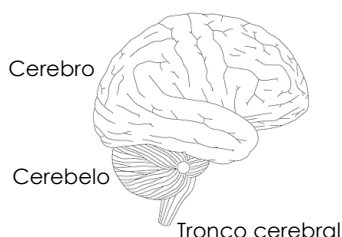


Imagen 13 (2019): Partes del encéfalo que puede afectar el daño cerebral adquirido

Ni el origen, ni las consecuencias del daño cerebral adquirido son siempre las mismas. Igual que lo es cada individuo, cada caso es único; la heterogeneidad en el contexto de enfermedades cerebrales está a la orden del día. Pese a ello, dentro de sus diferencias, se trazan dos grandes grupos que ayudan a ordenar y comprender esta enfermedad según su etiología (Tabla 1).

Tabla 1: Etiología y causas del daño cerebral adquirido

etiología del daño cerebral adquirido	
principal causa endógena	principal causa exógena
ictus isquémico o hemorrágico	traumatismo craneoencefálico
otras causas endógenas	otras causas exógenas
enceopatías anóxicas	enceopatías por tóxicos
neoplasias	enceopatías por otros agentes físicos
enfermedades inflamatorias autoinmunes del sistema nervioso central	enfermedades infecciosas (meningoencefalitis)

Cuando el origen del daño procede de dentro del propio organismo, el ictus se clasifica como la principal enfermedad cerebrovascular aguda de causa endógena y, por otro lado, cuando los causantes son externos a los límites del individuo, el traumatismo craneoencefálico (TCE) se presenta como primera causa exógena de este grupo.

Debido a su ubicación, tipos de lesión y déficits, a nivel clínico entre ambas clasificaciones no se marcan diferencias en su rehabilitación³. Un paciente que sufre hemiparesia a causa de un infarto cerebral o uno que lo sufre por un accidente de coche, clínicamente y dentro del mismo modelo de lesiones, son agrupados y tratados con un mismo protocolo médico.

Lloréns (2014) continúa enumerando dentro del primer grupo: encefalopatías anóxicas, neoplasias primarias y secundarias y enfermedades inflamatorias autoinmunes del sistema nervioso central. Mientras que, en el segundo, suma al traumatismo craneoencefálico como:

Consecuencia de una fuerza externa ejercida por contacto directo o por inercia. Las fuerzas por contacto suelen provocar una lesión focal (fractura, contusión y/o hemorragia subdural o epidural[*]) mientras las fuerzas inerciales causan lesiones por mecanismos de aceleración-desaceleración, que pueden dar lugar a lesiones focales (por contragolpe) o difusas (daño axonal difuso[*]).

La incidencia estimada de traumatismos craneoencefálicos en España se sitúa en 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes y año. Los accidentes de tráfico representan la causa más importante, alrededor del 73 %, seguido por caídas (20%) y lesiones deportivas (5%). (p. 16).

Además de las citadas, otras enfermedades como: encefalopatías por tóxicos (fármacos de abuso o sustancias químicas), encefalopatías por otros agentes físicos (radiación ionizante, electrocución, hipertermia, hipotermia) y enfermedades infecciosas (meningoencefalitis) (p. 14).

A primera vista, este listado extenso, pero a la vez limitado de variantes señalado, manifiesta la escasa posibilidad de que puedan coexistir dos casos de daño cerebral completamente iguales, en efecto probablemente sea así. Cada ser humano, contiene su único universo creado por la totalidad de experiencias y conexiones biológicas que lo caracterizan como individuo distinguible y único dentro del grupo.

La gama de causas, a su vez se ve multiplicada por multitud de consecuencias, ordenadas paralelamente de manera individual en sus propias escalas de gravedad dentro de los mapas ya establecidos en cada cerebro. Pese a ello y dentro de su infinitud de diferencias, a todos ellos les une

³ Pese a centrar la teoría en el accidente cerebrovascular, en futuros capítulos, dedicados a la parte empírica del estudio, se incluirán ambas etiologías como muestra.

principalmente la experiencia de desposeer las cartografías cerebrales que, previamente a la lesión, les pertenecieron.

1.1.2. LA IDEA DE ICTUS

Igual que ocurre en el ictus, al detenerse, pensar y hablar de identidad, inherentemente a su propia abstracción y amplitud de contenidos, se crea un alboroto en el que las imágenes dejan de ser nítidas y difícilmente se encuentra precisión en su total significado. La Real Academia Española (RAE, 2018) se refiere al "conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás". "De la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta al resto". De las características culturales y sociales que son propias de una persona y permiten distinguirla de entre el colectivo. Se habla de atributos de sujetos sin réplica que hacen ser únicos y distinguibles, o de "códigos de barras". Llegados a este punto, sería útil preguntar qué mezcla de elementos forman parte de la identidad personal de cada uno.

Sin dar, o no, respuestas precipitadas sobre las nociones de identidad, al retroceder al planteamiento inicial de la definición de ictus, pocas fuentes terminan de completar en conjunto la imagen que define lo *sentido-inteligido*-como tal. No por falta de validez en lo dicho, sino porque lo no dicho modifica la idea creada en torno a lo dicho, y esto entre tantas cosas, no contribuye al acercamiento de su conocimiento y por tanto de su máxima prevención y rehabilitación, como punto de arranque para cualquier futuro cambio.

El lenguaje técnico y contenido que, normalmente abarca, se enmarca en la naturaleza de la lesión, en sus distintas clasificaciones etiológicas, sus manifestaciones clínicas visibilizadas, su abanico de secuelas, el impacto sociosanitario, los factores de riesgo y la prevención, provocando que, si uno no sufre la enfermedad desde cerca o se dedica a ello, se sienta lejos de su contenido y, por la *discontinuidad*, se aleje todavía más de una gran problemática social que ocupa la actualidad.

1.1.2.1. DEFINICIÓN TÉCNICA

José Álvarez Sabín profesor titular de neurología de la Universitat Autònoma de Barcelona y Jaime Masjuan neurólogo especializado en ictus (2013), servirán de principales referentes para abordar ese primer dominio sobre la definición técnica de ictus, sinónimo de accidente cerebrovascular, enfermedad cerebrovascular aguda y ataque cerebral.

Su guía explica cómo "la enfermedad cerebrovascular aguda o ictus incluye a todas aquellas enfermedades que afectan al cerebro y que están causadas por un trastorno de la circulación cerebral" (2013, p. 13).

A diferencia de en la Real Academia Española (RAE, 2018), donde se enmarca como "enfermedad cerebral de origen vascular que se presenta de un modo súbito", esta parte de su expresión que, también recoge el *Plan de Atención al Ictus en la Comunidad Valenciana (2011-2015)*, "trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo" (Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2011, p. 17), delinea en lugar de tres, cuatro de sus cinco principales características visibilizadas por lo común, en el contexto clínico.

Por una parte, se habla de la velocidad, fuerza y falta de previsión en que la acción acontece. Por otra, se subrayan sus consecuencias que, a su vez, se clasifican en niveles temporales. Por último, se presentan las causas y el lugar físico de procedencia y permanencia del accidente.

La Sociedad Española de Neurología (SEN, 2019) lo diferencia de otros nombres como apoplejía, trombosis, embolia o derrame, para reconocerlo como ataque cerebral.

1.1.2.2. CARÁCTER SENTIENTE

En España esta terminología es prácticamente nueva, pese a ello su procedencia se encuentra en el latín donde su significado aparece como "golpe" (RAE, 2018). Al buscar la definición de este último, se describe como "acción de dar con violencia", o "movimiento rápido y brusco". Se pone de ejemplo un "*golpe de volante*" el que, a su vez, se representa como "giro brusco y repentino de un vehículo en movimiento".

Centrados en el significado del ictus desde una perspectiva más próxima, qué más interesaría saber. ¿Qué ocurre cuando el cerebro ha tomado ese giro inesperado y sobrevive? ¿Qué significado real tiene el "*volantazo*" cuando se trata de saber que nuestro ser querido o el paciente está bien? ¿Qué implica o contiene la temporalidad de su consecuencia? ¿Qué significado tiene un deterioro neurológico en su y mi realidad?

Aparece una quinta propiedad que define la enfermedad. Un infinito rango de posibilidades y combinaciones que tanto a nivel social, motor, psicológico y emocional, afectan directamente sobre la identidad o aprehensión a la realidad, reconocidas hasta la fecha del individuo. De aquí la importancia de la intervención del arte.

Cambia el tipo de aprehensión a la realidad. Lo que suma, en este caso, resta. El canon del yo predeterminado por su memoria, conocimiento y experiencia, en relación consigo mismo y con su entorno, hasta la fecha reconocido y proyectado continuamente, es otro.

Tabla 2: Principales características del ictus

principales características del ictus	
heterogeneidad en sus déficits	parálisis motora en uno de los lados del cuerpo
pérdida de equilibrio	falta de conciencia sobre el déficit
déficits cognitivos	trastornos psicológicos y emocionales
alteraciones en el lenguaje y alteraciones en la comunicación	
alteraciones en la visión y alteraciones en el resto de los sentidos	
nueva aprehensión a la realidad ★	

1.1.3. TIPOS DE ICTUS

La etiología más común del daño cerebral adquirido es el ictus. Según los vasos y zonas afectadas, la localización y repercusiones del daño cerebral causado son distintas. Ordenado por el *Plan de Atención al Ictus en la Comunidad Valenciana (2011-2015)* según la naturaleza de la lesión cerebral, de los criterios clínicos, topográficos, patogénicos, diagnósticos y pronósticos, los ictus se clasifican en dos grandes grupos: la isquemia cerebral y la hemorragia cerebral (Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2011, p. 15).

Los ictus isquémicos o infartos cerebrales son un 80 y 85% de los casos de ictus. Se producen por "la obstrucción de una arteria que irriga una parte de nuestro cerebro y recae en un descenso del flujo sanguíneo que impide que la sangre alcance todas sus áreas" (Álvarez y Masjuan, 2013, p. 13).

Dependiendo de la duración de su proceso, aquí el tiempo es siempre vida, se subdividen en ataques isquémicos transitorios e infartos cerebrales. Por un lado, el ataque isquémico transitorio implica una obstrucción del flujo sanguíneo no muy larga y sus síntomas desaparecen por completo en menos de 24h.

Un referente conocido que tuvo un gran impacto en la sociedad española, fue el caso de Alfredo Landa (1933-2013) al recoger su Goya Honorífico en la entrega de los Premios Goya 2008, como nos recuerdan Álvarez y Masjuan (2013).

La mayoría de estos ataques sólo duran unos minutos, pero con frecuencia estos episodios, constituyen la primera manifestación de la enfermedad cerebrovascular y por ello pueden suponer, si se comprende de qué hablamos, la gran oportunidad de evitar que el infarto cerebral se presente para no irse (Álvarez y Masjuan, 2013).

Se advierte que, quienes sufren un ataque isquémico transitorio tienen entre el 11-13% de

posibilidad de presentar un ictus durante el primer año (p. 33).

Por su parte, los infartos cerebrales están determinados por una carencia de riego sanguíneo mayor a la de 24h donde los nutrientes y el oxígeno requeridos no llegan a todas las partes del cerebro y causan lesiones tanto reversibles como irreversibles a sus células y sinápsis. Se pueden provocar por trombosis o embolias. La primera cuando el trombo que obstruye la arteria se produce en una arteria del cerebro o del cuello y la segunda cuando el trombo, conocido como émbolo, proviene del corazón (Álvarez y Masjuan, 2013, pp. 14-16) y sube por la arteria hasta alcanzar el cerebro.

Los ictus hemorrágicos o hemorragias cerebrales suponen entre el 15 y 20% de los casos restantes. Se definen como extravasaciones de la sangre craneal por la rotura de uno o más vasos sanguíneos (Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2011, p. 17). Una arteria del cerebro se rompe, lo que hace que la sangre salga del vaso y se localice en el interior del cráneo, dañándolo y, provocando síntomas más violentos que los comunes a los infartos cerebrales (Álvarez y Masjuan, 2013, p. 16).

Los ictus hemorrágicos se dividen en tres tipos, dependiendo de la zona del cerebro donde se rompe la arteria y se localiza la sangre: hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural.

La hemorragia intracerebral se produce cuando la sangre se localiza dentro del encéfalo y el hematoma está en el cerebro. Implicada en el 50% de los casos, su causa más frecuente es la hipertensión arterial. Por otro lado, la hemorragia subaracnoidea, del 2 al 5% de todos los ictus, se provoca cuando la rotura de la arteria se produce en la base del cráneo y la sangre se extiende por el espacio subaracnoideo⁴. Su causa principal es la rotura de una aneurisma intracraneal. Y por último el hematoma subdural, cuyos causantes más frecuentes son los traumatismos craneoencefálicos. Su daño se localiza entre el hueso del cráneo y una de las capas de la meninge (Álvarez y Masjuan, 2013). En cualquiera de estas tres hemorragias, las posibilidades de provocar déficits sobre la propia conciencia de ser uno mismo, es mayor.

Tabla 3: Tipos de ictus

tipos de ictus	
isquémicos	hemorrágicos
ataque isquémico transitorio	hemorragia intracerebral
infarto cerebral	hemorragia subaracnoidea
	hematoma subdural craneoencefálico

⁴ Espacio entre el hueso del cráneo y el cerebro que rodea todo el cerebro.

1.1.4. DÉFICITS, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Aunque la sede del ictus esté en el cerebro, esta enfermedad también puede afectar y extenderse sobre toda la idea carnal y espiritual que, nos limita del entorno, y nos caracteriza de entre el resto de las personas. Como suma, por tanto, consecuencia, de todos los déficits que a nivel oficial se tienen en cuenta, la identidad entra en juego como resultado de una larga lista de repercusiones que supone el golpe donde el propio cuerpo, es su última franja. En otras palabras, el ictus puede arrasar con todo lo conocido en su sentido de dualidad.

Como base del cambio, en los déficits cognitivos se encuentran problemas de atención, concentración, razonamiento y memoria. A ello se suman otros posibles síntomas como la falta de reconocimiento en la existencia de un déficit o de partes de uno de los lados del cuerpo, generalmente del izquierdo.

También se suele dar por hecho la fluidez que por derecho es intrínseca a la comunicación. En cambio, en esta enfermedad, los trastornos del lenguaje son de los grandes protagonistas. Clasificados entre afasia o disartría, la afasia puede afectar al habla, a la expresión, a la escritura, a la lectura y a la comprensión y, la disartría, provocar dificultades para enlazar palabras y formular oraciones (Álvarez y Masjuan, 2013). Junto a otras negligencias, la hemianopsia afecta a la visión o produce ceguera que afecta a una mitad de los campos visuales. La pérdida de otros sentidos como el gusto, el olfato o el tacto en las alteraciones motrices también son posibles. Las capacidades de llorar o reír también se pueden ver afectadas.

Las clases de alteraciones emocionales se clasifican en dos grupos: por un lado, directas, como aquellas que el propio daño ha causado sobre el tipo de sentimientos que caracterizaban al individuo en relación con su medio, todo ha variado según su nueva aprehensión a la realidad y, por otro lado, alteraciones indirectas, con aquellas que posteriormente al despertar, y verse envuelto en esa realidad ajena, la persona siente frente a su nuevo estado.

Cada déficit supone un trauma por sí sólo. El accidente cerebrovascular es un trauma. López (2018) reconoce tres alternativas a la hora de reaccionar ante ellos: enfrentarse, escapar o quedarse congelado. En el ictus las tres son posibles y/o permanentes.

Las alteraciones emocionales no faltan. Lo que en ocasiones resulta más extraño es la pasividad que la sintomatología, por lo general, provoca. La frustración que, en un mero sueño o pesadilla de alguien sano llega a provocar. Se dice que la *parálisis del sueño*⁵ es bastante común o, por lo menos, cuando se habla de ello no es atípico. Por tanto, utilícese para analizar qué nivel de estrés, impotencia,

⁵ Incapacidad transitoria para realizar cualquier tipo de movimiento voluntario que tiene lugar durante el periodo de transición entre el estado del sueño y el estado de la vigilia.

dolor y rabia llenan el cuerpo cuando únicamente una situación de este tipo es imaginada o recreada. Peor todavía es despertarse y encontrarse bajo esa situación, y no tener capacidad de reaccionar ante ella, danzar a su son sin darse cuenta. Sentirse apático, sedado, a lo mejor incrédulo o paralizado.

Desde la otra cara, donde tras la pasividad, todavía existe una conciencia, aparecen las definiciones de Rueda (2018) "la rabia, el asco y el miedo que genera mi situación hacen que odie todo el rato muy fuerte, sin distinción. Y eso es agotador. Odiar tu cara, tu lengua que se ha vuelto tonta y perezosa" (p. 84). La depresión al cabo de un año suele afectar al 40% de los casos y la ansiedad suele estar presente en uno de cada cuatro individuos que sufren ictus (Álvarez y Masjuan, 2013).

Los tipos de parálisis o también llamados trastornos motores se dividen en hemiplejía y hemiparesia. La primera se utiliza para definir los casos en que hay parálisis completa de alguna parte del cuerpo y la segunda cuando la parálisis es parcial. Los hemisferios cerebrales, cada uno, conectado con un lado del cuerpo, el derecho con el izquierdo y el izquierdo con el derecho, harán que, por ejemplo, también en su otra dirección, si la rotura de una arteria se sitúa en la parte derecha del cerebro, la parte izquierda del cuerpo, rostro, garganta, brazo, mano, pierna, pie y dedos, paralizados parcial o completamente, impidiendo llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, y que otras veces no puedan llevarse adelante por la propia apraxia. Estas parálisis también pueden afectar a la deglución de alimentos, conocida como disfagia.

A ello se suman otros problemas de equilibrio que, al igual que la fatiga física y psíquica, van de la mano con el anterior punto. Este último déficit lo sufren dos terceras partes del colectivo y va acompañado de otros como el dolor y sensaciones extrañas de incomodidad frente al cuerpo, sobre todo en zonas como el hombro que directamente se ven afectadas por el peso muerto añadido y la pérdida de un eje central que permite adquirir una buena postura. También supone un rango del 4% al 17% de riesgo de sufrir ataques de epilepsia.

Las causas en personas mayores de 55 años suelen ser una serie de enfermedades y hábitos en la vida diaria; entre ellos la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, el tabaco, la obesidad y las enfermedades del corazón. Los ictus sufridos por pacientes menores de 55 años suelen guardar relación con malformaciones congénitas arteriales o enfermedades hereditarias (Álvarez y Masjuan, 2013). Otras causas son la falta de una dieta equilibrada, la vida sedentaria o inactividad física, la obesidad, terapias hormonales pre y post menopáusicas, dislipemia, enfermedad de células falciformes y estenosis carotídea.

Los factores de riesgo no modificables corresponden a la edad, sexo, raza, factores genéticos o hereditarios, localización geográfica, bajo peso al nacer, la estación y el clima (Álvarez y Masjuan, 2013). Por otro lado, los factores de riesgo modificables, destaca la hipertensión arterial. El consumo de tabaco y alcohol suponen el doble de riesgos en comparación con los de una persona sana. Esta alta

posibilidad, puede disminuir a los dos años de haber dejado de fumar. Son más frecuentes los ingresos por este tipo de adicción que por otras relacionadas con el consumo de cocaína, heroína u otras drogas.

La fibrilación auricular, conlleva una mayor intensidad del déficit neurológico y una mayor mortalidad precoz. Se conoce como la arritmia más frecuente y afecta al 6% de los mayores de 65 años, alcanzando hasta el 12 % en los mayores de 85 años. Las personas con fibrilación auricular tienen un riesgo del 4 al 12% cada año de sufrir un ictus y representan un 15% de todos los ictus (Álvarez y Masjuan, 2013). La diabetes mellitus también aumenta el riesgo entre 1'8 y 3 veces más y otras cardiopatías embolígenas o enfermedades del corazón como enfermedades coronarias, hipertrofias del ventrículo izquierdo e insuficiencias cardíacas congestivas. Por su lado, la población con migraña también presenta más del doble de riesgos de sufrir un accidente cerebrovascular. Los anticonceptivos orales son otra importante causa en la formación de trombos.

1.1.5. SÍNTOMAS QUE SUGIEREN UN ICTUS

En muchos casos, la falta de sintomatologías o de su reconocimiento, no ayudan a que los pequeños golpes o ataques isquémicos transitorios pongan a uno en situación.

Desde meses antes, apenas perceptibles, se pueden notar sutiles cambios de humor, irritabilidad o cansancio. Hay otros casos en los que el individuo antes del ictus presenta síntomas como apatía, pérdida de concentración, equilibrio y orientación (Álvarez y Masjuan, 2013).

Otros rangos que singularizan a esta enfermedad son su velocidad y carácter sigiloso, aparece de repente, en silencio. Cuando está, ya está ahí-sí el tigre de Olivia (Rueda, 2018) decide atacar definitivamente, lo hace sin avisar-. Álvarez y Masjuan (2013) señalan que "sólo [suele] producir dolor de cabeza en un 20% de las ocasiones" (p. 39). Normalmente las enfermedades suelen advertirse por determinadas señales físicas como el dolor o la fiebre que nos sirven como alerta. Por su lado, los síntomas del ictus pueden pasar desapercibidos o minimizados por la falta de información, de capacidad de reconocimiento y de conciencia sobre sus posteriores consecuencias. En muchos casos, la ausencia de síntomas hace que, sean posteriormente detectados como consecuencia de un TAC u otro estudio paralelo relacionado con otra enfermedad. A estos ictus se les clasifica como infartos cerebrales silentes.

En otras ocasiones, son clínicamente sintomáticos. Las hemorragias subaracnoideas, por ejemplo, suelen presentar manifestaciones como un dolor de cabeza agudo, "el dolor puede extenderse al cuello y a la columna, y con mucha frecuencia se acompaña de náuseas, vómitos y un estado de intranquilidad o agitación importante" (Álvarez y Masjuan, 2013, p. 117). "Suele coincidir con la práctica de actividad física [...] y, en ocasiones va acompañado de la pérdida de conciencia" (p. 118).

En los casos sintomáticos, nos advierten también Álvarez y Masjuan (2013), el ictus suele

manifestarse por la pérdida de fuerza o adormecimiento en la mitad del cuerpo, pérdida brusca de visión parcial o total en uno o ambos ojos, dificultad para hablar o comprender, alteración del equilibrio (ataxia), visión doble (diplopía) y dolor de cabeza súbito de gran intensidad desde su inicio (Tabla 4).

La lesión cerebral tarda entre 3 y 8 horas en instalarse de forma definitiva en el cerebro. Cuanto más tarde en irse, mayor será el deterioro. Este periodo de tiempo que permite salvar la zona se conoce como "ventana terapéutica"⁶. El tiempo es vida y la vida se transforma en cantidad de cerebro.

Tabla 4: Principales manifestaciones del ictus

principales manifestaciones del ictus	
visión doble	dolor de cabeza
pérdida de visión parcial o total	alteración del equilibrio
dificultad para hablar	dificultad para comprender
pérdida de fuerza o adormecimiento de medio cuerpo	

1.1.6. INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL ICTUS

Es cierto que, cada día se ofrece una mayor concienciación en la sociedad y en los progresos de avances quirúrgicos que, paralelamente, provocan una disminución en el número de defunciones que existen por cada ictus. Ello abre una mayor urgencia en implementar todos los recursos disponibles para su periodo de rehabilitación, implicando en la supervivencia la continuación de una vida digna en todos sus niveles.

Cada año 15 millones de personas en el mundo sufren un ictus [...]. El ictus es el responsable de una de cada 10 muertes, pero todavía más importante que esto es el hecho de representar la causa más importante de morbilidad y discapacidad a largo plazo. (Álvarez y Masjuan, 2013, p. 19).

⁶ En las isquemias el tratamiento de recanalización es la trombosis intravenosa donde con el objeto de disolver el trombo alojado en el cerebro se aplica un fármaco por la vena del paciente, este tratamiento sólo puede realizarse dentro de las "primeras cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas" (Álvarez y Masjuan, 2013, p. 65). Otro tratamiento es el endovascular, por medio de catéteres se intenta extraer o disolver el trombo cerebral. El tiempo de tratamiento se amplía hasta las primeras 8 horas desde el principio de los síntomas.

Por fortuna, el instinto de supervivencia y de calidad de vida protege, convirtiendo las grandes sumas en sentimientos más similares a los despertados, al despertar, por lo ficticio, fantasioso o irreal. La lejanía es cómoda, sin ella, se acabaría loco o insensibilizado por completo, quién sabe.

Las cifras tan altas de ictus no ayudan a su aproximación y a la empatía que merecen. En España, rozando el número de personas con VIH, cada año entre 120.000 y 130.000 personas sufren un ictus (Álvarez y Masjuan, 2013).

Aunque como argumenta Guzmán (2016) "la diversidad funcional no es un problema personal, sino uno social" (p. 27), la noción en cantidad de número de casos tampoco está presente en quien vive en sí y sobrevive a esta enfermedad, el mundo continúa a su ritmo.

Desde la lejanía, los grandes números mantienen a la sociedad expectante al otro lado de la pantalla. Pero la realidad actual de España, son 420.000 personas registradas con ictus, de entre ellas, más de la mitad con algún tipo de discapacidad.

Volviendo a Álvarez y Masjuan (2013), en España se produce una muerte por ictus cada 15 minutos y una en el mundo cada 5 segundos⁷. En 2025 se predicen "más de 1,2 millones de españoles supervivientes de un ictus, de los cuales más de 500.000 estarán incapacitados" para continuar su vida independientemente (p. 11). A este colectivo de personas afectadas de manera física, psicológica, emocional, social y económicamente, también deberían sumarse los familiares que se responsabilizan de su cuidado.

1.1.6.1. SENSIBILIZACIÓN EN LAS CIFRAS

Este debate sobre cuantías elevadas se abrió en *Razones de la sinrazón: La crisis de la modernidad* (Pérez, 2014-2015). Se habló sobre cómo lo que no somos capaces de abordar mentalmente, de algún modo, esteriliza o insensibiliza a lo que a los sentimientos se refiere y, hace escapar de la conciencia saber que, desde 1980, el ictus es la primera causa de muerte entre las mujeres españolas y la segunda a nivel general, la primera causa de discapacidad física en personas adultas y la segunda en demencia detrás del Alzheimer (Álvarez y Masjuan, 2013).

Vienen a la memoria detalles de monumentos conmemorativos como el *National September 11 Memorial* (Arad y Walker, 2011) (Imagen 12), donde sus más de 3.000 nombres tallados sobre mármol negro, se vuelven necesarios para comprender la realidad representada, las fotografías en Tuol Sleng, (Imagen 13) donde repletan habitaciones y llenan sus paredes con imágenes de sus víctimas para

⁷ Sufrir un ataque isquémico transitorio o infarto cerebral, aumenta la posibilidad de recaída frente a una persona sana del mismo sexo y la misma edad que nunca haya tenido un ictus. Tras presentar el primer ictus, el riesgo de tener un segundo ictus en la primera década se multiplica por seis. Los ictus recurrentes incrementan la mortalidad de un 73% y la dependencia funcional de casi un 40% de los casos (Álvarez y Masjuan, 2013, p. 83).

aproximar en la narración de sus vivencias a sus turistas, también hay casos en los que se decide hacer uso de objetos (Imagen 14) como las calaveras de Choeng Ek o como los 43 + 7 relojes de Anja Krakowski (Valencia, 2015) (Imagen 15).

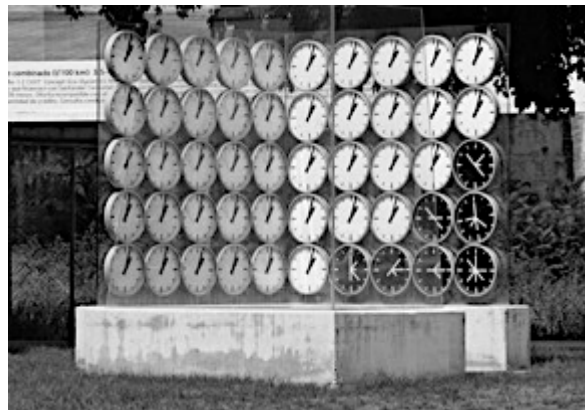
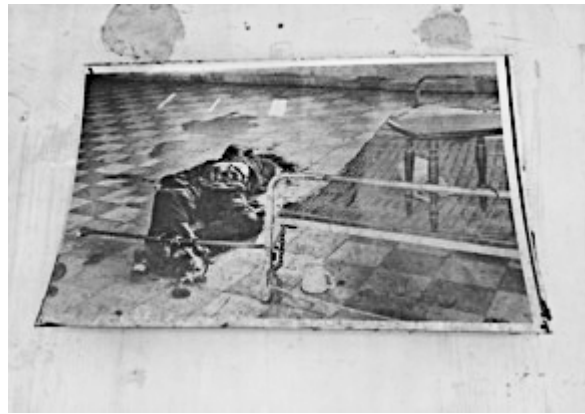


Imagen 14 (2019); Imagen de los nombres en *National September 11 Memorial* (2011); Imagen de las fotografías en el Museo de Genocidio Tuol Sleng S-21 (2015); Imagen de las calaveras en el Centro de Genocidio de Choeng Ek (2005); Imagen de los relojes en *Prime time* (2006)

En todas estas performances la idea no sólo es dedicar un espacio físico que recoja y conmemore, o recuerde, su motivo. Entre tantas discontinuidades, arquitecto, paisajista, museólogo o artista plástico conceptual, comparten la intención de facilitar el camino de aproximación a una conciencia -siempre relativa, pero más próxima- del suceso: darle forma en el espacio para poder verlo, tocarlo y sentirlo.

Desde fechas, sexos, edades, culturas, ideologías, estatus sociales y enfermedades, el grado de empatía se mide por el nivel de identificación sentido entre el sujeto como receptor y el objeto como sujeto.

1.1.7. ETAPAS DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y SU REHABILITACIÓN

Sed y una extraña sensación de despreocupación. De distancia o irresponsabilidad hacia mi cuerpo [...] mi cabeza no piensa en ello. Lo normal para cualquier persona en su sano juicio que se despierta y se encuentra en la UCI es llevarse un susto de muerte, si es que está en plenas facultades. Pero yo estoy como de vacaciones. Flotando en un limbo indefinido en el que no lloro ni río. (Rueda, 2018, p. 77).

Al despertar, la mayoría de los individuos tras sufrir un ictus cuentan tener una vaga huella, los recuerdos confundidos y desordenados en el tiempo sobre lo que, en condiciones sanas sería un punto de vista objetivo. Durante estos primeros días, los familiares de los pacientes ante el desorden también se encuentran en *estado de shock*, el pasado y el futuro asaltan la memoria poniendo en tela de juicio todos los criterios que, hasta la fecha, comulgaban con una realidad y que, ajenos a estas situaciones, normalmente, se dan por hechos.

Estas alteraciones de datos tras el accidente, conlleva cambios en la organización y jerarquización propia de la previa circunstancia del paciente. Despiertos entre tantas posibles realidades, en relación con la gravedad del *giro* y paralelas a su proceso de rehabilitación, las etapas posteriores que se abren y que se cierran después de la lesión cerebral pueden ser más o menos lentas en el tiempo.

Se trata de una recta continua que traza el camino de haber sobrevivido al impacto de un ictus: la etapa aguda y post-aguda, como parte de un mismo bloque, y la etapa o fase crónica del superviviente (Figura 1).

etapa aguda

etapa post-aguda

etapa crónica

Figura 1 (2019): Etapas del ictus

A nivel de rehabilitación, principalmente la diferencia entre ambos periodos radica en que el primero se dirige a recuperar las facultades perdidas a causa del ictus, trabajar y reconducir lo máximo posible la circunstancia interna (B) con intención de redirigir al estado original (A) sus cartografías, y el segundo, cuando desaparece el eco y de manera más permanente, la nueva circunstancia interna se asienta y estabiliza su cuadro, la rehabilitación se enfoca en su adaptación al nuevo medio a través de su funcionalidad y fomento de ciclos y relaciones que vinculan al individuo con su entorno.

1.1.7.1. FASE AGUDA Y SUBAGUDA: RECUPERACIÓN DEL SENTIDO DEL YO

El *Plan de Atención al Ictus en la Comunidad Valenciana* (Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2011) avisa de cómo en la fase aguda del paciente y tan pronto se haya asegurado el control de su estado vital, a ser posible entre las primeras 24 y 72 h, a nivel clínico se deben iniciar a tomar medidas de estimulación precoz: "Los primeros días van destinados al correcto posicionamiento postural, a evitar las complicaciones derivadas de la inmovilidad causada por la isquemia o hemorragia, y a mantener eficazmente las funciones respiratorias, deglutorias y esfinterianas" (p. 59) que, por lo general, junto al resto de síntomas, con los días se estabilizan.

Entre muchos zig- zag, una de las principales tareas del equipo encargado de atender al paciente es estabilizarlo con la esperanza de que, junto a su recuperación del tejido penumbra⁸ (Arias, 2009), nuestro yo completo, quede lo más próximo posible a la línea referencial de la identidad básica que se reconoce del individuo.

Curva de recuperación en la fase aguda y post-aguda del ictus

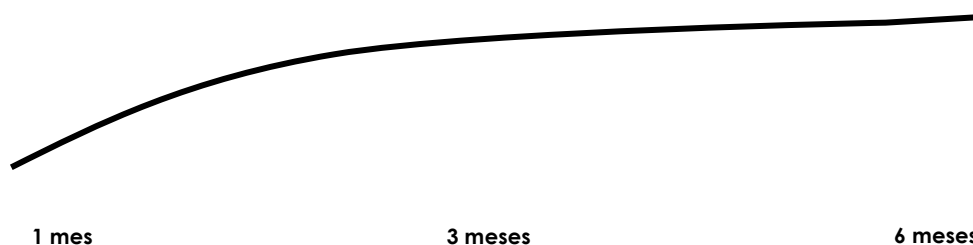


Figura 2 (2019): Curva de recuperación en la fase aguda y post-aguda del ictus

Una vez estipulado a qué distancia se sitúa el sentido de identidad de la línea referencial; en la fase subaguda se establece el tipo de tratamiento de rehabilitación adecuado para cada caso.

La neurorrehabilitación tanto en la primera como en la segunda fase se dirigen a campos como la fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, terapia psicológica y terapia psiquiátrica. Las neuronas sanas siguen disfrutando de su plasticidad/flexibilidad neuronal y pueden aprender y compensar algunas funciones de las afectadas (Arias, 2009).

Durante el primer mes y medio, se suele obtener el 85 % de la recuperación del estado "original" del individuo afectado y, durante los dos siguientes meses, el 95% de sus mejorías neurológicas.

⁸ Periferia cerebral de la zona dañada por un ictus.

Por su lado, nos dice Arias (2009), la restauración funcional y ejecutiva, tiene un margen mayor en el tiempo y su máxima mejoría se presenta a lo largo de los seis primeros meses. Entre el cuarto y el sexto mes, la rehabilitación es en meseta, aunque el proceso de adaptación y reintegración a la comunidad hasta años después del golpe puede prolongarse. Continuar la rehabilitación durante la fase crónica, definirá la dirección y estabilidad del cuadro (Figuras 3, 4 y 5).

Fase crónica con dificultades en la adaptación y rehabilitación

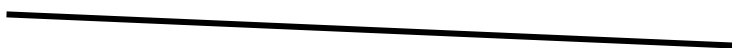


Figura 3 (2019): Fase crónica con dificultades

Fase crónica esperada con rehabilitación



Figura 4 (2019): Fase crónica esperada

Fase crónica sin rehabilitación



Figura 5 (2019): Fase crónica sin rehabilitación

1.1.7.2. FASE CRÓNICA O PERIODO DE ESTADO: ADAPTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL SENTIDO DEL YO

Menos o más satisfechos, llegan las respuestas. La incertidumbre sobre qué será o cuál será el resultado de la enfermedad se disipa. Las consecuencias del accidente, con el tiempo, toman su forma definitiva.

Este tramo de rehabilitación y de por vida, se enfoca a la adaptación del déficit residual. Se procura que, desde el equipo de neurorrehabilitación y sus familiares o cuidadores, y durante todo el programa rehabilitador, el individuo afectado sepa desenvolverse y defenderse en y desde su nuevo ambiente físico, psicológico, social y emocional.

En la fase crónica y alcanzada la estabilidad del cuadro, desde la perspectiva y condiciones de una nueva identidad, a partir del primer año apenas existen cambios notables en la evolución y su nivel de aprendizaje adquirido es más difícil de objetivar. Ello no excluye la necesidad de mantener los niveles alcanzados a través de la rehabilitación.

1.1.8. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN NEURORREHABILITACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades afronta las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y científica, y es capaz de contribuir a su comunidad. A partir del S.XXI:

Empieza a filtrarse en la sociedad el paradigma de la diversidad. Dicho paradigma del que hablábamos y promulga que los individuos que componen la sociedad son diferentes, tienen distintas capacidades y su funcionalidad es diversa, pero, como ciudadanos que son, poseen el derecho a la autodeterminación, a la accesibilidad, a la calidad de vida-frente a las situaciones de marginación y aislamiento [...] y a la igualdad de oportunidades. (Guzmán, 2016, pp. 26-27).

En el dominio del ictus, juega su carta la neurorrehabilitación que, desde los déficits marcados, ofrece terapias dirigidas a la "felicidad, satisfacción, bienestar, compromiso y participación" (Guzmán, 2016, p. 63) de pacientes con daño cerebral adquirido.

Tabla 5: Campos incluidos en el protocolo de neurorrehabilitación

campos de la neurorrehabilitación	
fisioterapia	terapia ocupacional
logopedia	psicología
psiquiatría	

Actualmente la arteterapia no se incluye de manera oficial en las rutinas del ictus (Tabla 5). La neurorrehabilitación clínicamente oficial, cuenta con cinco áreas que, junto a la rutina diaria con familiares y cuidadores, forman parte del programa de rehabilitación que muchos enfermos con ictus llevan a cabo de por vida o hasta que sus situaciones económicas y sociales lo permiten.

La fisioterapia trata de recuperar y mantener la movilidad del lado del cuerpo con faltas de respuesta del paciente. Normalmente suele ser más fácil y requiere menos tiempo, alcanzar cambios en las extremidades inferiores. El movimiento del brazo y sobretodo el de la mano, por estar más cerca del cerebro, son más difíciles de recuperar. La falta de movilidad hace que, de igual forma, el lado del cuerpo pierda fuerza y esto se suma en el desequilibrio de un eje central en la postura del individuo que afecte a su equilibrio. Medio cuerpo carga el peso muerto del peso muerto de su cuerpo y la sensación no es otra.

Los terapeutas ocupacionales se encargan de recuperar, adquirir y, de manera reiterada, mantener la capacidad individual de los pacientes de ser independientes en sus diferentes contextos, trabajos y aficiones. La jardinería, por ejemplo, puede salirse de los gustos o preferencias de alguien que previamente al daño, sentía placer y preferencia por la jardinería. Por esto, también es positivo anímicamente para el paciente que parte de sus tratamientos los realice fuera del hogar. El contexto de rehabilitación es una zona neutra para que el individuo se relaciones comenzar con el entorno desde cero.

Los logopedas también se incluyen en el protocolo de neurorrehabilitación, para recuperar la comprensión y la comunicación fluida, habla, lectura y escritura, de los pacientes.

Por último, los psicólogos por medio de fichas, manualidades, y charlas, atienden el carácter cognitivo conductual de los mismos, tensión, atención, memoria, conciencia del déficit y empatía. En el caso donde el daño provoca alteraciones de riesgo en la conducta, los psiquiatras o neurólogos destinados de cada centro, incluyen otros tratamientos auxiliares como fármacos.



Imagen 15 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Me acuerdo de mí misma decidida y resuelta a conquistar cualquier obstáculo para conseguir lo que queríamos, siempre entusiasta, creativa, alegre e incrédula de lo feliz que era*

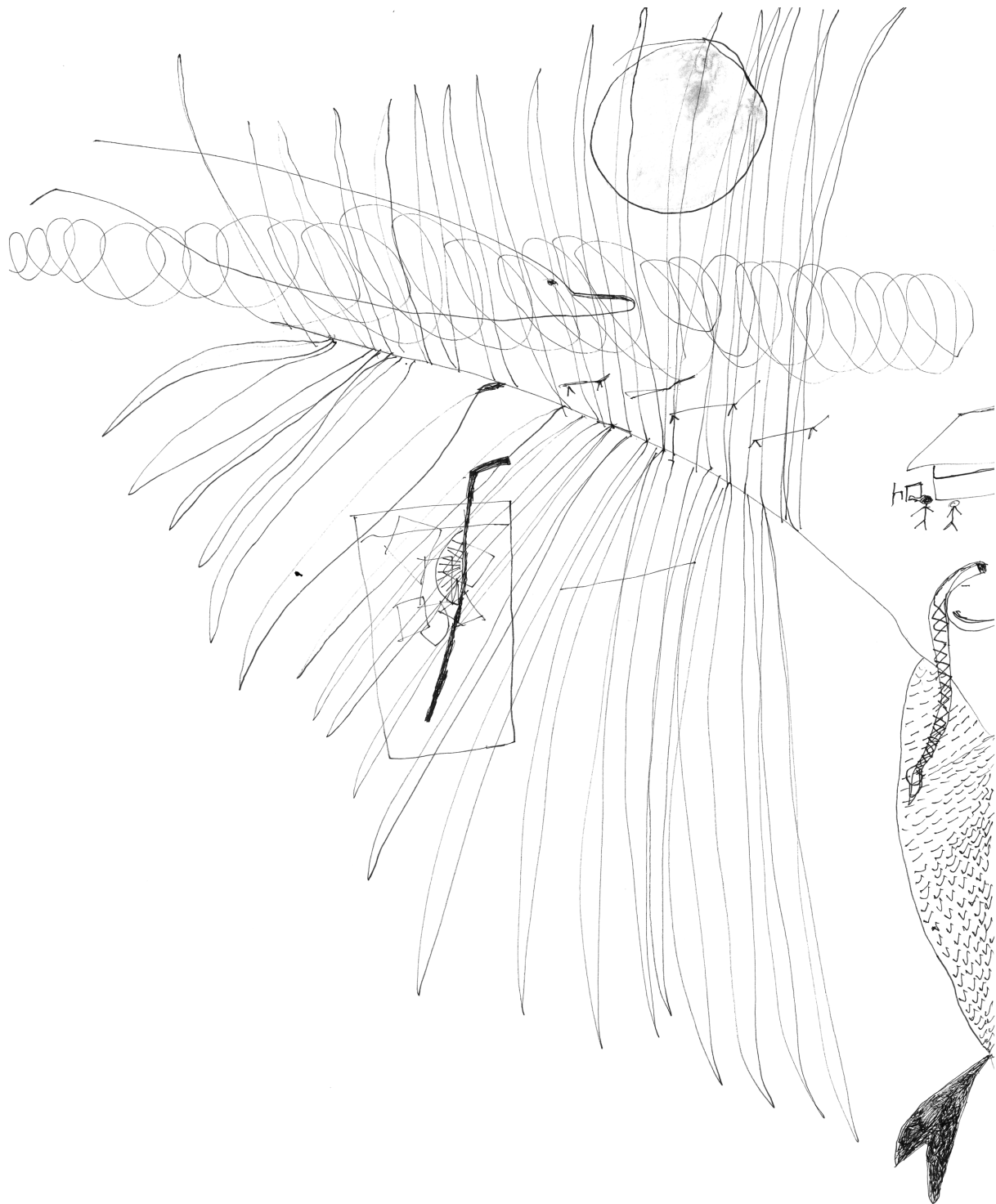


Imagen 16 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Todo es lento para mí, me cuesta incluso visionar cuáles van a ser mis movimientos para ejecutar la próxima tarea*

1.2. CONTENIDO DEL DISCURSO: IDENTIDAD, CIRCUNSTANCIA Y CREATIVIDAD

Para la practicidad y organización de estas nociones, en esta segunda parte del estudio sobre la aproximación a la idea de íctus, se establece un comienzo tras introducir la circunstancia: cuando de la nada nace lo existente y el ser junto a su creatividad, toma sus propias riendas en lo que respecta a su presencia y sentido de ser unidos a la libre supervivencia.

Todos estos procesos y contenidos, a continuación, explicados, evidencian por sus opuestos, el significado de las características implicadas en el carácter sentiente de la enfermedad. Amplían la imagen en torno a procesos regulares en organismos sanos que, paralelamente y desde esta perspectiva, argumentan el significado de *naturaleza sentiente* implicado en sufrir lesiones en las estructuras cerebrales que causan en el individuo un deterioro neurológico respecto a la situación previa. Se trata pues, el significado de pasar de una circunstancia a otra.

1.2.1. NACE LA CIRCUNSTANCIA COMO TÉRMINO Y CONCEPTO

Se conoce hace tiempo, experimentar o sentirnos vivos, es producto de la coexistencia de un único todo inseparable formado por *el yo* y *su entorno* circundante.

Tal y como explica Ortega y Gasset entre notas de *Meditaciones del Quijote* (2017, p. 65), la primera vez que utiliza el término *circunstancia* es en un artículo fechado en enero de 1911. Hasta la fecha y en castellano, es la primera vez que esta palabra se introduce como idea.

El sentido de circunstancia comprende “el mundo exterior y el interior, todo aquello que es exterior al sujeto-no a su cuerpo solo-; esto es, todo aquello que no soy yo, todo aquello que encuentro en torno mío” (Ortega y Gasset, 2017, p. 140).

Se detalla la raíz de su origen y con ello, desde 1913, la gran influencia que otros campos como la biología y referentes como J. von Uexküll (1864-1944), suponen para esta idea.

El biólogo alemán introduce la palabra “*Umwelt*” en *Umwelt und Innerwelt der Tiere* en el año 1909, señalando “lo que inmediatamente nos rodea como seres vivos”, le cita Ortega y Gasset (2017, p. 62), no conformado con su exactitud, más adelante la sustituye por “*Merkwelt*” cuyo significado se aproxima mejor a la evolución de su discurso, “para cada animal hay un mundo especial, que se compone de las notas distintas recogidas por él del mundo exterior” (2017, p. 63). La traducción de *Merkwelt* es “mundo perceptible”. Sin girar en torno a una única realidad los mundos vuelven a multiplicarse según la cantidad de puntos de vista existentes en un “sistema de relaciones laxas, aproximativas y vagas” (p. 64). También son base de sus ideas, “*Ich*”, es decir, “yo”, y “*Umgebung*”, que se traduce por “circunstancia” (Garrido, 1983, p. 322).

El profesor Garrido (1983) explica que, entre 1907 y 1908, durante la segunda edición de *Kritik der reinen Erfahrung*⁹ (1890), y durante su estancia en Alemania, Gasset coincide en más de una ocasión con Richard Avenarius (1843-1896).

En aquel entonces, el positivista alemán ya había publicado textos donde definía la coordinación principal empiriocrítica¹⁰ como base de su filosofía y que, con posterioridad, como dice Garrido (1983) y el propio Gasset menciona en su ensayo programático *Ni vitalismos ni racionalismo* (1924), formaron parte de la biblioteca privada del filósofo madrileño. Entre estos textos, Avenarius ya prevé que:

El yo y la circunstancia están completamente al mismo nivel: yo experimento a la circunstancia exactamente en el mismo sentido en que me experimento a mí: como perteneciendo a una sola experiencia. Y en toda experiencia que se realice, ambos valores, el yo y la circunstancia, están por principio coordinados y son equivalentes (*Ich und die Umgebung stehen hinsichtlich des Gegebenseins vollständig auf gleicher Stufe: ich erfahre die Umgebung in genau demselben Sinne wie mich -als Zugehörige einer Erfahrung und beide Erfahrungswerte, Ich und Umgebung, sind in jeder Erfahrung, welche sich verwirklicht, einander prinzipiell zugeordnet und gleichwertig*). (En Garrido, 1983, p. 390).

Según las necesidades que presenta su contexto¹¹, Gasset (2017) deja en evidencia referirse a la nación como circunstancia "yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo" (p. 77). Con el mismo rigor la circunstancia se expone de nuevo para acercarse al cúmulo de rupturas en los mecanismos que el individuo produce entre el yo y su mundo tras sufrir el ictus.

1.2.2. BASE CREATIVA DE LA LIBERTAD

Previamente a ser, no se era nada. Después, al pasar a ser algo, en el momento de la gestación y durante el transcurso de los nueve meses sucesivos de embarazo, se posee todo, el sentimiento de existencia está completo.

Al nacer, se comienza el viaje a la ambición en el que, separados del contexto conocido como útero y del sentimiento dual del sí mismo que suma a la madre, para completarnos de nuevo y sobrevivir con bienestar, se pauta desde cero y en función de las nuevas necesidades y disposiciones, el sentido de existencia y aprehensión a la realidad.

⁹ Reconocida como la obra principal de su trayectoria, Avenarius recoge en *Crítica de la Experiencia Pura* (1890) el concepto de mundo a partir de la experiencia.

¹⁰ El empiriocriticismo es una tendencia filosófica del siglo XIX centrada en el análisis crítico de la experiencia.

¹¹ Primera Guerra Mundial (1914-1918).

Un año antes que de López (2018) explicase la importancia de aceptar muchos traumas socialmente acallados, (los silencios del accidente cerebrovascular), y poder expresar el dolor como algo legítimo para el principio de su cura, Cardenal (2017), en el Col.legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana (COPCV), relaciona el momento de nacer con el primer trauma al que la existencia del ser se enfrenta. Para la psicoanalista supone pasar "del vientre a la fría camilla", pasar de un contexto a otro ajeno al conocido y también frío al principio, repentinamente, se desgarrar de la madre como vínculo inconsutil de lo, hasta esa fecha, comprendido y dado por hecho como significado y único sentido del primer sentido del yo.

1.2.2.1. FEEDBACK ENTRE NATURALEZA E INDIVIDUO

La psicoanalista argentina (Cardenal, 2017), estudiosa del método de Esther Bick (1902-1983), continúa explicando la ansiedad que el trauma de nacer puede llegar a provocar en el individuo, y el cargo que paralelamente ejerce en la construcción de los primeros deseos y fantasías personales.

Guiados por sentimientos que siguen señales enviadas en torno al placer como recompensa y al dolor como castigo (Damasio, 2014a, p. 49), por medio de la creatividad se dibujan los márgenes que limitan al individuo separado del resto del grupo abriendo las puertas a un *feedback* continuo y estable entre la naturaleza y el yo que, por sus relaciones, se completa en el tiempo y con la misma.

En el estudio del psiquismo temprano, se argumenta, cómo por su belleza y base de conocimiento, por instinto de supervivencia- hasta la fecha se había recibido todo hecho- para desenvolverse en el medio. La madre se convierte en el primer foco de interés y curiosidad del inexperto. El neonato, presencia la manera en que la madre se relaciona con la naturaleza, encuentra y crea en ella lazos amorosos, con ingredientes externos, al sentimiento acotado de un yo hasta la fecha aparentemente completo.

Siguiendo su ejemplo y liberados de esta primera fantasía sucedida por otras como el acto de amamantar, donde también el pecho cual idea de continuidad, integración y separación con la madre, se forja la base creativa de la independencia mental. Por medio de la creatividad se comienzan a enlazar vínculos entre entorno e individuo, que comprenden la identidad que acompaña al mismo durante su vida y le ayudan a reponerse, a encontrar vías que establezcan su equilibrio con el medio. En este camino de apropiación e independencia, el sujeto se convierte en la cantidad y calidad de "relaciones objetuales" (Cardenal, 2017) que en y a través de la circunstancia, crea durante el transcurso de su vida.

1.2.3. IDENTIDAD Y MÁRGENES DEL INDIVIDUO

La cultura es un elemento imprescindible en la construcción de la idea y naturaleza de la identidad. Cualquier exterminio o esclavitud ha hecho que, todas sus partes, perdieran, por voluntad y sin ella, su libertad e identidad básica que, por derecho, define lo humano.

La memoria histórica demuestra que “la libertad del yo y la de la sociedad están estrechamente interrelacionadas” (Fuster, 2016, p. 50). “Atrapados en las relaciones vinculares que establecemos con el entorno y del entorno hacia cada uno de nosotros” (Guzmán, 2016, p. 43).

Como explica Rueda (2018), “todo lo que vivimos, en definitiva, moldea segundo a segundo, década a década, el cerebro, quiénes somos” (p. 130). Se tiene un yo que representa a cada identidad, una individualidad mental y conductual, excepto, como advierte Damasio (2017), “en aquellas situaciones en las que la enfermedad cerebral ha creado más de uno [...] o ha disminuido o abolido el único yo normal” (p. 308) que disponía el individuo.

La noción de identidad despierta como producto entre la fusión y retroalimentación que mantienen entre ambas partes *el yo y la circunstancia*, estructuradas por los mismos parámetros de espacio y tiempo, en un “estado neurobiológico perpetuamente recreado” (Damasio, 2017, p. 152) que, bajo la sede de la conciencia, cede el dominio en el sentido de existencia.

En cultura se habla de religión, de política, de estatus socio económico, de enseñanzas adquiridas en el colegio, en el trabajo, en centros deportivos, en la familia, con semejantes, en el hogar, etc. En ética, de ideales, de moral y de valores individuales, en biología de respuestas sexuales, de la fisonomía de género, de la reproducción, del control natal, del desarrollo individual y de la memoria que tiene el sí mismo sobre sus cambios físicos y psicológicos. En psicología, de experiencias, de traumas, de obsesiones, de autoestima, de motivaciones, de expresión y de comportamiento. Y, por último, a caballo entre la biología y la psicología arraigado siempre en la filosofía, del *sentido del yo* en relación con el mundo construido por emociones y sentimientos. Del alma humana, en definitiva.

1.2.3.1. EL EGO

El ego también es dañado por el ictus. En la sociedad occidental es frecuente que al apegarse a las cosas, perderlas o desaparecer, surja el sentimiento de extraviar una parte del sí mismo. Se pone en práctica sólo la parte que interesa de la filosofía de José Mujica: el tiempo es dinero, como bien se deduce de sus palabras con Évole (Évole y Lara, 2014); sin embargo, no implica que el dinero sea tiempo. Pero lejos de política o economía, aunque en ellos, el estudio no plantea el ego como crítica sino más bien, como otra realidad de un sentimiento cultural cotidiano que, interno al de la salud, también define otro límite de la identidad personal según los niveles ocupados en la posición familiar, social y económica de cada individuo.

El sistema firma sentir gran parte de lo que se tiene, trabajos, carreras, familias, planes y sueños. "Ser lo que se tiene" implica que, al desaparecer las posesiones, también desaparece lo que se es. Esta idea se acompaña con, "ser lo que se hace" y, "ser lo que otros piensan de nosotros" (Sanchez, Veneklasen y Goorjian, 2009)¹².

1.2.3.2. LA SALUD

¿Un contable para considerarse contable debe saber seguir distinguiendo los números?

¿Dónde empieza y dónde termina el sentido de identidad? Sin cifras exactas, el accidente cerebrovascular propone la salud neuronal y de sus sinapsis como margen principal para descifrar el sentido de identidad.

Desde cualquier perspectiva, los estudios, estudiosos y estudiados, reconocen la identidad como suma de una larga lista de propiedades y características con carácter continuo del individuo, que atribuyen la idea del yo en el tiempo.

Nuevamente, se deconstruye la idea creada en torno al yo más íntimo para comprender su sentido o significado.

El ictus plantea los márgenes de la identidad, del ser y del no ser, o del dejar de ser mientras uno todavía es. Expuesto de otra manera, abre el interrogante sobre dónde está el límite de los pequeños y grandes detalles que marcan la diferencia en torno a la imagen o imágenes del sí mismo que por sentido *-sentimiento-* común y con el tiempo, se construyen sobre cada individuo.

1.2.3.3. NIVELES Y DIMENSIONES DE LA IDENTIDAD

Algunos referentes comparan la identidad con una orquesta con diversos niveles del yo. En este contexto, puede paragonarse con una paleta y traducir sus colores a las distintas habilidades o déficits que suman o restan, sobre la totalidad del significado atribuido al sentido de identificación. La intención es captar lo no-captado por medio de lo que la enfermedad deja en evidencia y que, en personas que nacen y mueren sanas, forman parte intrínseca de un sentido descontado: *"Yo soy mover y gestionar mis dos manos, también soy poder sonreír y llorar cuando algo me emociona, oler, y soy recordar la capital de Dinamarca"*.

¹² A. M. Goorjian proyecta la presentación de los resultados de un estudio de valores sobre un salto cuántico en dos colectivos de personas divididos por género: por una parte, señala cómo las aspiraciones metas e intereses de vida en el grupo de mujeres, en una escala del 1 al 5, por su orden de importancia, pasan de ser, la familia, la independencia, la carrera, el encajar y el aspecto físico, a convertirse en, el crecimiento personal, la autoestima, la espiritualidad, la felicidad y el perdón, por otra parte, en el grupo de varones la primera lista parte de la riqueza, seguida de la aventura, el éxito, el placer y el ser respetado y de igual manera, se ven sustituidas por, la espiritualidad, la paz personal, la familia, la voluntad de Dios y la honradez con su persona.

Comunicadas entre ellas, Bohm (2012) organiza “la existencia de tres dimensiones en el ser humano”. La primera de ellas corresponde a la dimensión individual donde el cuerpo se halla separado de los demás¹³. Introduce la dimensión colectiva cual sociedad y cultura cuya estructura nace a través del diálogo. Y, por último, habla de la dimensión cósmica como “esfera de la inmersión del hombre en la naturaleza” (p. 136), circunstancia o entorno.

Junto a ello, separa el yo autobiográfico como sujeto consciente que conoce y valora, *quien yo me considero a mí*, y la percepción que, en muchos grados, dependiendo del nivel de cercanía y nexos en común, el observador valora del sujeto como objeto: *quien yo te considero a ti*. La percepción del sujeto desde terceros que ocupan su lugar como espectadores, se subdivide, de forma paralela, en muchos grados dependientes de la relación que se establezca con el individuo.

Desde cualquier área, compañero de trabajo o de clase de pintura contemporánea, profesor del instituto, conocido lejano, logopeda, fisioterapeuta, son constructores de la identidad de cada uno. En el daño cerebral adquirido, cuanto mayor sea la cercanía con el individuo afectado, mayor podrán ser los cambios testimoniados en la individualidad mental, física y conductual del *consigo mismo* y *con su entorno*.

1.2.4. CORTEZA PREFRONTAL Y CIRCUNSTANCIA

1.2.4.1. CIRCUNSTANCIA INTERNA Y CIRCUNSTANCIA EXTERNA COMO ENTORNO DEL INDIVIDUO

El entorno externo y el entorno interno del individuo paralelamente rodean y coinciden de manera simultánea en espacios y tiempo. Conectados en todos sus niveles, su lugar de encuentro o punto de intercambio de datos completa la identidad entendida como relación del yo y su mundo circundante.

El tema de la circunstancia se resume en “yo soy yo y la suma de mi circunstancia interna y mi circunstancia externa”, nuestra identidad viene dada de esta única unidad. Sea como vientre o como mundo, de manera explícita se vuelve a dar paso a la circunstancia cual naturaleza y “máxima estructura en que todos los elementos materiales han entrado” (Ortega y Gasset, 2017, p. 143).

¹³ En otra dirección, Wayne Dyer (1940-2015) en 2009 (en Sanchez, Veneklasen y Goorjian) introduce el ego como método de creencias que dice estar separados del resto, asegurando ser lo que se tiene en una sociedad que hace creer que, cuanto más tienes más valioso eres. “Todo ascenso degrada pues nos agita lograrlo y nos agita perderlo” (Tse, 2018, p. 49).

Entre las distintas circunstancias se entabla una clara división entre el mundo externo y mundo interno del individuo, donde la neurociencia cognitiva ayuda a reconstruir el bagaje necesario para comprender este discurso. Se habla de los procesos mentales desarrollados en la corteza prefrontal del cerebro, del papel de sus cógnitos y neuronas, de la memoria y de los continuos ciclos de percepción y acción que gobiernan el proceso de la libertad. Fuster (2016) doctor en Filosofía y Medicina, explica la fenomenología de la enfermedad mental como "uno de los mejores educadores sobre las lamentables consecuencias de la pérdida de libertad personal" (p. 18).

1.2.4.2. CARGO DE LA CORTEZA PREFRONTAL

Fuster (2016) define el cerebro como "facilitador de la agenda humana" (p. 11) y la corteza prefrontal como "bróker neural de las transacciones superiores entre el entorno y el yo, tanto internas como externas" (p. 33). En vigor y actualizadas, adaptan a las circunstancias y permiten "actuar como agentes causales libres, bien que con limitaciones físicas y éticas" (p. 22).

"El logro de los objetivos biológicos y sociales es el resultado de la competencia entre demandas de los medios interno y externo que bombardean continuamente esa corteza" (Fuster, 2016, p. 11). Entre otras cosas, dispuesta para "la elección, la decisión y la acción ordenada" (p. 206), la corteza prefrontal ejerce el control cognitivo-ejecutivo sobre las circunstancias.

La organización temporal de estas acciones libres, dentro de sus márgenes impuestos por naturaleza, es la principal función de la maquinaria individual para ser libre e independiente. En palabras de Fuster (2016), "el albedrío es tan libre como lo es la corteza para seleccionar acciones futuras y prepararse para ellas" (p. 75). Y advierte que:

La libertad de pacientes con lesiones importantes de la corteza prefrontal resulta gravemente limitada en el espacio y el tiempo. El paciente frontal es un rehén del hábito, incapaz de innovar, y está atado al aquí y al ahora. Se recluye en un ámbito limitado y su mente carece de perspectiva temporal, sea hacia delante o hacia atrás. No obstante, si el proceso de la lesión o la enfermedad se limita a la corteza frontal orbital o inferior, en general el paciente presenta un cuadro radicalmente distinto: es impulsivo, desinhibido, y se ve privado de las normas elementales de la ética. (p. 55).

La corteza prefrontal es la encargada del control de las "principales funciones cognitivas: atención, percepción, memoria, lenguaje e inteligencia" (Fuster, 2016, p. 31), y en ella se recogen todos los valores que caracterizan al ser humano, "el amor, el reconocimiento, la confianza, el mérito, el placer estético, el elogio, la aceptación social", todas sus ramas, "la artística, la social, la profesional, la

científica, la filantrópica o la deportiva". Es la encargada de tomar las decisiones que nos caracterizan como individuos libres e independientes, "la profesión, el matrimonio, la emigración, las inversiones financieras, las investigaciones nuevas o la maternidad" (p. 15).

La corteza prefrontal alcanza su máxima madurez¹⁴ entre la tercera y la cuarta década de vida, cuando "el cerebro llega al nivel máximo de imaginación y capacidad inventiva, [...] se expanden el lenguaje y la capacidad para predecir, y también la capacidad para la planificación social" (Fuster, 2016, p. 73).

1.2.4.3. ORGANIZACIÓN TEMPORAL DE ACCIONES

Elevado el futuro en base al pasado, Fuster (2016) explica cómo el lenguaje y la capacidad para predecir el futuro, son las principales funciones cognitivas que, de entre el resto de las especies, distinguen al ser humano en los ámbitos de la conducta, el razonamiento y el lenguaje.

Conectados entre ellos, el lenguaje como medio de comunicación, no sólo sirve para que propiamente dicho se pueda establecer una interacción directa con la naturaleza, recibir, transformar y transmitir información, también se implica de manera directa como "instrumento para predecir sucesos futuros y elaborar planes de acción" (Fuster, 2016, p. 14).

La memoria como conjunto de recuerdos individuales y colectivos que van definiendo identidades, conforme a las decisiones y actos que el yo completo escoge con arreglo al valor y la motivación individual de sus intereses y conocimientos, -episodios sensoriales, motores o emocionales¹⁵, ejerce su papel protagonista en la "organización temporal de acciones" (Fuster, 2016, p. 32). Permite poder "inventar el futuro y hacerlo posible en el presente" (p. 18), imaginar, planear, crear, ser libres, independientes y singulares.

¹⁴ Proceso de mielización.

¹⁵ El conocimiento es memoria semántica. Esta unidad se compone de episodios sensoriales, motores o emocionales experimentados al mismo tiempo (Fuster, 2016).

1.2.4.4. NEURONAS, CÓGNITOS E IDENTIDAD

El cógnito se comprende como unidad o patrón neural compuesto de memoria o “elemento de conocimiento en forma de red de neuronas repartida por la corteza cerebral” (Fuster, 2016, p. 103). Su tamaño depende de la cantidad de neuronas que lo componen.

En la corteza prefrontal existen entre diez y veinte mil millones de neuronas, “una neurona o grupo de neuronas pueden formar parte de muchos recuerdos o elementos de conocimiento”, siguiendo con Fuster (2016, p. 38). Son los definidores específicos de la identificación de lo reconocido como “almacén mental de conocimiento” (p. 99) o memoria.

“Debido a la plasticidad sináptica de dicha conectividad, se forman redes cognitivas (cógnitos) [...] que codifican la memoria del individuo e influyen en sus decisiones para alcanzar sus objetivos” (Fuster, 2016, p. 94).

Los cógnitos son potencialmente conectables y directa o indirectamente, todos ellos, están entrelazados entre sí mediante los contactos o sinápsis “entre los ensamblajes y redes que los representan” de recuerdos y experiencias personales que, en cerebros sanos, crecen y evolucionan reforzando las “conexiones sinápticas” (pp. 38-39) durante el periodo de madurez.

Fuster (2016) analiza, el modo en que en la corteza posterior están la mayoría de cógnitos adquiridos por los sentidos y llamados cógnitos perceptuales, y en la corteza frontal, los cógnitos ejecutivos o de acción. También existen “cógnitos perceptual-ejecutivos” extendidos por ambas cortezas y hemisferios cerebrales (p. 39).

El “estado de equilibrio funcional” (Damasio, 2017, p. 306), Fuster (2016) lo introduce como homeostasis: “conjunto de mecanismos fisiológicos mediante los cuales el organismo se adapta al entorno y conserva su estabilidad interna” (p. 137).

Para Fuster (2016), cuantos más inputs y outputs se crean a y desde la corteza prefrontal, más cultivado está el yo en su juego libre de imaginación kantiana que, a su vez, equivale a la capacidad combinatoria de conexiones que proporcionan a cada uno, no sólo libertad, sino, además, singularidad.

1.2.4.5. CICLOS DE PERCEPCIÓN Y ACCIÓN

La información clave es que la información neural, tanto para la percepción como para la acción, está ampliamente repartida en la corteza cerebral. Cuanto más rica sea la experiencia pasada, más amplia será la distribución de cógnitos en el espacio cerebral; por tanto, mayor será el número de opciones disponibles y la libertad para elegir entre ellas. (Fuster, 2016, p. 41).

Estos innumerables ciclos sensomotores de retroalimentación o engranaje de inputs y outputs, con y entre el entorno interno y el entorno externo, Fuster (2016) los denomina ciclos de percepción y acción (Ciclo PA). Su punto más alto en el intercambio de datos se sitúa en la fusión de la memoria del pasado, presente y futuro que en definitiva regula las relaciones y determina las acciones del organismo con su entorno.

La identidad, radica en sus relaciones, en su disposición circular en continua interacción recíproca, como responsable de recibir, elaborar y producir respuestas ante la información presentada desde las estructuras cerebrales.

1.2.5. CUERPO, EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Otra función de las neuronas es representar el estado del cuerpo donde se cede el sentido-sensación-de existencia según las cartografías e imágenes dibujadas en base a los cambios que se producen en él, en la mente y en el cerebro, como órganos cuya comunicación comienza en cualquiera de sus partes e interactuando con el ambiente. En continuo movimiento, su información "se dibuja, redibuja y vuelve a dibujar a la velocidad del relámpago" (Damasio, 2014b, p. 115), en base a las señales producidas por el cuerpo que, desde una base referencial, cambia y se modifica incesantemente hasta durante el sueño.

La mente existe porque "existe un cuerpo como objeto central de la elaboración de mapas en el cerebro" que le suministra contenidos (Damasio, 2014b, p. 225). Ella, la mente, "conoce el mundo exterior a través del cerebro", pero igual de cierto es, "el cerebro sólo puede ser informado a través del cuerpo" (p. 150).

"El alma respira a través del cuerpo, y el sufrimiento, ya empiece en la piel o en una imagen mental, tiene lugar en la carne" (Damasio, 2017, p. 29). El cuerpo es el camino de todos los caminos para crear el yo. Tan cierto como, las múltiples articulaciones, redes y ciclos simultáneos encontrados y producidos a través de él y para él.

Damasio (2017) afirma ser "un gobierno para el cuerpo y por el cuerpo, aunque es sentido y gestionado por el cerebro" (p. 172). "La cuestión de gestionar la vida consiste [pues] en gestionar un cuerpo" (Damasio, 2014b, p. 148).

Los sentimientos se alejan de *Estudios sobre el amor* (Ortega y Gasset, 1985), aquí son imágenes mentales que "surgen de patrones neurales que aparecen en los mapas corporales" (2014a, p. 141), es

un sentir asociado a "los cambios de la cartografía neural del cuerpo" (2014a, p. 115) cuya sede se encuentra en el sistema límbico¹⁶ (Fuster, 2016, p. 227), permitiendo la vigilia.

Las emociones también abren interacciones del organismo con el entorno, necesarias para la supervivencia. Una vez más, delimitan el sentir como ingrediente clave para la conexión entre circuitos.

Los sentimientos son la consecuencia de las emociones, que son una respuesta fisiológica.

Las emociones se sitúan en la amígdala, hipotálamo, cerebro anterior basal y algunos núcleos de la médula espinal. Damasio (2014a) habla de las emociones que, propagadas mediante sinapsis y conexiones neurales, conducen a la construcción de mapas o imágenes encargadas de proporcionar "un medio natural para que el cerebro y la mente evalúen el ambiente interior y que rodea al organismo" (p. 66) y, éste a su vez, responda de forma adaptativa.

Se distinguen tres niveles de emociones (Tabla 6). Por un lado, las emociones de fondo corresponden al desánimo y el entusiasmo, por otro, las emociones primarias son el miedo, la ira, asco, sorpresa, tristeza y felicidad, por último, las emociones sociales constituyen la simpatía, turbación, vergüenza, culpabilidad, orgullo, celos, envidia, gratitud, admiración, indignación y desdén (Damasio, 2014a, p. 55). A las emociones sociales se les suma el desprecio, el asombro y la compasión, añadidas por J. Haidt y R. Shweder (en Damasio, 2014a). De cualquier procedencia, todas estas emociones producidas en el cuerpo desencadenan "el tipo de pensamientos que denominamos sentimientos" (Damasio, 2014a, p. 18).

Los sentimientos como máxima "expresión mental de todos los demás niveles de regulación homeostática" (Damasio, 2017, p. 48), por su lado, forman parte de lo que los seres humanos han descrito "durante milenios como el alma o el espíritu humanos" (p. 27). Desde las leyes de la física y de la biología, toda su regulación está basada en la constancia del riego sanguíneo del cerebro, "desde mi perspectiva, es sólo que alma y espíritu, con toda su dignidad y escalas humanas, son ahora estados complejos y únicos de un organismo" (Damasio, 2017, p. 335).

"Los sentimientos son tan mentales como los objetos o acontecimientos que desencadenaron las emociones" (Damasio, 2014a, p. 79), son la idea general del cuerpo, "la percepción de un estado

¹⁶ Conjunto de estructuras internas del cerebro donde se encuentran los instintos humanos, la memoria, la atención y las emociones.

del cuerpo junto con la percepción de un modo de pensar" (p. 103). Los sentimientos además son un "componente integral de la maquinaria de la razón" (Damasio, 2017, p. 22).

La amígdala es una importante interfaz entre los estímulos emocionalmente competentes (visuales y auditivos) y el desencadenamiento de emociones. Los pacientes neurológicos con lesiones en la amígdala no pueden desencadenar dichas emociones y, como resultado, tampoco tienen los sentimientos correspondientes. (Damasio, 2014a, p. 73).

Existen tres variantes de sentimientos (Tabla 6): En primer lugar los sentimientos de emociones universales básicas, basados en emociones como la felicidad, la tristeza, el miedo, la ira y el asco, en segundo lugar, los sentimientos de emociones universales sutiles que surgen de otras emociones como la euforia, el éxtasis, la melancolía, la nostalgia, el pánico y la timidez, y por último, el tercer grupo que, ajeno a las emociones, torna en sentimientos de fondo casi imperceptibles para el cuerpo (Damasio, 2017).

Estos últimos, los sentimientos de fondo acompañan la propiocepción del individuo de forma continua durante toda su vida, son la "imagen del paisaje del cuerpo cuando no se estremece de emoción" (pp. 214), la imagen que percibe el sí mismo sobre sí mismo y su propio cuerpo. Al sufrir un golpe en la pierna, por ejemplo, el dolor agudiza el sentimiento de fondo, por otra parte, siempre presente pese a lo sutil que sea, sobre la conciencia de tener-ser es igual a *sentir tener*-esa pierna.

Tabla 6: Tipos de emociones y tipos de sentimientos

tipos de emociones	tipos de sentimientos
emociones primarias	sentimientos de emociones universales básicas
emociones sociales	sentimientos de emociones universales sutiles
emociones de fondo	sentimientos de fondo

1.2.6. PROPIOCEPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN: IMAGEN DEL SÍ MISMO

"¿Cuál es la relación, entre el «fuera» de la sociedad y el «dentro» de la psique humana?" (Ellsworth, 2005, p. 32).

"Existe un sí mismo, pero se trata de un proceso no de una cosa, y el proceso se halla presente en todo momento en que se supone estamos conscientes" (Damasio, 2014b, p. 26).

En continuo movimiento, la propiocepción forma parte de todo este proceso de reapropiación donde el ser se entiende y es entendido como suyo. El ser es una constante reapropiación actualizada de las direcciones del organismo donde el tiempo es "aquello a partir de lo que se anuncia el ser de lo que es" (Derrida, 1989, p. 81). Dice Zubiri:

Gracias a este sentir, el hombre está en sí mismo. Es lo que llamamos intimidad. Intimidad significa pura y simplemente «realidad mía». Es un modo de presentación de lo real. La cenestesia en cierto modo es el sentido del «mí» en cuanto tal. (En Ramírez, 2002, p. 446).

La propiocepción permite distinguir el cuerpo de su mundo circundante y también el origen de las acciones. Edifica la posibilidad de sentir, y construir dentro de la circunstancia un margen como suyo.

La propiocepción torna siendo la actualización del sí mismo y su sentir "es un momento del inteligir mismo. En la marcha se entiende marchando y se marcha entendiendo. [...]. En cuanto intelectual es un modo de actualizar lo real" (Zubiri, 2013, p. 319). No se piensa sobre la realidad, sino se piensa ya en la realidad, esto es "dentro ya de ella misma" (p. 329).

La imagen real del yo sobre sí mismo se determina por su momento de aprehensión a la realidad. Se organiza a los sujetos en función de sus perspectivas. Zubiri (2013) describe el estar aprehensivo según tres acontecimientos, estar en la realidad sintiendo lo sentido como nuestro, es decir, estar en la realidad sentientemente, actualizar lo aprehendido y, ya en la actualización, estar instalados en la realidad:

La realidad no es algo a lo que haya que ir, sino que es primariamente algo en que ya se está, y en que, como veremos, nunca se dejará de estar. Al aprehender sentientemente una cosa real estamos ya intelectivamente instalados en la realidad [...]. La unidad intrínseca y formal de aquellos tres momentos (sentir lo real, mera actualización, instalación) es lo que constituye la inteligencia sentiente. La realidad sentible es aprehendida en inteligencia sentiente, y su aprehensión es una mera actualización que nos instala aprehensivamente en la realidad. Estamos instalados en la realidad por el sentir, y por esto sentir lo real es estar ya entendiendo. (pp. 166-167).

Para Zubiri (2013), la verificación de estos tres momentos ofrece la imagen real del sí mismo, lo que comprende y "es comprendido ser" (p. 413).



Imagen 17 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Los acontecimientos van y vienen a una velocidad que yo no puedo concebir*

1.3. RESUMEN Y CONCLUSIONES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CREATIVIDAD EN EL DOMINIO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

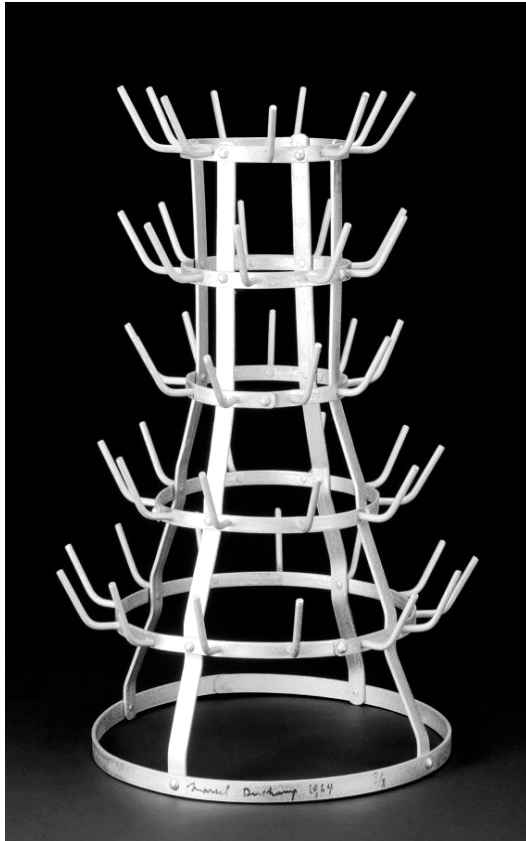


Imagen 18 (2019): Ready-made de Duchamp: Secador de botellas (1914)

Se recuerda el conjunto de sinapsis y procesos neuronales como la base definitoria del individuo, cualquier alteración sufrida en sus partes, de menor a mayor grado, podrá cambiar el resto de su totalidad. En muchos casos, desde la perspectiva del pariente más allegado, el ictus podrá provocar la misma sensación que despierta un *readymade* en los visitantes que por primera vez pisan un museo. Se trata de ser testigos de las preguntas sugeridas por la transformación y pérdida de significado que, repentinamente, surge de la descontextualización de una naturaleza, en esta ocasión, una naturaleza amada. La idea del yo, desde fuera y desde dentro, fraguará en base a la manera en que el cuerpo percibe, es modificado y actúa frente al medio. El papel de la creatividad es determinante en este proceso de reconstrucción, ajenos a lo que se conocía ser, en ocasiones se debe aprender a ser ciegos y en otras, a ver cómo el cuerpo, al que se creía estar entrelazado de forma inconsútil, se torna una carga cotidiana, para adaptarse a la nueva circunstancia.

1.3.1. CAMBIA LA CIRCUNSTANCIA

Como si no hubieran pasado los años, en función de la falta de actualización en la aprehensión a lo real, pueden reaparecer viejos fantasmas amorosos. Lo que gustaba puede dejar de gustar, y gustar lo que no gustaba.

Tras el accidente cerebrovascular el yo completo del individuo ya en su nueva circunstancia, despierta aferrado a la organización de nuevas disposiciones del cerebro que dibujan su noción del sí mismo sobre sí mismo. Dependiendo de las zonas y cantidad de tejido cerebral afectado, las neuronas y sinapsis dañadas, y conectadas entre ellas, podrán provocar cambios en sus relaciones.

Al transformarse la circunstancia interna, automáticamente también podrá cambiar la externa: la realidad de poder enfrentarse a trastornos físicos, psicológicos, sociales, emocionales, sensitivos,

cognitivos, miopías del futuro y del pasado, conllevará una posible alteración en el valor reconocible que se da en la identificación del yo que incluye, en este caso, su circunstancia.

Las emociones y sentimientos que fraguan las imágenes y significado de pista, camino o carretera, podrán cambiar junto a las nuevas relaciones neuronales y cónitos establecidos tras el golpe o giro brusco de un atleta, por ejemplo. En torno al dolor y al placer que, también, establecen o rompen otros nexos con la identidad según las condiciones a las que esté sometido el cuerpo, la perspectiva de 400 metros de pista será una u otra.

El rol doméstico, la posición en la familia y en el trabajo, la vigorosidad de tener 28 años y no titubear en opiniones ni en establecer relaciones. El placer de disfrutar leyendo, apreciar y degustar una obra de arte, tras el ictus, pueden desaparecer o transformarse por completo.

Ya en la realidad, actualizada u obsoleta, el sujeto adaptará su propiocepción al mismo ritmo en el que el impacto del golpe se estabiliza. Durante los primeros días como supervivientes, desde su nueva perspectiva, la mayoría de los pacientes relatan no darse cuenta del cambio producido. Entre cordura y delirio, conscientes o inconscientes de las nuevas condiciones a las que se someten, su momento de aprehensión de la realidad será tan real como lo pudo ser antes.

Durante la fase aguda y el comienzo de la subaguda, bajo una nueva identidad todavía indefinida, el organismo del individuo podrá exteriorizar a través de *zumbos identitarios*, -algunos más cerca, otros más lejos de la línea referencial base-, la búsqueda de una estabilidad y adaptación urgente a su nueva circunstancia-identidad.

Los casos en los que la propiocepción es obsoleta, por lo general, también demuestran una falta de capacidad para reconocer la propia enfermedad o los cambios producidos. Esta "comodidad" no evita ni reduce la gravedad del impacto sufrido.

Cuando se daña el hemisferio derecho donde se representan las estructuras corporales (Damasio, 2017), existe una falta de actualización, por ejemplo, déficits como la anosognosia sugieren que, "la mente normal requiere un flujo continuo de información actualizada procedente de los estados corporales" (p. 223). "En los pacientes anosognóticos no es posible encontrar parte alguna de emoción y sentimiento, y quizá éste sea el único aspecto positivo de su condición, de otro modo trágica" (p. 109).

Utilizando la noción de sentimiento de fondo puedo indicar ahora lo que creo que pasa en la anosognosia. Incapaces de servirse de las entradas corporales corrientes, los anosognóticos no consiguen actualizar la representación de su cuerpo y, como resultado, no logran reconocer, a través del sistema somatosensorial y de manera rápida y automática, que la realidad de su paisaje corporal

ha cambiado. Todavía pueden formar en su mente una imagen de lo que era su cuerpo, imagen que ahora es obsoleta. Y puesto que su cuerpo estaba bien, esta es la opinión que emiten. (Damasio, 2017, p. 218).

1.3.2. RETÓMESE LA BASE CREATIVA A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA ARTÍSTICA EN LA RUPTURA DE RELACIONES INDIVIDUALES

Duchamp argumenta a Cabanne (2013) que la procedencia del término «arte» viene del sánscrito y quiere decir «hacer» (Tecnè - Ars - Arte).

Paralela a su desarrollo, la noción de creatividad ha ido evolucionando entre infinidad de definiciones, que según de la Torre (en Motos, 2009) pueden concretarse en cinco fases: como "imaginación" (1900), como "competencia en la resolución de problemas" (1950), como "proceso de autorrealización" (1960) y como "recurso para el bien social" (1980). Hoy en día, a todas estas cualidades se le suma su carácter comunicativo y la capacidad de resiliencia para afrontar adversidades (p. 19).

Desde el momento de nacer la creatividad del individuo, como resultado de la mente para su supervivencia y bienestar en el medio, se pone en marcha. La creatividad comienza a edificar los vínculos personales que definen al individuo y lo distinguen frente al resto, permite seleccionar información y actuar estrechando relaciones con el entorno, y consigo mismo, por medio de los continuos ciclos de percepción y acción que, a la vez, definen identidades diferentes en torno a circunstancias diferentes. El trauma inscrito que conlleva el accidente cerebrovascular tiene paralelismos con el trauma de nacer: tras el ictus, se vuelve a plantear el desgarramiento de objetos amorosos, en este caso, la separación con uno mismo y con su propia identidad.

Con objeto de ser libres e independientes, organizar cada pieza y reforzar cada vínculo que adapte a las nuevas condiciones de supervivencia de personas con esta enfermedad, desde el máximo potencial de la base creativa del individuo, ya en sus nuevas estructuras, se necesitará reconstruir o construir desde cero sus vínculos con el entorno. El ejemplo de la madre que se toma como referente durante los primeros días, nunca consistió en depender de ella, sino por el contrario, enseñó a cómo independizarse para ser libres.

La primera definición que asume la creatividad como "habilidad para crear" va en el Webster's Third Dictionary, de 1961 (en Villamizar, 2012, p. 213). Asimismo, se traduce al castellano en el Diccionario de la lengua española en 1984, definiéndose como la "facultad de crear".

La inteligencia creativa es "la capacidad para hacer lo nuevo y rehacer lo viejo" (Fuster, 2016, p. 213).

Damasio (2014a) comparte estar "lejos de centros únicos y de la idea de que las rutas neurales funcionen en una única dirección" (p. 93), "a través de muchos caminos sinápticos débiles y apenas

utilizados" (Fuster, 2016, p. 219), la búsqueda artística y la práctica creativa podrían trazar nuevas cartografías mentales.

Como "raíz biofísica de toda creación", parte de la readaptación del individuo debería fortalecer "la formación de conexiones sinápticas en la corteza cerebral, dentro de los cógnitos y entre ellos" (Fuster, 2016, p. 217), "actualizar la realidad física desrealizada en un contenido libre: he aquí la esencia de la creación" (Zubiri, 2013, p. 229) que permitiría activar la fantasía, "momento de la aprehensión intelectual", como esencia de la imaginación humana. "El hombre hace con sus imágenes lo que el animal no puede hacer: fantasear" (Zubiri, 2013, p. 32).

Lejos de un sólo núcleo, en cuanto al hemisferio derecho o izquierdo se refiere, la creatividad como proceso afectivo (ser), cognitivo (saber) y efectivo (hacer), se abarca en ambas partes del cerebro. Su amplio dominio puede afectar y reflejarse en una de las principales consecuencias de esta clase de enfermedades: la apraxia, o la falta de capacidad para llevar a cabo una acción por iniciativa propia o con ayuda de terceros o, dicho con otras palabras, la imposibilidad de actuar de manera libre en el entorno. Pero la cuestión de que el proceso creativo se abarca en ambos hemisferios, también implicaría que algunos de sus mecanismos sobrevivan y encuentren vías necesarias para poder seguir desempeñando su papel.

Dentro de la gran heterogeneidad de pacientes en el dominio del accidente cerebrovascular, cualquiera de ellos seguirá manteniendo, en mayor o menor grado, la capacidad de crear y producir respuestas, y actuar por medio del lenguaje plástico, frente a la información ofrecida.

La libertad para crear, por medio de la práctica artística, podría desembocar en "la capacidad para formar nuevas relaciones únicas en el conocimiento y la memoria perceptual, así como nuevas relaciones únicas en el conocimiento y en la memoria ejecutiva" (Fuster, 2016, p. 221).

La libertad para crear resulta de la inmensa plasticidad que la evolución ha concedido al cerebro humano [...] la inteligencia creativa es la capacidad de la corteza para usar esa memoria y proyectarla hacia el futuro en forma de estructuras originales de acción. (Fuster, 2016, p. 226).

Una de las ventajas de la práctica artística en el dominio del cerebro es que, como en cualquier proceso creativo, aparece "el poder del inconsciente" (Fuster, 2016, p. 222) abriendo camino al lugar donde el individuo almacena contenido de la memoria profunda del sentimiento individual. Otro provecho es que, cuando se trata de adaptarse a una nueva circunstancia, como libre creación, la

actividad artística ofrece la posibilidad de gestar desde uno mismo relaciones que construyan contenido y lazos completamente creados a partir de una nueva base. Además, la praxis artística también puede despertar contenido en la capacidad de representar "imágenes imposibles" para otros mecanismos de comunicación como el habla o la escritura, y representar realidades que definen mejor la forma de algunos sentimientos, ideas o imágenes únicas y personales, de personas que han sufrido un ictus.

"Interpretar es algo completamente diferente que tener la fantasía de comprender", dice Lacan. "Uno es lo opuesto de lo otro. Incluso diría que está en la base de un cierto rechazo a comprender que abramos la puerta a la comprensión psicoanalítica" (en Ellsworth, 2005, p. 82). La práctica creativa podría servir como pretexto dentro de la psicología para hablar en un clima sin prejuicios de los temas de interés que deciden proponer los participantes como productores libres. La pintura y el dibujo ofrecen "formas que nos ayudan a manejarnos con la inseguridad y las inestabilidades de nuestras identidades. Nos ayudan a relacionarnos con aquello que no encaja" (Ellsworth, 2005, p. 53).

Todos los artistas me fascinan porque de algún modo están intentando sustituir el lenguaje. Hay un momento en que saben exactamente cómo te sientes. Durante estos años muchas veces me ha costado sintonizar con la gente, no he podido. Pero sí con canciones o poemas o cuadros o películas. De repente ese estribillo, esa secuencia, está conectadísima conmigo. Es fascinante. Un subidón, una alegría, algo así como la felicidad. (Rueda, 2018, p. 185).

ARTE Y EDUCACIÓN: ARTETERAPIA

La arteterapia llega a España después de surgir en Estados Unidos y Gran Bretaña, las primeras publicaciones aparecen en torno a los años 30 (López, s.f.). Actualmente, entre sus definiciones, la Asociación Americana de Arteterapia (AATA, 2017), la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATe, 2019) y la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (FEAPA, 2019), la catalogan como campo y disciplina que utiliza la producción artística desde un enfoque asistencial, terapéutico y educativo, con el objeto de resolver problemas emocionales y psicológicos, y favorecer la expresión, la prevención, el desarrollo personal y la rehabilitación de las personas.

En el dominio del ictus, la arteterapia podría adaptarse como pretexto para la búsqueda de lenguajes personales de adultos, permitiendo crear y fortalecer vínculos con el entorno, estimular capacidades de percepción y acción, y aflorar ideas y sentimientos individuales, preguntas y respuestas debatidas por su propia interpretación, que reivindican la postura y la relación del colectivo con su entorno.

Mediante la arteterapia, se podría construir un abanico de “estímulos emocionalmente competentes que podrían «penetrar» a través de la barrera de la ceguera” (Damasio, 2014a, p. 74), y, así, contribuir de forma directa a la rehabilitación de personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares.

NOTA: APUNTE SOBRE EL ARTE Y LOS SENTIMIENTOS DE FONDO

Se desea terminar este apartado citando una de las frases más célebres de Einstein: “El arte es la expresión de los más profundos pensamientos por el camino más sencillo, el sentir” (en Gámiz, 2016, p. 27).

Y es que otro factor que promueve la importancia del arte radica en ser cuna para la estructuración de emociones y sentimientos. De la misma manera que lo hacen el amor, la pasión, el miedo o el dolor, la magia de la música o de la plástica, por ejemplo, también son capaces de recorrer el cuerpo haciendo aflorar en el individuo su sentido de vigilia.

No sólo el dolor recuerda o remarca el sentimiento de fondo que siempre, por pequeño que sea, acompaña al individuo. Cuando el vello se eriza, las pulsaciones se aceleran por las experiencias que provoca la práctica creativa, el cuerpo también agudiza este sentimiento que delimita la idea del yo con su entorno. El arte, como primera construcción social de la razón, podría convertirse en la melodía del despertador que hace aflorar dichos acontecimientos y sentido de la propia identidad de personas con esta enfermedad.



Imagen 19 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Una espera continua por ver si llega algo que lo haga pasar más deprisa y me devuelva la tangibilidad con la que antes percibía las cosas*



Imagen 20 (2016): Pintura post-ictus de Katherine Sherwood: *Tiresia* (1975)

2. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LAS INTERVENCIONES ARTÍSTICAS EN INDIVIDUOS QUE HAN SUFRIDO ICTUS

2.1. PROYECTOS ANGLOSAJONES DEDICADOS A LA INTEGRACIÓN ARTÍSTICA EN EL CAMPO DEL ICTUS.

Los antecedentes y el estado en las intervenciones artísticas en individuos que han sufrido ictus, desde 1980 hasta 2018, representan la distinción de dos tendencias principales:

Por un lado, desde 1980 se demuestra la posibilidad expresiva de autores con daño cerebral adquirido y los cambios producidos en su obra entre el antes y el después de sufrir el ictus. Se llevan a cabo análisis de los déficits perceptuales mediante el estudio de los trabajos de sus productores. Por otra parte, desde 1986 se propone la práctica artística como herramienta para la rehabilitación de personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares.

Actualmente, en PubMed se obtienen 306.198 resultados al buscar <stroke> (ictus) y 124.612 al buscar <art> (arte). Se recogen 27.943 resultados en <stroke rehabilitation> (ictus rehabilitación), 28.245 en <art-therapy> (arteterapia), 982 resultados en <stroke art>, 384 en <art-therapy stroke>, 416 en <brain injury art> (lesión cerebral y arte) y 134 en <brain injury art-therapy>. La búsqueda avanzada permite introducir el estado del arte de las intervenciones artísticas en personas con ictus en <(stroke art) NOT state of the art>, donde se encuentran 403 resultados de los cuales, únicamente, veintidós de ellos, entre los cuales se incluye un artículo sobre los beneficios de la música durante la arteterapia, son específicos sobre el contenido buscado en la relación arte ictus. A continuación, se presenta un resumen lineal en el tiempo, y traducción, de los veintidós estudios obtenidos.

Previamente, presentamos el listado de artistas mencionados en los distintos estudios e intervenciones abordados sobre el estilo pre y post ictus en la producción artística de individuos que han sufrido ictus: Lovis Corinth (1858-1925), Kurt Schwitters (1887-1948), Paul Gernez (1888-1948), Johannes Thiel (1889-1962), Otto Dix (1891-1969), Anton Räderscheidt (1892-1970), Segundo Algevis (1899-1988), Zlatko Boiyadjiev (1903-1976), Afro Basaldelle (1912-1976), Tom Greenshields (1915-1994), Reynold Brown (1917-1991), Federico Fellini (1920-1993), Guglielmo Lusignoli (1920-2003), Gianfranco Fasce (1927-2003), Katherine Sherwood (1952) y Wolfgang Aichinger-Kassek (1952).

2.1.1. EL VALOR DE PRONÓSTICO DE LOS DIBUJOS DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Autores: Andrews, Brocklehurst, Richards y Laycock (1980).

Artículo: *The prognostic value of picture drawings by stroke patient* [El valor de pronóstico de los dibujos de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares].

Ciudad e instituciones: Manchester (Reino Unido). *University Hospital of South Manchester, Manchester M20 8LR Department of Geriatric Medicine, University of Manchest Department of Computation y Department of Mathematics, University of Manchester, Institute of Science and Technology.*

En 1980, se realiza una prueba de dibujo a 135 pacientes dos semanas después de haber sufrido un accidente cerebrovascular. Sesenta y ocho de los resultados representan anomalías en la parte formal o estructura de las obras que, posteriormente, se asocian a síntomas tales como mala movilidad y recuperación funcional, confusión, depresión y hemianopsia (ceguera en la mitad del campo visual). Por medio de esta prueba simple, el valor del pronóstico de estas obras recae en la detección de anomalías perceptivas que puedan ser obstáculo en el periodo de recuperación de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares. El arte cual lenguaje, se introduce en el daño cerebral como medio para visualizar y establecer características de los déficits que supone sufrir un ictus.

2.1.2. EL USO DEL ARTE EN LA TERAPIA GRUPAL DE LESIONES CEREBROVASCULARES

Autores: Adsit y Lee (1986).

Artículo: *The use of art in stroke group therapy* [El uso del arte en la terapia grupal de lesiones cerebrovasculares].

Se propone el arte como método para facilitar la comunicación de pacientes que hayan sufrido accidentes cerebrovasculares en periodo de rehabilitación. Se demuestra la posibilidad de aplicarse en la mayoría de las personas que han sufrido ictus, incluidas aquellas con hemiplejía en cualquiera de los lados de su cuerpo.

Tanto los participantes como los propios terapeutas del estudio defienden este grupo de terapia como método de comunicación gratificante. Ubicados en un contexto donde los terapeutas suelen estar informados sobre las metas físicas de sus pacientes, pero no aquellas emocionales, la actividad artística permite a sus pacientes expresar sus expectativas, metas y sentimientos sobre sí mismos, y abrir otro tipo de debates como las necesidades ambientales que, en este caso, el grupo plantea. Los pacientes también expresan su opinión sobre el propio programa de rehabilitación y su ajuste en las políticas, las necesidades y los procedimientos esperados. Finalmente, se clasifica la arteterapia como método de rehabilitación útil en la planificación de objetivos dedicados a la neurorrehabilitación de

pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares y también como método de apoyo a sus familiares.

2.1.3. CAMBIOS EN EL ESTILO ARTÍSTICO TRAS LA LESIÓN CEREBROVASCULAR

Autores: Annoni, Devuyst, Carota, Bruggimann y Bogousslavsky (2005).

Artículo: *Changes in artistic style after minor posterior stroke* [Cambios en el estilo artístico tras la lesión cerebrovascular].

Ciudad e instituciones: Lausanne (Suiza). *Department of Neurology, Lausanne University Hospital.*

A continuación, se muestran dos imágenes del paciente 2, recogidas en Pubmed y originales del *Department of Neurology del Lausanne University Hospital (Suiza)*.

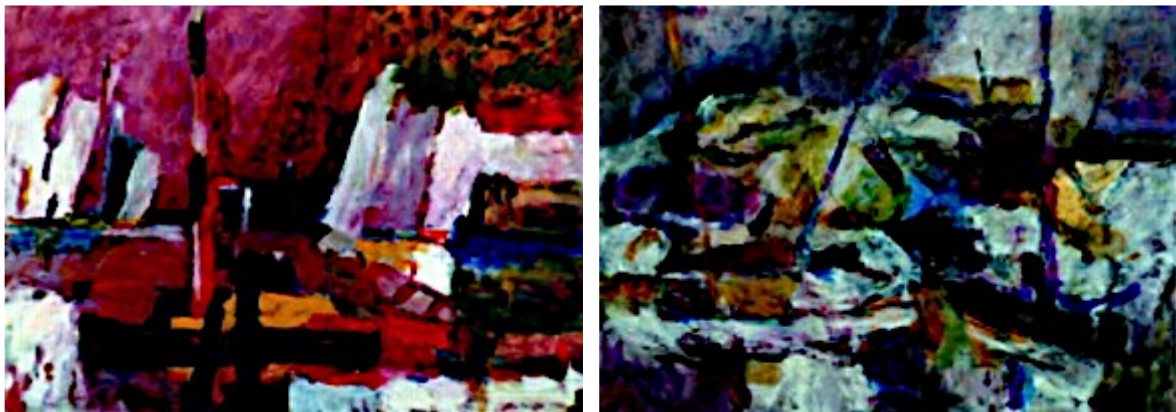


Imagen 21 (2005): Pintura 1 del paciente 2 - antes de sufrir el ictus; Pintura 2 del paciente 2 - después de sufrir el ictus

El estudio muestra los cambios y variaciones de los resultados plásticos de las obras de dos pintores profesionales, que han sufrido ictus con lesiones en el lóbulo occipital izquierdo o tálamo. Las características de esta conversión artística se detectan y analizan sobre la base de extensas evaluaciones psiquiátricas con carácter tanto neurológico como neuropsicológico. Se expone la posible influencia de cambios ejecutivos y afectivos sobre el estilo plástico del individuo. Los resultados demuestran leves modificaciones afectivas y cognitivas debidas a la lesión cerebral focal como variante significativa en la expresión artística de sus participantes. Ambos pintores, inicialmente inconscientes de los cambios artísticos que sufre su producción, sin alteraciones en el deterioro cognitivo, exhiben signos leves de disfunción ejecutiva: el primero de ellos, un hombre de 57 años muestra leves dificultades perceptivo-visuales, un aumento de la ansiedad y dificultad en el control emocional. Según un jurado especializado, su estilo artístico pasa a ser más estilizado y simbólico, existe una mayor simplificación en el uso de los colores, pasando a dominar las tonalidades monocromáticas sobre fondos planos. El

segundo pintor, varón de 71 años, también presenta variaciones en la emotividad de su pintura (Imágenes 33 y 34). Su ideario creativo, cambia para ser un estilo impresionista más alegre y geométrico, pero a la vez más simplista y abstracto, que emplea colores más intensos y saturados. El estudio plantea los casos más leves de depresión, ansiedad, descontrol emocional, apatía, indiferencia, manías y psicosis producidas por el daño cerebral, como consecuencias directas en la expresividad o capacidad creativa de sus productores. Plantea una mejoría en la expresión artística de pintores con disfunciones en el hemisferio izquierdo, que parecen tornar sus obras más emotivas y creativas.

2.1.4. CREATIVIDAD ARTÍSTICA, ESTILO Y TRANSTORNOS CEREBRALES

Autor: Bogousslavsky (2005).

Artículo: *Artistic creativity, style and brain disorders* [Creatividad artística, estilo y trastornos cerebrales].

Ciudad e instituciones: Montreux (Suiza). *Neurology and Neurorehabilitation Services at Clinique Valmont.*

El estudio define la creatividad como una de las mayores funciones del cerebro humano y defiende su capacidad de expresarse en cualquier dominio y bajo cualquier condición presentada, destacando la activación e inhibición causada por posibles daños en el lóbulo frontal de los pacientes con daño cerebral. Se propone la práctica artística como utensilio para ilustrar el modo en que la creatividad del individuo se modula dependiendo de la salud de su cerebro. Los casos con ictus empleados como referentes evidencian el funcionamiento de algunos procesos cerebrales durante todo el proceso creativo, desde el momento en que el participante percibe e interpreta la información.

2.1.5. CAPACIDADES DE PINTURA PRESERVADAS DESPUÉS DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. EL CASO DE PAUL-ÉLIE GERNEZ

Autores: Boller, Sinforiani y Mazzucchi (2005).

Artículo: *Preserved painting abilities after a stroke. The case of Paul-Elie Gernez* [Capacidades de pintura preservadas después de un accidente cerebrovascular. El caso de Paul-Elie Gernez].

Ciudades e instituciones: París (Francia). *Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], Mondino Institute of Neurology Foundation y Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico [IRCCS] Don Carlo Gnocchi Foundation.*

El estudio presenta el discurso de Théophile Alajouanine (1948) que discute la influencia de la afasia en la producción artística. Mediante su análisis, se utilizan como referentes los cambios entre el antes y el después de sufrir un ictus en la producción de tres conocidos artistas franceses nacidos en la segunda mitad del S.XIX: Maurice Ravel (músico), Valery Larbaud (escritor), y Paul-Elie Gernez (pintor)

demostrando que la afasia no tiene por qué disminuir la capacidad creativa del paciente, aunque configure un cambio en su estilo plástico. Además, se discute que, comparados a individuos sin dotes artísticas precedentes al infarto, los efectos de ciertas lesiones cerebrales afectan de manera diferente entre ambos colectivos. El estudio, en 2005 retoma el análisis en la producción pre- y post-ictus de Paul-Elie Gernez (1888-1948). La lesión cerebral no evidencia repercutir en el deterioro intelectual, pero sí en el emocional, no le impide seguir produciendo, pero sí implica un cambio en el estilo de su producción. Se observa la pérdida de parte de la espontaneidad y poeticidad de su obra.

Se presenta uno de los testimonios de Gernez recogido por Boller (1948) donde el pintor reconoce haber dos hombres en su interior y en el transcurso de su carrera:

Hay dos hombres dentro de mí, el que pinta y se siente normal al pintar, y el otro que, es un vago estado del anterior, perdido, y sin apego a la vida. No consigue expresar del todo su sí mismo. Uno de los hombres está en perfecto contacto con la vida y la realidad. El otro está perdido en un mundo abstracto. Cuando pinto me siento fuera de mi vida; mi manera de ver las cosas se vuelve incluso más intensa que antes; reencuentro todo otra vez; soy un hombre completo. Incluso cuando mi mano derecha parece ser ajena a mí, pero no lo noto cuando pinto. Hay dos hombres, el primero que se agarra a la realidad para pintarla, el otro, el tonto, quien ya no puede utilizar las palabras. *[There are two men inside me, the one who paints, who is normal while he is painting, and the other one who is in a vague state, who is lost, who does not stick to life. I don't express myself well. One of the men is in perfect touch with life and with reality. The other one is lost in an abstract world. When I am painting, I am outside of my life; my way of seeing things is even more intense than before; I find everything again; I am a whole man. Even my right hand seems alien to me, but I do not notice it when I am painting. There are two men, the one who grasps reality in order to paint, the other one, the fool, who cannot manage words anymore]* (p. 152).

2.1.6. PINTURA DESPUÉS DE UN DERRAME CEREBRAL EN EL HEMISFERIO DERECHO: ESTUDIOS DE CASO DE ARTISTAS PROFESIONALES

Autores: Bänzner y Hennerici (2007).

Artículo: *Painting after right-hemisphere stroke - case studies of professional artists* [Pintura después de un derrame cerebral en el hemisferio derecho: estudios de caso de artistas profesionales].

Ciudades e instituciones: Mannheim (Alemania). *Department of Neurology, University of Heidelberg, Universitätsklinikum Mannheim.*

Se muestran los cambios en el estilo de artistas profesionales como consecuencia inmediata de la enfermedad cerebrovascular. Los trabajos permiten apreciar cómo los daños del hemisferio izquierdo suelen provocar alteraciones en la comunicación, mientras las lesiones en el lado derecho a menudo conducen a un déficit en la visión espacial. El estudio compara las ilustraciones pre y post ictus, de una

serie de trece artistas profesionales con lesiones cerebrales en el hemisferio derecho:

Anton Räderscheidt (1892-1970)

En 1967 Anton Räderscheidt (1892-1970) sufre un ictus con severas consecuencias en la visión espacial y leves déficits motores en el hemisferio izquierdo de su cuerpo. Como pintor expresionista, cambia su estilo tras la enfermedad. En comparación con sus primeras figuras y composiciones en las que sus protagonistas o parejas de personajes están carentes de cualquier contacto y contenido emocional (Imagen 24), su nueva tendencia sobrecarga fuertes trazos y pinceladas que componen escenas donde se representan parejas cuyos límites del cuerpo difícilmente se definen por los trazos de las unas entremezcladas con las otras (Imágenes 23 y 26). Los retratos que, en un principio pinta de manera realista, los transforma de forma radical posteriormente, utilizando colores más luminosos y una gama más variada de tonalidades que, también, acompañan la deformación de su mimesis.

A continuación, se muestran cuatro imágenes de Anton Räderscheidt, recogidas en Pubmed y originales del *Department of Neurology, University of Heidelberg, Universitätsklinikum Mannheim* (Alemania).



Imagen 22 (2007): Pintura post-ictus de Anton Räderscheidt: *Portraits*; Pintura pre-ictus de Anton Räderscheidt: *Painter and model*; Pintura post-ictus de Anton Räderscheidt: *Self-portrait 1*; Pintura post-ictus de Anton Räderscheidt: *Portraits*

Otto Dix (1891-1969)

En 1967 Otto Dix (1891-1969) sufre un ictus en el hemisferio cerebral derecho, lo que provoca una hemiparesia en su lado izquierdo del cuerpo y apraxia en su brazo, acompañada de heminegligencia óptico-espacial en ese mismo lado corporal/ocular. Durante los tres primeros días tras sufrir el ictus, Dix no puede pintar en absoluto, a partir del cuarto, cuando los síntomas se aplacan consigue hacer pequeños bocetos que demuestran heminegligencia visual dejando la parte izquierda del papel completamente en blanco. Su estilo artístico entre el antes y el después del ictus cambia por completo. Lo demuestra en sus últimos autorretratos, todos ellos, sufren deformaciones que comparten la falta de similitud con su autor, algo llamativo al compararse con sus autorretratos anteriores a sufrir la enfermedad (Imagen 27). Otto Dix muere por un segundo ictus el 25 de julio de 1969. A continuación, comparativamente, se muestra una serie de imágenes de Otto Dix, recogidas en Pubmed y originales del *Department of Neurology, University of Heidelberg, Universitätsklinikum Mannheim* (Alemania).

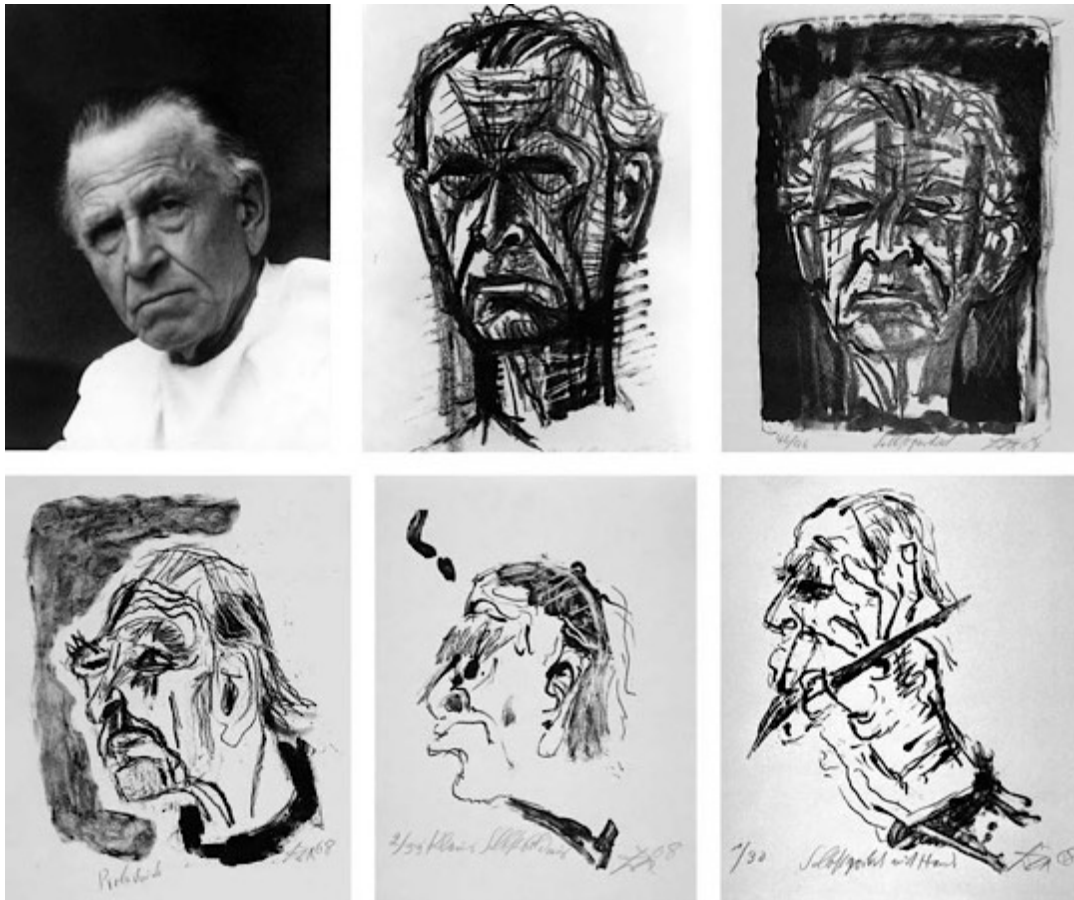


Imagen 23 (2007): Serie de pinturas pre y post ictus de Otto Dix: *Photographic portrait*; *Self-portrait before stroke* (1964); *Self-portrait with black collar* (1968); *Small self-portrait* (1968); *Self-portrait with a hand* (1968)

Johannes Thiel (1889-1962)

Johannes Thiel (1889-1962) sufre dos ictus que le provocan hemiparesia en el lado izquierdo de su cuerpo. El primero de ellos en 1959, del que recupera la movilidad, y el segundo en 1960 que, de predominio braquial, le paraliza definitivamente su brazo y mano izquierda. Pese a ello, logra recuperar su funcionalidad hasta sufrir un tercer ictus, del que fallece en 1962. Exceptuando el caso de uno de los retratos producidos durante los primeros días de haber sufrido el segundo ictus, el análisis de sus trabajos no notifica ningún cambio en su estilo plástico o signos que muestren algún tipo de déficit.

Louis Corinth (1858-1925)

En 1911 Louis Corinth (1858-1925) sufre un ictus. Tras ello y durante catorce años, produce un gran número de obras que permiten analizar en detalle todo su trabajo post-ictus, comparar los grandes cambios sufridos entre el antes y el después de su producción. Se destacan severas alteraciones psicológicas, las cuales provocan claras variaciones entre los contenidos y técnicas empleadas por el autor con posterioridad al accidente.

Wolfgang Aichinger-Kassek (1952)

En 1995 el artista austriaco Wolfgang Aichinger-Kassek sufre un accidente cerebrovascular en el hemisferio derecho de su cerebro. Al recuperarse se da cuenta de no lograr proseguir con las esculturas de hierro y otros metales que previamente al ictus había trabajado. Ante sus límites, produce una serie de 30 grafitos en color. Con el paso del tiempo y el asentamiento de sus déficits, comienza a representar en sus piezas algunas fases de la depresión, el miedo y otros pensamientos y sentimientos provocados por la enfermedad. A la izquierda se muestra una imagen de Wolfgang Aichinger-Kassek, recogidas en Pubmed y originales del *Department of Neurology, University of Heidelberg, Universitätsklinikum Mannheim* (Alemania).



Imagen 24 (2007): Pinturas 1 y 2 post-ictus de Wolfgang Aichinger-Kassek

Federico Fellini (1920-1993)

El pintor y director de cine Federico Fellini (1920-1993), sufre un accidente cerebrovascular isquémico el mismo año de su muerte. La enfermedad le provoca graves repercusiones a nivel visual, cognitivo, psicológico y motor. Incapaz de compensarlo funcionalmente, el italiano es consciente de algunos cambios motores y su dificultad en prestar atención. Los documentos de las pruebas neuropsicológicas visuo-motoras demuestran en su trabajo el déficit que el artista sufre a nivel neuropsicológico. El análisis de sus obras interpreta la introspección del artista.

Reynold Brown (1917–1991)

En 1976 Reynold Brown (1917–1991) sufre un accidente cerebrovascular que le provoca una grave hemiparesia en el lado izquierdo de su cuerpo. El análisis detallado de sus trabajos antes y después de sufrir el ictus, denota un interesante cambio. En una sorprendente similitud con las primeras obras de arte posteriores al ictus de Lovis Corinth, los dibujos, en este caso, de nuevo representan una severa negligencia en el lado izquierdo del soporte que, con el tiempo, el autor logra mejorar, pero siempre mantiene (Imagen 28). A continuación, se muestra una serie de tres imágenes de Reynold Brown recogidas en Pubmed y originales del *Department of Neurology, University of Heidelberg, Universitätsklinikum Mannheim (Alemania)*.



Imagen 25 (2007): Pinturas 1, 2 y 3 post-ictus de Reynold Brown

Tom Greenshields (1915–1994)

En 1989, el pintor y escultor Tom Greenshields (1915–1994) sufre un derrame en el hemisferio derecho de su cerebro. Pese a no afectar demasiado a la movilidad de su brazo izquierdo, le resulta

imposible reanudar la producción previa al ictus. Una vez más, el artista presenta negligencia en el lado izquierdo de sus dibujos y esculturas. Representa la realidad por medio de figuras y formas distorsionadas y deformes. Este tipo de rastros residuales nunca llegan a desaparecer del todo.

Guglielmo Lusignoli (1920-2003)

El pintor y arquitecto Guglielmo Lusignoli (1920-2003) en 1987 sufre un golpe que le produce heminegligencia en el lado izquierdo de su cuerpo y también supone un antes y un después en el estilo de su producción. Con el tiempo logra recuperarse y reanudar su trabajo consiguiendo adaptarse a la circunstancia y siendo enormemente productivo. Sus alteraciones menguan tras los primeros años.

Kurt Schwitters (1887–1948)

El dadaísta alemán Kurt Schwitters (1887–1948) en 1944 sufre un derrame cerebral en el hemisferio derecho que le provoca una parálisis motora en el lado izquierdo del cuerpo. Dos años después, sufre una segunda apoplejía. En diciembre de 1945 deja por escrito estar pintando formatos más pequeños y sentir que sus nuevas esculturas son sus mejores obras. Es difícil establecer cambios o alteraciones concretas en sus trabajos.

Artista suizo anónimo

Se describe el caso de un artista suizo anónimo que sufre un infarto isquémico en 1993. La enfermedad afecta de manera directa la región temporo-parieto-occipital derecha, produciendo una severa negligencia hemiespacial, trastornos psiquiátricos en la personalidad y alteraciones en el lenguaje. Los cambios reflejan tanto alteraciones del comportamiento como del estado de ánimo del artista. Su producción tras el ictus difiere por completo de la anterior. La severidad de la negligencia expresada no le permite volver a establecer un estilo definido, sus dibujos varían en cuestión de horas.

Artista francés anónimo

Se estudia el caso de un artista francés anónimo que sufre un ictus en el hemisferio derecho de su cerebro provocando un grave hemisíndrome sensorial izquierdo y una depresión severa que transmite en sus dibujos. Manteniendo su punto de expresividad, el propio autor nota el cambio que sufren sus obras tras el ictus y que, con el paso del tiempo, mengua permitiendo una rica etapa de producción pictórica en sus formas, volúmenes y composiciones.

Artista anónimo de 71 años

Se analiza la publicación de Blanke (2003) sobre un artista de 71 años con negligencia en la continuidad de los colores de la parte izquierda de sus dibujos, pero no espacial. Pese a desaparecer el uso del color en ese lado de sus cuadros, el artista mantiene la línea en ambas partes del dibujo.

2.1.7. ARTE DESPUÉS DE LA LESIÓN CEREBROVASCULAR: LA EXPERIENCIA CUALITATIVA DE UNA COMUNIDAD DE SUPERVIVIENTES A UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN PROGRAMA DE ARTE GRUPAL

Autores: Alston, Beesley, White, Sweetapple y Pollack (2011).

Artículo: *Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme* [Arte después de la lesión cerebrovascular: la experiencia cualitativa de una comunidad de supervivientes a un accidente cerebrovascular en un programa de arte grupal].

Ciudad e instituciones: New South Wales (Australia). *Occupational Therapy Department, Tamworth Rural Referral Hospital, Hunter Stroke Service, Community Stroke Team, y Occupational Therapy Department of Hunter New England Area Health Service & Hunter New England Local Health Network.*

El objetivo de este estudio explora cualitativamente la experiencia comunitaria de las competencias ofrecidas por un programa de arte dirigido a los supervivientes de ictus. Con un total de 16 participantes de entre 43 y 81 años, se crean dos grupos diferentes, ambos celebrados semanalmente, durante un periodo de 8 semanas. A través de dos tipos de entrevistas, una individual, la otra grupal, se recogen los datos cualitativos que permiten su análisis. Durante la puesta en práctica del programa, surgen cuatro temáticas a tratar entre las que se incluyen la experiencia de haber sobrevivido a un ictus. La práctica artística se propone como beneficio personal y modo para beneficiarse de la experiencia del grupo. Los participantes experimentan un aumento de la confianza, mayor autoeficacia y participación en la comunidad. La aplicación de un programa de artes dirigido a la salud de personas que sufren ictus podría impactar en el bienestar, la calidad de vida y la reintegración de este colectivo. Los resultados de este estudio son prometedores y se reconoce como modelo que merece una investigación rigurosa sobre el impacto de la práctica artística sobre el daño cerebral adquirido¹⁷.

¹⁷ Preguntas planteadas al grupo: ¿Cuál ha sido tu experiencia en el grupo de arte? ¿Percibes algún tipo de beneficio desde la participación en el grupo? ¿Has disfrutado siendo parte del grupo? ¿Es el grupo lo que esperabas? ¿Cómo encontraste áreas en las que participar? ¿Cómo te encuentras tras haber completado tu trabajo artístico? ¿Qué harás ahora que el grupo ha finalizado su intervención? ¿Hay suficientes soportes para la comunidad de supervivientes de ictus? ¿Qué hizo decidirte a venir al grupo de arte? ¿Cómo te sentiste al comienzo de formar parte del grupo? ¿Cuál ha sido tu experiencia de formar parte del grupo de arte? ¿Qué es lo que más te ha gustado de formar parte del grupo de arte? ¿Qué es lo que menos te ha gustado de formar parte del grupo de arte? ¿Ves beneficios por haber participado en el grupo de arte? ¿Cómo encontraste áreas en las que participar? ¿Has tenido una actividad favorita en el grupo de arte? ¿Te gustaría haber probado algo diferente? ¿Qué podría mejorarse? ¿Algún cambio/sugerencia? ¿Preferías las actividades grupales o las actividades realizadas de manera individual? ¿La terapia consiguió ofrecerte algo nuevo que otros grupos, comunidades o tipos de terapia habían podido ofrecerte hasta la fecha? ¿Tú o tu familia habéis notado algún tipo de cambio desde la participación en el grupo de arte? ¿Qué harás ahora que el grupo ha finalizado su intervención? ¿Consideras que este tipo de grupo puede beneficiar cualquier etapa de rehabilitación posterior a haber sufrido un ictus? ¿O existe alguna etapa concreta

2.1.8. CÓMO ALTERÓ MI ARTE UNA HEMORRAGIA CEREBRAL

Autora: Sherwood (2012).

Artículo: *How a cerebral hemorrhage altered my art* [Cómo alteró mi arte una hemorragia cerebral].

Ciudad e Institución: Berkeley (California). *University of California Berkeley*.

Se examina cómo un derrame cerebral masivo afecta la práctica artística de una mujer de 44 años. Previamente a sufrir el accidente cerebrovascular, la producción tiende a tratar temas intelectualizados y forzados, se dice que el arte posterior es menos tímido, más expresivo, y tras el ictus, adquiere algún tipo de efecto liberador. La artista comienza a incluir en su obra parte del contenido clínico que recoge de los hospitales (Imagen 30). A continuación, se muestra una serie de seis imágenes de Katherine Sherwood recogidas en Pubmed y originales del *Art Department and Disability Studies Program from the University of California Berkeley*, (California).



Imagen 26 (2012): Pintura post-ictus de Katherine Sherwood; Pintura post-ictus de Katherine Sherwood: Aldrich Ames (1995); Pintura post-ictus de Katherine Sherwood: Facility of Speech (1999); Pintura II post-ictus de Katherine Sherwood; Pintura III post-ictus de Katherine Sherwood

donde consideres el beneficio puede ser mayor? ¿Hay suficientes soportes para la comunidad de supervivientes de ictus? ¿Has participado en otros programas que te supusieran mejoría en tu estado?

2.1.9. EFECTOS DE LA ARTETERAPIA EMPLEANDO EL COLOR CON LA INTENCIÓN DE USARLO EN EL DÍA A DÍA DE LOS CUIDADORES Y PACIENTES CON LESIONES CEREBROVASCULARES

Autores: Kim y Kang (2013).

Artículo: *Effects of art therapy using color on purpose in life in patients with stroke and their caregivers* [Efectos de la arteterapia empleando el color con la intención de usarlo en el día a día de los cuidadores y pacientes con lesión cerebrovascular].

Ciudades e instituciones: Seoul y Iksan (Korea). *Art Institute, Sungshin Women's University y Department of Neurosurgery, School of Medicine, Wonkwang University.*

La propuesta de utilizar colores para la neurorehabilitación se dirige tanto a 28 pacientes con accidente cerebrovasculares de entre 40 y 80 años, como a sus 28 cuidadores. La intervención dura un periodo de 6 meses (2 horas por semana, en total 16 sesiones- 13 dedicadas al color – 3 al cuestionario), posteriormente compara resultados entre grupos. El cuestionario final se realiza 5 meses después de la última sesión de terapia de color. Los criterios de elección de la muestra son, haber superado la fase aguda de la enfermedad, ser pacientes sin antecedentes de enfermedades psiquiátricas, entender completamente el propósito del estudio y estar de acuerdo voluntariamente con seguir el programa requerido. Los pacientes con disfuncionalidad cognitiva grave y discapacidad física causada por un accidente cerebrovascular no continúan el programa.

La carta de colores diseñada como herramienta del estudio se basa en los tonos del arcoíris. Como tabla con 9 fases, de pálidas a oscuras, cada una tiene su propio título. Dependiendo de la tendencia psicológica se separan en colores cálidos, fríos y neutros que, se subdividen en su máxima y su mínima saturación e intensidad. Se fragmenta en tres partes: la fase temprana (práctica y expresión a través del color), la fase media (preparación para la dirección futura) y la fase tardía (empoderamiento con apoyo psicológico). En la primera parte, el método analiza cómo los pacientes expresan sus sentimientos de enojo y pena con la formación de la relación entre los contenidos de la tabla. En la siguiente fase, se analiza como el dolor emocional puede expresarse a través de la terapia de color. Por ejemplo, se anima a los pacientes a elegir colores que reflejan sus actuales sentimientos. Finalmente, la última fase consiste en aliviar el dolor psicológico planificando las emociones positivas enfocadas a un propósito en su vida.

En la fase temprana de la terapia de color, los pacientes escogen tonos de color entre el negro y el blanco, la intensidad en las mezclas es baja, en general. En la fase media no se muestran diferencias ni patrones que diferencian las elecciones de color entre el grupo control y el experimental. A medida que la terapia de color progresa a la fase tardía, los pacientes y sus cuidadores aplican una mayor variedad en los colores y también un aumento en sus intensidades. Los colores usados se mezclan principalmente con el negro, y sus cuidadores usan colores fríos. Cuando la terapia de color progresa a la fase tardía, los pacientes y sus cuidadores aplican un número creciente de colores. La intensidad del color también aumenta debido al uso de colores primarios mostrados en la Imagen 35. La terapia de

color ayuda a los pacientes a experimentar la transición psicológica desde los colores acromáticos que, indican una condición mental inestable con un bajo deseo de alcanzar objetivos en la vida, hasta los colores cromáticos que, sus terapeutas dicen, implican motivación.

El proceso de datos y análisis estadístico se realiza, antes y después del programa de terapia de color, utiliza *Python Imaging Library*, compuesta por un total de 20 preguntas. Aunque a nivel cualitativo se perciben mejorías, aunque cuantitativamente no se demuestran diferencias significativas entre el antes y el después de la terapia del color. A continuación, se muestran los resultados sobre las preferencias en el tiempo sobre tonalidades una carta de colores que señala los resultados recogidos del *Art Institute, Sungshin Women's University y Department of Neurosurgery, School of Medicine, Wonkwang University, Seoul y Iksan, (Korea)*.

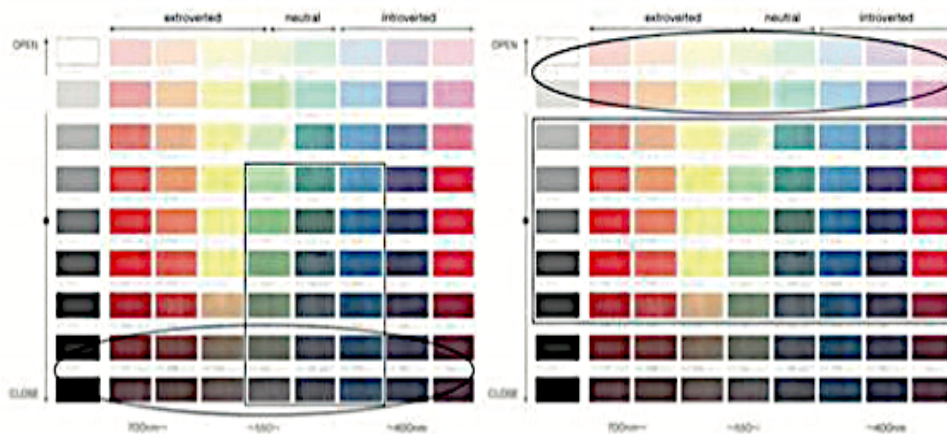


Imagen 27 (2012): Carta de colores. Izquierda, fase temprana, derecha, fase tardía. Las elipses son los pacientes y los rectángulos sus cuidadores

2.1.10. PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN MUSICAL: DESARROLLO, BASE NEURAL Y USO REHABILITADOR DE LA MÚSICA

Autores: Särkämö, Tervaniemi y Huotilainen (2013).

Artículo: *Music perception and cognition: development, neural basis, and rehabilitative use of music* [Percepción y cognición musical: desarrollo, base neural y uso rehabilitador de la música].

Ciudad e instituciones: Helsinki (Finlandia). *Cognitive Brain Research Unit; Cognitive Science, Institute of Behavioural Sciences, University of Helsinki; Department of Psychology, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland y Finland Finnish Institute of Occupational Health.*

Este tipo de estudios determina la música como estímulo para el cerebro humano, involucrando no sólo el córtex auditivo sino también una vasta red bilateral de temporales, frontales, parietales, cerebral, límbico y las áreas del cerebro que regulan la percepción auditiva, procesamiento sintáctico

y semántico, la atención y la memoria, la emoción y el estado de ánimo, control y habilidades motoras.

2.1.11. ESTIMULACIÓN TRANSCRANEAL DE CORRIENTE CONTINUA EN LA NUEVA HABILIDAD ARTÍSTICA TRAS LA LESIÓN CEREBROVASCULAR

Autores: Simis et al. (2013).

Artículo: *Transcranial direct current stimulation in “de novo” artistic ability after stroke* [Estimulación transcraneal de corriente continua en la nueva habilidad artística tras la lesión cerebrovascular].

Ciudad e instituciones: Boston y São Paulo (Estados Unidos y Brasil). *Laboratory of Neuromodulation, Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Spaulding Rehabilitation Hospital and Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School y Social and Cognitive Neuroscience Laboratory and Developmental Disorders Program, Center for Health and Biological Sciences, Mackenzie Presbyterian University y Division of Neurology, Santa Casa Medical School.*

A pesar de plantear no disponer de mucha información sobre las posibilidades que ofrece la estimulación cerebral, se proponen técnicas de estimulación para que el sujeto demuestre los cambios neuro-anatómicos que causa una lesión cerebral frente a la neuroanatomía que tiene un cerebro sano.

El objetivo principal del estudio es utilizar *Transcranial Direct Current Stimulation* (tDCS) en tres sesiones diferentes para modular la actividad cortical y evaluar los cambios producidos en la capacidad artística de un paciente varón de 67 años que sufre un ictus isquémico agudo afectando la zona izquierda de su cerebro y provocando parálisis y afasia de broca. A la semana de sufrir el ictus, sin motivos aparentes, el sujeto quiere pintar.

2.1.12. LUCHA COMO UN HURÓN: UN ENFOQUE NOVEDOSO DEL USO DE LA ARTETERAPIA PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON LESIONES CEREBROVASCULARES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Autores: Gammidge, Khalid y Waller (2014).

Artículo: *Fight like a ferret: a novel approach of using art therapy to reduce anxiety in stroke patients undergoing hospital rehabilitation* [Lucha como un hurón: un enfoque novedoso del uso de la arteterapia para reducir la ansiedad en pacientes con lesiones cerebrovasculares sometidos a rehabilitación hospitalaria].

Ciudad e instituciones: Brighton (Reino Unido). *Brighton and Sussex Medical School, School of Art, Media and Design y University of Brighton.*

Se demuestran los beneficios de la arteterapia en la reducción del aislamiento y de ansiedad de sus participantes, en un espacio, se dice, donde hay poca atención a las necesidades emocionales. Los pacientes son invitados a participar en dos sesiones semanales de 50 minutos cada una, durante 6 semanas. Se emplean herramientas como la pintura, lápices de colores, arcilla, una cámara y un iPad.

Las actividades son dirigidas por un arteterapeuta y un logopeda. Las discusiones de grupo permiten a los pacientes expresar abiertamente sus sentimientos de frustración, así como de esperanza.

Definida como intervención factible en el contexto, con intención de ver si los participantes de arteterapia reducen la ansiedad, depresión, estrés y mejoran su bienestar, para la cuantificación y cualificación de datos, se hace uso de escalas como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la *Theory of Mind Scale* (TOM), pasadas al principio y al final de la terapia. A nivel cuantitativo, las cifras de mejoría son pequeñas y el tiempo es limitado para demostrar beneficios concluyentes. A nivel cualitativo se defiende el beneficio de incluir la arteterapia en las rutinas del accidente cerebrovascular.

2.1.13. CREATIVIDAD, CEREBRO Y ARTE: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS Y NEUROBIOLÓGICAS

Autor: Zaidel (2014).

Artículo: *Creativity, Brain, and Art: Biological and Neurological considerations* [Creatividad, cerebro y arte: consideraciones biológicas y neurobiológicas].

Ciudad e instituciones: Los Ángeles (Estados Unidos). *Department of Psychology, Behavioral Neuroscience, University of California at Los Angeles* [UCLA].

El estudio muestra interés por las alteraciones en la creatividad tras sufrir ictus. En general, los referentes tomados sugieren que, en la mayor parte de los casos, los pacientes siguen siendo capaces de crear, su creatividad no aumenta ni disminuye pues el daño causado es unilateral (sólo en un hemisferio) y la creatividad abarca ambos hemisferios cerebrales. Cada hemisferio aporta una faceta diferente en el proceso creativo, sin embargo, el hemisferio izquierdo destaca principalmente en la creatividad. El arte producido por pacientes neurológicos revela que las representaciones artísticas de la imaginación son todavía posibles, aunque su imaginación parece limitada en comparación a la de artistas sanos.

2.1.14. PROMOVRIENDO EL BIENESTAR HOLÍSTICO A TRAVÉS DEL COMPROMISO CREATIVO BASADO EN EL ARTE DE PACIENTES CON DAÑOS CEREBROVASCULARES CRÓNICOS

Autores: Sit et al. (2014).

Artículo: *Promoting Holistic Well-Being in Chronic Stroke Patients Through Leisure Art-Based Creative Engagement* [Promoviendo el bienestar holístico a través del compromiso creativo basado en el arte de pacientes con daños cerebrovasculares crónicos].

Instituciones: *The Nethersole School of Nursing, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong Kwong Was Hospital, Hospital Authority Hong Kong, Hong Kong.*

El objetivo del estudio es examinar el valor y potencial de una actividad basada en el arte para la atención y el bienestar integral de pacientes crónicos con ictus, explorar los sentimientos de sus 24

participantes. El diseño cualitativo se lleva a cabo a través de entrevistas individuales semi-estructuradas. El estudio defiende la práctica artística como oportunidad para promover la mejora en la rehabilitación de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares y su bienestar integral, aumentando su sentido del disfrute, la autoexpresión y el reconocimiento consigo mismos y con otros.

2.1.15. ESTUDIO DE VIABILIDAD DE LOS EFECTOS DEL ARTE EN LA MEJORA DE LOS RESULTADOS PSICOSOCIALES DURANTE LA REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNA INTERVENCIÓN DE COMPROMISO CREATIVO: PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO: EL ENSAYO ACES

Autores: Morris et al. (2014).

Artículo: *Feasibility study of the effects of art as a creative engagement intervention during stroke rehabilitation on improvement of psychosocial outcomes: study protocol for a single blind randomized controlled trial: the ACES study* [Estudio de viabilidad de los efectos del arte en la mejora de los resultados psicosociales durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular. una intervención de compromiso creativo: protocolo de estudio para un *Estudio Controlado Aleatorizado*: el ensayo ACES].

Ciudades e instituciones: Reino Unido, Dundee, Edinburgh y Aotearoa (Reino Unido y Nueva Zelanda). *Social Dimensions of Health Institute, University of Dundee, School of Psychology, Te Kura Hinegaro Tangata, Massey University, Royal Infirmary of Edinburgh, Little France Crescent, University of Edinburgh, Population Health Sciences, Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Research Unit, Scion House, University of Stirling.*

El estudio consiste en una prueba piloto sobre un ensayo controlado aleatorizado utilizado para examinar la viabilidad de evaluar el potencial de una iniciativa a partir del arte durante la rehabilitación de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares, para mejorar los resultados de salud psicosocial del colectivo. Se propone la participación de 80 pacientes divididos en un grupo control y otro grupo experimental, donde este último participe en la intervención de un programa de artes basado en ocho sesiones llevadas a cabo durante un periodo de tres meses, cuatro de ellas en grupo y otras cuatro, individuales. Los participantes del grupo control sólo reciben la atención habitual. Se evalúan los efectos sobre la intervención en el estado de ánimo, la autoestima, la esperanza, la autonomía, la autoeficacia y algunos aspectos de la recuperación física de los participantes. Se plantean las intervenciones creativas en artes visuales durante la rehabilitación del ictus. Se realizan entrevistas semiestructuradas tanto a los pacientes como al resto del equipo del hospital. Los resultados se examinan al final de la intervención y, a los tres meses de seguimiento. La prueba piloto recoge la Escala de Impacto de Ictus, Escala de afecto positivo y negativo, Escala de autoestima analógica visual, Escala de rango de esperanza, Escala general de autoeficacia y la Escala de autoeficacia en arte. Además, se proponen incluir el Índice de Barthel, la Escala Montreal Evaluación Cognitiva (MOCA), el Mini-Mental Test (MMT), la Escala del Instituto Nacional de Salud e Ictus (NIHSS) y la Unidad de Ensayos Clínicos de Tayside (TCTU). Se necesita probar empíricamente los resultados.

2.1.16. CONTEXTO SOCIAL, PROCESOS DE CREACIÓN ARTÍSTICA Y PRODUCCIÓN CREATIVA: UN ESTUDIO CUALITATIVO QUE EXPLORA CÓMO SE PRODUCEN LOS BENEFICIOS PSICOSOCIALES EN LA PARTICIPACIÓN ARTÍSTICA DURANTE LA REHABILITACIÓN DE LA LESIÓN CEREBROVASCULAR

Autores: Morris et al. (2015).

Artículo: *Social context, art making processes and creative output: a qualitative study exploring how psychosocial benefits of art participation during stroke rehabilitation occur* [Contexto social, procesos de creación artística y producción creativa: un estudio cualitativo que explora cómo se producen los beneficios psicosociales en la participación artística durante la rehabilitación de la lesión cerebrovascular].

Ciudades e instituciones: Dundee, Edinburgh y Aotearoa (Reino Unido y Nueva Zelanda). *Social Dimensions of Health Institute, University of Dundee; School of Psychology, Massey University School of Psychology, Te Kura Hinengaro Tangata, Massey University, Royal Infirmary of Edinburgh, Little France Crescent, University of Edinburgh, Population Health Sciences, Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Research Unit, Scion House, University of Stirling.*

Se presenta un estudio cualitativo semiestructurado mediante entrevistas para explorar los beneficios psicosociales del arte en la participación de la rehabilitación de catorce supervivientes que han sufrido ictus. Identifica las ventajas y los posibles mecanismos de acción que la práctica creativa puede emplear en el contexto clínico. Los resultados sugieren que el arte puede influir en importantes resultados psicosociales que otros enfoques de rehabilitación no suelen abordar. La participación de las artes plásticas durante la rehabilitación parece mejorar el humor, la confianza, la autoestima, las interacciones sociales y el autocontrol sobre la recuperación de los participantes. Proporciona a los damnificados una nueva identidad a través de la valoración positiva de la labor con otros. La experiencia del arte puede mejorar la rehabilitación y expone ofrecer ventajas que otras intervenciones de rehabilitación no abarcan, se considera un complemento importante para la rehabilitación tradicional.

2.1.17. UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE ARTETERAPIA BASADA EN APOYAR LA AUTOCONFIANZA Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DESPUÉS DE SUFRIR LESIONES CEREBROVASCULARES: PROTOCOLO PARA UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO

Autores: Ellis-Hill, et al. (2015).

Artículo: *'HeART of Stroke (HoS)', a community-based Arts for Health group intervention to support self-confidence and psychological well-being following a stroke: protocol for a randomised controlled feasibility study* [Una intervención grupal de arteterapia basada en apoyar la autoconfianza y el bienestar psicológico después de sufrir lesiones cerebrovasculares: protocolo para un *Estudio Controlado Aleatorizado*] (2015).

Ciudades e instituciones: Dorset, Norwich, Bristol, Cambridge, Kent, Yorkshire y Londres (Reino Unido). *Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth University; Department of Clinical Psychology, University of East Anglia; School of Social and Community Medicine, University of Bristol; Stroke Research, Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust; Oliver Zangwill Centre, Cambridgeshire Community Services NHS Trust, Ely, Cambridge shire; Service User (formerly of Canterbury Christ Church University); Faculty of Health and Social Care, University of Hull; College of Health and Life Sciences, Brunel University London; y Stroke Unit, Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust, Bournemouth.*

La comunidad *HeART of Stroke* (HoS), dirigida a la práctica creativa, se crea para apoyar la autoconfianza y bienestar psicológico después de sufrir ictus, explorar la viabilidad de realizar un *Ensayo Controlado Aleatorizado* para evaluar la efectividad y costo-efectividad de emplear el arte en el contexto de salud. Durante 10 sesiones realizadas a lo largo de 14 semanas, participan un total de 74 pacientes. El objetivo del grupo de intervención ofrece un entorno exento de críticas, propicio a que las personas puedan explorar su autoestima, aumentando su bienestar y confianza. Para la cuantificación de datos se emplean las siguientes escalas de valoración: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, Escala de Bienestar Mental de Edinburgo (EBME), Escala de Calidad de Vida (ECAV), *ICEpop CAPability Measure for Adults* (ICECAP-A). Para futuros estudios la investigación propone también utilizar, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la *Head Injury Semantic Differential Scale* (HISDIS) y la *Medical Outcomes Short Form-36* (SF-36). En la cuantificación de datos, el tratamiento demuestra tener un efecto pequeño, pero significativo, sobre los síntomas depresivos en personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares.

2.1.18. TERAPIA DE ARTE CREATIVO PARA MEJORAR LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON LESIÓN CEREBROVASCULAR: UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO

Autores: Kongkasuwan et al. (2015).

Artículo: *Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a Randomized Controlled Trial Study* [Terapia de arte creativo para mejorar la rehabilitación de pacientes con lesión cerebrovascular: un Estudio Controlado Aleatorizado].

Ciudades e instituciones: Bangkok (Tailandia). *Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; y Artfield Art Therapy.*

El estudio plantea un *Ensayo Controlado Aleatorizado* para conocer en qué medida la arteterapia sumada a otras terapias rutinarias, aumenta la capacidad cognitiva, las funciones físicas, las psicológicas y la calidad de vida de sus participantes. En el estudio participan 118 pacientes mayores de 50 años sin problemas en la comunicación, entre ellos, se crea un grupo experimental que participa en las propuestas de arteterapia dos veces por semana durante cuatro semanas (8 sesiones). Las escalas de valoración utilizadas son la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, el Índice de Barthel y el

Pictorial Thai Quality of Life questionnaire (PTQLQ). En depresión, en funciones físicas y en calidad de vida, las medias del grupo experimental son significativamente mayores que las del grupo control, aunque ambos demuestran una mejora, en ansiedad se mantienen. El 85% de los pacientes terminan satisfechos con la terapia de arte: la mayoría reporta una mayor concentración (68,5%), control de las emociones (79,6%), autoconfianza (72,2%) y la recuperación de la motivación (74,1%). El estudio demuestra cómo la arteterapia, combinada con la fisioterapia convencional, puede disminuir significativamente la depresión, mejorar las funciones físicas y aumentar la calidad de vida en comparación con la fisioterapia sola. El arte ofrece ventajas en la comunicación, autoexpresión y expresión no verbal para transmitir ideas, emociones y sentimientos complejos. Permite que los participantes puedan expresarse mediante imágenes y símbolos que reflejan sus experiencias de vida, promueve la comunicación e interacción del paciente, sus relaciones sociales y las dimensiones espirituales, ayudando a expresar conflictos internos y la recuperación de la esperanza perdida.

2.1.19. RECUPERACIÓN DE HABILIDADES ARTÍSTICAS Y COMPENSACIÓN EN ARTISTAS VISUALES DESPUÉS DE UNA LESIÓN CEREBROVASCULAR

Autores: Petcu et al. (2016).

Artículo: *Artistic Skills Recovery and Compensation in Visual Artists after Stroke* [Recuperación de habilidades artísticas y compensación en artistas visuales después de una lesión cerebrovascular].

Ciudades e Instituciones: Berkeley, Rostock, Craiova, Boston, QLD (Estados Unidos, Alemania y Rumanía). *Griffith University School of Medicine, Gold Coast Campus; Art Department and Disability Studies Program, University of California Berkeley; Department of Psychiatry, University of Medicine Rostock; Center of Clinical and Experimental Research, University of Medicine and Pharmacy Craiova; y Arts Administration, Boston University.*

La investigación analiza la información disponible sobre arte y daño cerebral, que deriva en estudios cognitivos, posteriormente revelando seguir teniendo la capacidad de producir arte pese a la destrucción de parte del tejido cerebral. Se exponen las dotes artísticas post-ictus, la toma de un nuevo estilo o, al contrario, la recuperación del estilo previo a sufrir el ictus. Explican las actividades cerebrales y su activación frente a los estímulos relacionados con la neuroestética que despierta la práctica creativa. En los hombres, la activación es registrada en la corteza parietal derecha y en las mujeres en ambas cortezas parietales. El origen de estímulos competentes, explican, no está solo en el sujeto sino también en el entorno. Se revisan los casos de 15 artistas visuales, diez de ellos con lesión en el lado derecho (Anton Räderscheidt, Otto Dix, Johannes Thiel, Federico Fellin, Reynold Brown, Lovis Corinth, Tom Greenshields, Guglielmo Lusignoli, Kurt Schwitters y Segundo Agelvis), y cinco con lesión en el hemisferio izquierdo del cerebro (Katherine Sherwood, Zlatio Boiyadjiev, Paul Gernez, Gianfranco Fasce y Afro Basaldella). Se recoge la información relevante relacionada con cualquier tipo de cambio en su estilo

después de la enfermedad. Sin determinar qué motiva las alteraciones, se discute que las habilidades artísticas de recuperación aparecen unos días después del accidente cerebrovascular. El nuevo estilo de todos ellos se caracteriza, principalmente, por la pérdida de relaciones espaciales correctas, una asimetría determinada por la heminegligencia visual, simplificación en las imágenes, pérdida de tridimensionalidad, rigidez, repetitividad, pérdida de perspectiva y de tridimensionalidad.

2.1.20. PARTICIPACIÓN ARTÍSTICA PARA EL BIENESTAR PSICOSOCIAL DURANTE LA REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO

Autores: Morris et al. (2017).

Artículo: *Art participation for psychosocial wellbeing during stroke rehabilitation: a feasibility randomised controlled trial* [Participación artística para el bienestar psicosocial durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular: un Estudio Controlado Aleatorizado].

Ciudades e Instituciones: Dundee, Glasgow, Palmerston North, Dublín, Edimburgo y Stirling (Reino Unido, Nueva Zelanda e Irlanda). *School of Nursing and Health Sciences , University of Dundee; Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Research Unit, Glasgow Caledonian University; Tayside Healthcare Arts Trust, NHS Tayside; School of Psychology , Massey University; School of Nursing, Midwifery and Health Systems , University College; Centre for Clinical Brain Sciences , University of Edinburgh; Population Health Sciences , University of Dundee; Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Research Unit, University of Stirling; y School of Health and Social Care, Edinburgh Napier University.*

Se examina la participación artística para el bienestar psicosocial durante la rehabilitación de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares. El ensayo presenta un *Estudio Controlado Aleatorizado* para examinar la viabilidad de llevar a cabo un programa en el que participan las artes visuales y se evalúan los efectos sobre el bienestar de los pacientes con ictus en periodo de rehabilitación. En la intervención participan 41 participantes, incluidos 4 de sus cuidadores habituales. Los cambios y los resultados son analizados a los 3 meses de la intervención, la aleatoriedad del grupo dificulta establecer una conclusión definitiva sobre su eficacia, pero el tamaño de sus efectos sugiere que la participación artística puede beneficiar la salud emocional, canalizando los sentimientos positivos y negativos e influyendo positivamente en su bienestar.

2.1.21. TERAPIAS CREATIVAS BASADAS EN LAS ARTES PARA LOS SUPERVIVIENTES DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

Autores: Lo, Lee y Ho (2018).

Artículo: *Creative Arts-Based Therapies for Stroke Survivors: A Qualitive Systematic Review* [Terapias creativas basadas en las artes para los supervivientes de un accidente cerebrovascular: una revisión sistemática cualitativa].

Ciudades e instituciones: Hong Kong (China). *Department of Social Work and Social Administration, The University of Hong Kong; Centre on Behavioral Health, The University of Hong Kong; Sau Po Centre on Ageing, The University of Hong Kong.*

En el contexto del daño cerebral adquirido, la propuesta hace una revisión sistemática y búsqueda bibliográfica de diversos estudios que organizan los hallazgos cualitativos de las experiencias obtenidas en las intervenciones cualitativas y mixtas de arte. Identifican el predominio de cinco temas analíticos: restauración funcional, apoyo psicológico, compromiso social, experiencia espiritual, deficiencias y barreras. Todos ellos, comparten el objetivo de estimular a sus participantes, fomentar su autoexpresión, creatividad e imaginación a través del empleo de las artes. Los estudios revisados proporcionan hallazgos de beneficios físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Demuestran el potencial para complementar los programas actuales de rehabilitación del accidente cerebrovascular, aunque todavía proponen necesitar más estudios para demostrar los diferentes beneficios y ventajas del uso de este tipo de modalidades, así como contar con terapeutas calificados en terapias basadas en las artes creativas.

2.1.22. DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DURANTE LA REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DE LOS CUIDADORES Y FAMILIARES DE PACIENTES CON LESIONES CEREBROVASCULARES MEDIANTE ENTREVISTAS, ARTE Y ENCUESTAS

Autores: Camicia, Lutz, Markoff y Catlin (2018).

Artículo: *Determining the Needs of Family Caregivers of Stroke Patients during Inpatient Rehabilitation Using Interview, Art, and Survey* [Determinación de las necesidades durante la rehabilitación hospitalaria de los cuidadores y familiares de pacientes con lesiones cerebrovasculares mediante entrevistas, arte y encuestas].

Ciudades e instituciones: Vallejo, Wilmington y Rohnert Park (Estados Unidos). *Kaiser Foundation Rehabilitation Center at the Vallejo Medical Center; University of North Carolina-Wilmington School of Nursing; y Sonoma State University Rohnert Park, CA United States.*

El estudio enfoca sus intereses sobre las necesidades de los familiares de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares. Incorpora la arteterapia como medio de comunicación entre los pacientes y sus familiares, habilitando un canal artístico como estrategia que satisface algunas problemáticas insatisfechas de entre estos colectivos.

2.2. RESUMEN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES DEL ESTADO DE LAS INTERVENCIONES ARTÍSTICAS EN INDIVIDUOS QUE HAN SUFRIDO ICTUS

Desde la década de 1980 hasta 2005 existe una importante pausa en lo que se refiere al estudio de las posibles interacciones entre arte e ictus. A partir de esa fecha, las intervenciones se acercan a resultados más concretos y propuestas empíricamente probables, proponiendo, desde cualquiera de los enfoques presentados, las importantes funciones que la intervención artística puede tener en el contexto del ictus.

Por un lado, desde 1980 se muestra la posibilidad de detectar por medio de la pintura y el dibujo algunas anomalías perceptivas consecuentes de la enfermedad. A través de una variante significativa en la expresión artística individual o colectiva, en 2005, en 2007, y en 2012, el objeto de estudio avanza en el análisis plástico y variaciones de los resultados pictóricos entre el antes y el después del ictus, demostrando leves modificaciones de carácter afectivo y cognitivo en el estilo plástico de sus autores. La práctica artística se propone como utensilio para ilustrar el modo en que la creatividad individual se modula dependiendo de la salud del cerebro. Este enfoque, también permite apreciar la diferenciación del tipo de alteraciones según el hemisferio cerebral afectado: el izquierdo corresponde a la comunicación y el derecho a la visión espacial. En 2014 y 2016, además, se expone la posibilidad de seguir produciendo desde la lesión de ambos lados del cerebro.

Por otra parte, y desde 1986, se propone la práctica artística como herramienta para la rehabilitación de personas que han sufrido ictus. Superada la primera década del Siglo XII, se abarca su total influencia por medio de estudios llevados al dominio de lo cuantificable. A partir de esa fecha, se demuestra la posibilidad de aplicar terapias artísticas en la mayoría de personas que han sufrido ictus, se utiliza como método de comunicación gratificante, y se propone como medio no verbal para expresar expectativas, metas, ideas, emociones y sentimientos de estos enfermos. La arteterapia se clasifica como método de rehabilitación útil en la planificación de objetivos dedicados a la neurorrehabilitación y, suma, asumir un cargo para el apoyo de los familiares. Desde el mismo posicionamiento, tras las intervenciones en las exploraciones cualitativas llevadas a cabo en 2011, los enfermos expresan en primera persona experimentar un mayor grado de confianza, autoeficacia y participación en la comunidad. En sintonía con los primeros estudios, en 2013 el modelo de intervención defiende cualitativamente poder ofrecer la posibilidad de manifestar los sentimientos de los participantes, planificar las emociones positivas y aliviar el dolor por medio de terapias dedicadas al uso del color. A pesar de que a nivel cuantitativo no se demuestran diferencias significativas entre el antes y el después de la terapia de color, la participación activa y los resultados plásticos obtenidos, indican una evolución gradual en el tiempo sobre la mejoría de los participantes a medida que avanza la terapia. En 2014 las intervenciones artísticas en la rehabilitación del ictus, una vez más, desde su carácter empírico continúan defendiéndose como factibles, y entran en juego áreas de evaluación como la ansiedad y la depresión, el estrés y el bienestar general, demostrándose la reducción de aislamiento y

de ansiedad de los enfermos. A nivel cuantitativo las cifras de mejoría obtenidas son pequeñas, aunque su conclusión defiende el beneficio de incluir la arteterapia en la rehabilitación del accidente cerebrovascular. A partir de este momento, cada vez con más frecuencia, se propone la práctica artística para promover la mejora en la rehabilitación del ictus ampliando y concretando las posibles áreas en las que pueden repercutir las diferentes propuestas: aumento del sentido del disfrute, la autoexpresión y el reconocimiento consigo mismos y con los otros. Para la cuantificación de resultados sobre la salud psicosocial, el estado de ánimo, la autoestima, la esperanza, la autonomía, la autoeficacia y la recuperación física del colectivo, tras los modelos de intervención, en 2015 se exploran los beneficios psicosociales del arte en la participación de la rehabilitación del ictus, afirmando su mejora y considerándose un complemento importante para la rehabilitación tradicional. Parece mejorar el humor, la autoestima, las interacciones sociales, el autocontrol, y la confianza que ya apuntaban estudios precedentes. Durante el mismo año, este tipo de propuestas cuantifican su efectividad por medio de otros *Estudios Controlados Aleatorizados* que refuerzan las precedentes investigaciones y afirman un efecto pequeño, pero significativo, sobre la mejora de los síntomas depresivos de estos enfermos, verificando aumentar su bienestar y su confianza. Las medias obtenidas de los grupos experimentales en depresión, en calidad de vida, y en funciones físicas, que asimismo miden las unidades de medida utilizadas, son significativamente mayores que las de los grupos controles. Además de las funciones físicas y psicológicas mencionadas, se defiende que la arteterapia, sumada al resto de la rehabilitación, puede aumentar las capacidades cognitivas de estos individuos. Desde la perspectiva de los participantes, como punto de partida para cualquier análisis social, se responde obtener una mayor concentración y control de las emociones, aumentar su autoconfianza y recuperar su motivación. Todo ello, permite en 2017 continuar examinando los vínculos entre la participación artística y el bienestar psicosocial de personas que han sufrido ictus, asentándose poder beneficiar la salud canalizando los sentimientos positivos y los sentimientos negativos por medio del arte. En 2018, la arteterapia, una vez más, se recapitula e interviene en el dominio del accidente cerebrovascular como medio de comunicación entre los pacientes y sus familiares, esta vez, con nuevos objetivos dirigidos a estimular la creatividad y la imaginación de personas que han sufrido ictus.

Tabla 7: Intervenciones artísticas en el dominio del ictus recogidas en Pubmed

análisis de resultados plásticos pre y post ictus	práctica artística para la rehabilitación del ictus
<p>1980 El valor de pronóstico de los dibujos de pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares por Andrews, Brocklehurst, Richards y Laycock.</p> <p>2005 Cambios en el estilo artístico tras la lesión cerebrovascular por Annoni, Devuyt, Carota, Bruggimann y Bogousslavsky. - Creatividad artística, estilo y trastornos cerebrales por Bogousslavsky. - Capacidades de pintura preservadas después de un accidente cerebrovascular. El caso de Paul-Elie Gernez por Boller, Sinforiani y Mazzucchi.</p> <p>2007 Pintura después de un derrame cerebral en el hemisferio derecho: estudios de caso de artistas profesionales por Bätzner y Hennerici.</p> <p>2012 Cómo alteró mi arte una hemorragia cerebral por Sherwood.</p> <p>2013 Estimulación transcraneal de corriente continua en la nueva habilidad artística tras la lesión cerebrovascular por Simis et al.</p> <p>2014 Creatividad, cerebro y arte: consideraciones biológicas y neurobiológicas por Zaidel.</p> <p>2016 Recuperación de habilidades artísticas y compensación en artistas visuales después de una lesión cerebrovascular por Petcu et al.</p>	<p>1986 El uso del arte en la terapia grupal de lesiones cerebrovasculares por Adsit y Lee.</p> <p>2011 Arte después de la lesión cerebrovascular: la experiencia cualitativa de una comunidad de supervivientes a un accidente cerebrovascular en un programa de arte grupal por Beesley, White, Alston, Sweetapple y Pollack.</p> <p>2013 Efectos de la arteterapia empleando el color con la intención de usarlo en el día a día de los cuidadores y pacientes con lesión cerebrovascular por Kim y Kang.</p> <p>2014 Lucha como un hurón: un enfoque novedoso del uso de la arteterapia para reducir la ansiedad en pacientes con lesiones cerebrovasculares sometidos a rehabilitación hospitalaria por Khalid, Gammidge y Waller. - Promoviendo el bienestar holístico a través del compromiso creativo basado en el arte de pacientes con daños cerebrovasculares crónicos por Sit et al. - Estudio de viabilidad de los efectos del arte en la mejora de los resultados psicosociales durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular por Morris et al.</p> <p>2015 Contexto social, procesos de creación artística y producción creativa: un estudio cualitativo que explora cómo se producen los beneficios psicosociales en la participación artística durante la rehabilitación de la lesión cerebrovascular por Morris et al. - Una intervención grupal de arteterapia basada en apoyar la autoconfianza y el bienestar psicológico después de sufrir lesiones cerebrovasculares: protocolo para un Estudio Controlado Aleatorizado por Ellis-Hill, et al. - Terapia de arte creativo para mejorar la rehabilitación de pacientes con lesión cerebrovascular: un Estudio Controlado Aleatorizado por Kongkasuwan et al.</p> <p>2017 Participación artística para el bienestar psicosocial durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular: un Estudio Controlado Aleatorizado por Morris et al.</p> <p>2018 Terapias creativas basadas en las artes para los supervivientes de un accidente cerebrovascular: una revisión sistemática cualitativa por Lo, Lee y Ho.</p>

CONCLUSIONES

Actualmente, se continúa en el punto de partida en cuanto a intervenciones artísticas en el contexto de rehabilitación de individuos que han sufrido ictus se refiere. Aun disponiendo de un considerado número de estudios, y de una fuerte base de conocimientos y experiencias, donde encabezar futuras investigaciones, es el principio de este tipo de estrategias y hallazgos sobre los beneficios cognitivos, psicológicos, sociales, físicos y espirituales, que el dominio del arte y la arteterapia pueden ofrecer en el campo del accidente cerebrovascular. La dificultad de establecer conclusiones definitivas a través de la cuantificación de datos, en este conjunto de áreas de investigación, implica la necesidad de continuar con este estilo de intervenciones que, orientan los contenidos y objetivos y, facilitan las herramientas necesarias para emprender nuevos modelos de intervención definidos, que demuestran la efectividad de utilizar metodologías artísticas en el protocolo de la rehabilitación del ictus.



Imagen 28 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *El tiempo no avanza*

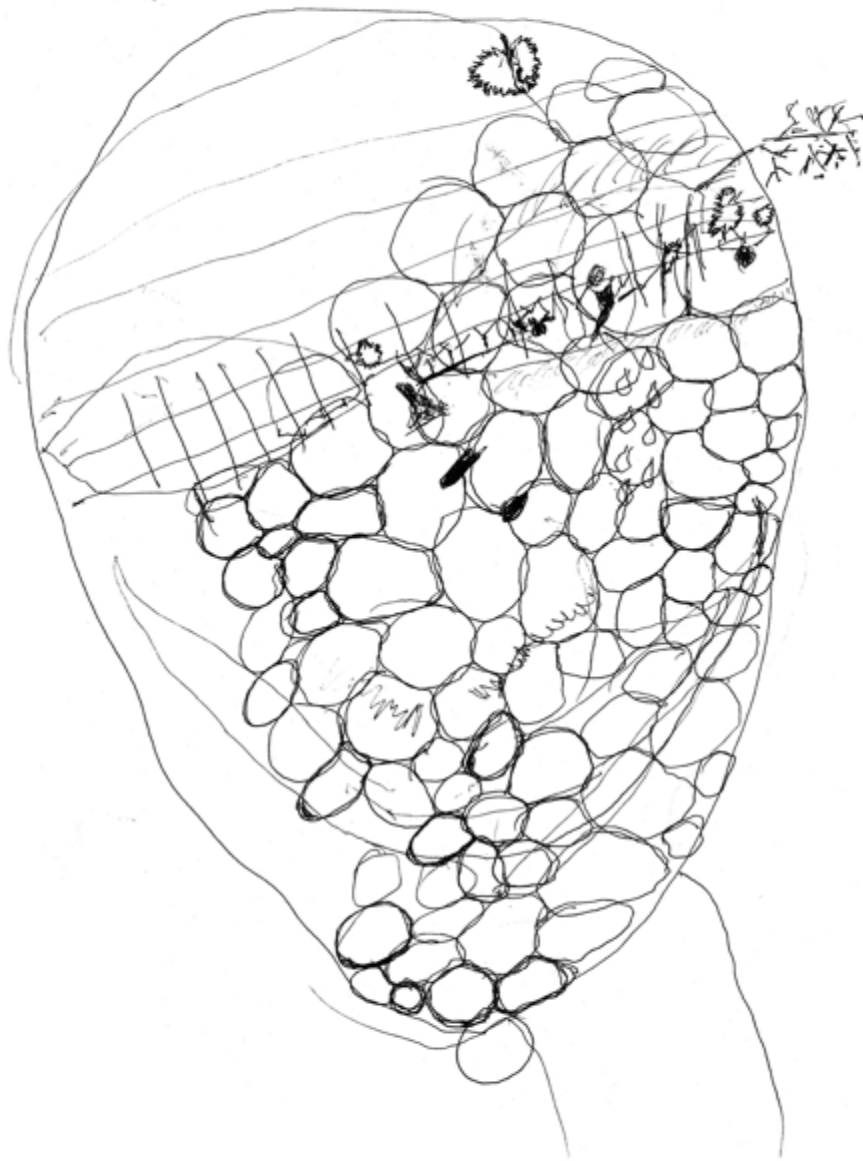


Imagen 29 (2015): Representación libre por la participante alfa

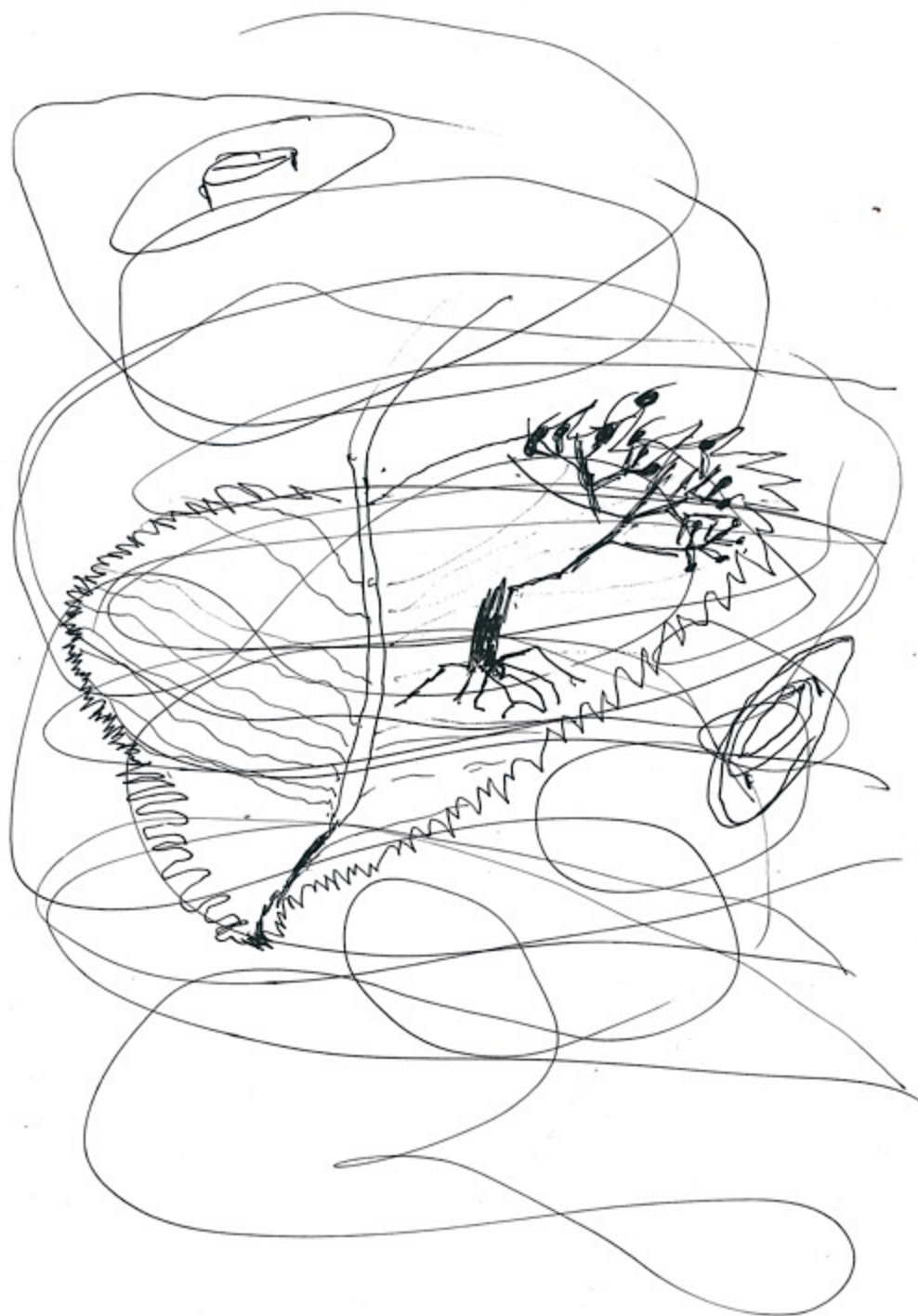


Imagen 30 (2019): Representación libre II por la participante alfa

3. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: ESTRATEGIAS CREATIVAS PARA NEURORREHABILITACIÓN Y ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO EN ADULTOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

3.1. INTRODUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA

El marco experimental define la segunda parte del contenido de esta investigación. Siendo apartado empírico, se enmarca el estudio de las posibilidades que la práctica artística, herramienta para el desarrollo de la creatividad en pacientes con daño cerebral adquirido, ofrece durante su periodo de rehabilitación. Cual método para la inmersión en el área de trabajo, la toma y el análisis de datos, se propone *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*, espacio dedicado a la actividad creativa y libre albedrío de este colectivo.

Como parte fundamental de todo su desarrollo el programa parte de tres preguntas que encabezan su discurso:

¿Puede la práctica artística beneficiar más allá del bienestar emocional y social de pacientes con daño cerebral adquirido?

¿Puede la creatividad contribuir a recuperar capacidades expresivo-ejecutivas de pacientes con daño cerebral adquirido?

¿Puede la práctica creativa, por medio del implemento de vínculos personales con el medio, aumentar la funcionalidad de participantes con daño cerebral adquirido durante su periodo de rehabilitación y sus rutinas diarias?

NOTA

La rehabilitación del daño cerebral no presenta distinción entre las causas del accidente y el tipo de terapias empleadas para el tratamiento de sus mismas secuelas, agrupa en un mismo colectivo tanto los casos de lesiones cerebrales endógenas como aquellas cuyo origen es exógeno al organismo. Por tanto, y para poder obtener una muestra de pacientes lo suficientemente amplia que ofrezca rigor científico a la tesis, el apartado empírico, como memoria de la inmersión en el espacio clínico, donde se viabiliza la estrategia y lleva a cabo el *Estudio Controlado Aleatorizado*, amplía su discurso a otros orígenes de lesión en un marco hasta este momento reducido al dominio del ictus.

3.1.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Según su sentido práctico y en función de su propósito como estrategia educativa en el contexto de daño cerebral adquirido, el estudio de naturaleza empírica se clasifica dentro de un tipo de investigación aplicada, guiada por un proceso teórico-práctico con rigor científico basado en las artes, y entendido como estrategia educativa dedicada a la creatividad de este colectivo. De carácter abierto, *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* adapta su diseño y lo modela a lo largo de la inmersión en el campo y puesta en marcha de la acción participativa.

Bajo un paradigma participativo, desde el respeto a la diversidad y siempre incluyendo la pluralidad en la investigación (Marín, 2012) para la interpretación de datos manejados, el estudio integra, a través del diálogo, las distintas perspectivas metodológicas que combinan entre ellas un encuentro directo tanto de nociones con carácter cuantitativo y cualitativo, como las artísticas que en su dominio le pertenecen (Tabla 8).

Entre una rica variedad de datos y tipo de resultados, se comparten convicciones donde se imposibilita abordar desde un único enfoque las posibles relaciones entre creatividad y neurorehabilitación del daño cerebral. Desde una cooperación entre metodologías, sus discursos se complementan para aproximarse a una perspectiva más amplia sobre los resultados obtenidos y la realidad social estudiada.

Se asume una posición parcial y relativizadora en cuanto aproximada a las cuestiones desde un punto de vista determinado. Se tiene presente el lugar que ocupan, y las relaciones establecidas en un sistema horizontal de intercambios, tanto investigadores como participantes.

Llegada la saturación del discurso, para la verificación de hipótesis tomadas al comienzo del estudio, se realiza una sistematización del trabajo de campo a través de la reducción de datos, de su disposición y de la transformación cuantitativa y cualitativa de resultados, de donde se extraen las conclusiones.

Tabla 8: Tipos de metodologías empleadas

metodologías de investigación empleadas

metodología cualitativa

estrategia demostrativa: interpretación convincente sistema de representación de datos y conclusiones: lenguaje verbal, narración, tablas y gráficas

espacio: contexto natural en periodo de rehabilitación

finalidad: aceptación de las sensibilidades posmodernas. ofrecer conocimientos de naturaleza sentiente en el estudio de este tipo de intervenciones. comprender las circunstancias de los procesos involucrados durante las investigaciones y generar un diálogo entre partes

metodología cuantitativa

estrategia demostrativa: experimento empírico. estudio controlado aleatorizado sistema de representación de datos y conclusiones: estadístico

espacio: laboratorio

finalidad: medir con exactitud los resultados que confirmen o refuten las hipótesis de investigación a resolver. establecer normas generales

metodología artística

estrategia demostrativa: símbolo persuasivo y discurso

espacio: laboratorio

finalidad: utilizar el arte como herramienta para la toma de datos y método terapéutico.

sistema de representación de datos y conclusiones: cualidades estéticas, contenidos simbólicos y contenidos psicológicos de lenguajes visuales como la pintura y el dibujo

PUNTO DE PARTIDA Y CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación de un campo de actuación o territorio científico en el que desarrollar la investigación

Se decide intervenir en unidades y servicios dirigidos a la rehabilitación del daño cerebral adquirido.

La relación con el ambiente

La relación con el ambiente es fundamental para acceder a la información manejada durante el estudio. El investigador actúa desde un enfoque manipulador experimental, su inmersión transforma el espacio y las dinámicas de los individuos estudiados. Su participación activa, como medio de aprendizaje durante la puesta en práctica de la estrategia, es imprescindible dentro del carácter exploratorio que le pertenece.

La relación psicológica y física entre el estudioso y el estudiado

Desde la reciprocidad de conocimiento, la empatía y confianza entre emisores y receptores, juega un papel imprescindible durante la acción participativa. Omitiendo el uso de uniformes en el contexto de lo "lúdico", su principal característica radica en establecer un contacto directo y actuar con los participantes de forma cercana. Sin perder la perspectiva del estudioso, se busca un ambiente cómodo y afectivo donde, a partir de las imágenes creadas, generar debates críticos y constructivos en grupo. Al concluir la inmersión en el área, el posicionamiento del investigador pasa de ser participante completo a observador completo donde, con distancia y desde una nueva perspectiva, continúa analizando las realidades experimentadas.

El papel del objeto estudiado

Los participantes son sujetos activos con los que se mantiene una comunicación activa. Todas las actividades diseñadas se basan en la cooperación y concepto de voz del participante como principal estrategia para la producción de datos. Se recurre al empleo de metodologías dialécticas basadas en hallazgos subjetivos que las propias interpretaciones de los estudiados durante la práctica creativa ofrecen durante el estudio.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Inmersión en el área de trabajo

Durante un periodo de tres meses y con un grupo de ocho pacientes con daño cerebral adquirido, la primera intervención se aborda en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias". El principal objetivo consiste en delimitar la muestra, las características y las

finalidades de la intervención definitiva según las necesidades reales del contexto. La recogida de datos se realiza a través de respuestas visuales obtenidas en las prácticas, puestas en común con el grupo y una serie de cuestionarios tanto para los participantes como para sus terapeutas. Los datos de carácter cualitativo se vuelcan sobre gráficas circulares que, también, determinan los resultados obtenidos sobre la viabilidad del método a emplear para el estudio.

Adaptación y rediseño de la propuesta para la futura investigación

Tras la recogida y el análisis de datos durante el estudio de viabilidad, se define el prototipo de pacientes para participar en la intervención y se plantea la necesidad de realizar en la próxima intervención un *Estudio Controlado Aleatorizado* que, por medio del empleo de escalas de valoración clínicas, certifique con rigor científico, las variantes existentes entre el antes y el después de la intervención de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Estudio Controlado Aleatorizado

A través de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* la intervención se retoma durante un periodo de cuatro meses en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar", donde se obtiene una muestra de pacientes con daño cerebral adquirido lo suficientemente amplia para obtener rigor científico en los resultados. La investigación se realiza con un grupo de pacientes experimentales, compuesto por 22 sujetos de los cuales 17 de ellos realizan las pertinentes escalas de valoración para el *Estudio Controlado Aleatorizado*. Sus resultados se comparan en los tiempos y entre los grupos. Por su parte, el grupo control está formado por 16 pacientes. Manteniendo el carácter cualitativo de la investigación, los resultados plásticos también son mecanismo creador de respuestas que generan un sinfín de interpretaciones donde apoyarse para las conclusiones del estudio.

Criterios de la muestra de participantes

Todos los participantes de las intervenciones reúnen unas características comunes: sufrir daño cerebral y continuar en periodo de rehabilitación, su interés y su participación voluntaria en la programación. El menor de los participantes tiene 19 años y el mayor de ellos 76 años.

ANÁLISIS DE DATOS

Objeto de análisis

Como *Estudio Controlado Aleatorizado*, el principal objeto de análisis, son los cambios provocados en el individuo entre el inicio y el fin de la intervención de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*. Según las escalas de valoración seleccionadas tras su estudio, el análisis se centra en la funcionalidad diaria, autoestima, ansiedad y depresión, calidad de vida, habilidades sociales y habilidades ejecutivas de los pacientes.

Objetivo del análisis

El objetivo del análisis se vierte sobre el grado de influencia que la práctica creativa tiene sobre la rehabilitación de pacientes con lesiones cerebrovasculares. A través del contacto con actividades artísticas para estimular la creatividad, se quiere comprender en qué medida se implementa su operatividad y habilidades ejecutivas en cuanto a rehabilitación y rutinas diarias.

Técnicas estadísticas empleadas

Como herramientas de medida, se utilizan escalas de valoración para demostrar las posibles variantes significativas entre el antes y el después de la intervención.

Como herramienta para la representación del *Estudio Controlado Aleatorizado* se utiliza el sistema de *SPSS Statistics*.

Análisis de la información recopilada

La investigación utiliza tablas y gráficas circulares para el estudio de viabilidad, los datos sobre la efectividad también se presentan en tablas que recogen y representan los resultados obtenidos.

Tipo de datos manejados

Se utiliza un método plural donde se combinan tanto datos cualitativos, y cuantitativos, como artísticos. Se comienza con una perspectiva narrativa que genera el diálogo entre argumentos basados en los resultados de las actividades plásticas, formularios, entrevistas y debates realizados durante la acción participativa.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis de los resultados y conclusiones

Pasando de lo cualitativo a lo cuantitativo y de lo cuantitativo a lo cualitativo, al concluir la intervención en el campo y alejados del contexto clínico, se organizan los resultados obtenidos durante la observación participativa: las puestas en común y las notas de campo, los resultados plásticos recogidos en cada propuesta, los cuestionarios y las escalas de valoración.

Finalidad y aportaciones

Aportar conocimiento sobre la influencia que tiene el dominio de la didáctica artística en el contexto del daño cerebral adquirido. El diseño de programas artísticos como contenidos hábiles para contribuir a la operatividad de este colectivo durante su periodo de rehabilitación y praxis diarias. Dar a conocer y apreciar el arte no sólo como una vía de expresión, comunicación, conocimiento y disfrute sino, además, como estrategia para la mejora competitiva de servicios dedicados a la

neurorrehabilitación específica y la recuperación de habilidades ejecutivas afectadas tras el daño cerebral adquirido.

Presentación de los resultados

Los resultados recogidos se presentan desde una perspectiva narrativa lineal en el tiempo, que abarca tanto los contenidos de carácter cualitativo como cuantitativo. En ella se genera un diálogo entre los distintos hallazgos obtenidos que permiten alcanzar una visión específica y global sobre los resultados alcanzados en esta investigación.

Divulgación de los resultados

La difusión de los resultados se plantea desde la publicación de artículos científicos, participación en congresos, conferencias, charlas, exposiciones y talleres practico-teóricos.

3.1.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Con objeto de incrementar los conocimientos científicos para el bienestar social y personal de este colectivo, arte, educación y salud se vinculan para el fomento de recursos producidos para la calidad de vida de individuos con ictus y otros tipos de daño cerebral adquirido.

De lo particular a lo general, y sin centrarse en una única perspectiva, en su evolución y desarrollo, las hipótesis, al igual que los objetivos, con el tiempo toman su forma definitiva.

Los objetivos, se dividen en generales y específicos. Dentro de su generalidad también se pueden subdividir en los intereses que desde la separación de sus partes nos ofrecen. En cuanto específicos, corresponden a los propósitos planteados por *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*.

Del mismo modo, se pretende contribuir desde el arte y la educación a la autonomía e independencia de esta comunidad, a la mejora competitiva y máxima calidad de los servicios sociales prestados a la misma. Se procura subrayar la importancia de educar la creatividad como mecanismo funcional que permite al paciente desarrollar su sensibilidad imaginativa y, de este modo, aumentar el número de perspectivas y con ello habilidades ejecutivas para afrontar la resolución de problemas durante el desarrollo de terapias paralelas. Introducir nuevos recursos artísticoterapéuticos, dirigidos a la reinserción cognitiva, psicológica y social de pacientes de mediana edad que han sufrido infartos o derrames cerebrales. Activar y reforzar a través de la actividad artística, los ciclos de percepción y acción que, en contra de déficits como la apraxia, incrementan sus habilidades ejecutivas y definen a cada individuo en su medio.

Objetivos generales

Con objeto de fomentar la autonomía e integración social de pacientes que hayan sufrido accidentes cerebrovasculares, la investigación pretende cuantificar en qué medida la implementación de programas educativos desde una perspectiva artístico-terapéutica, dedicados a estimular la creatividad, puede contribuir al incremento cualitativo de conocimientos científicos, que enriquezcan la operatividad y permitan el máximo rendimiento de procesos asistenciales de daño cerebral adquirido. Fomentar estimular los ciclos de percepción y acción a través de la práctica artística, el debate y el libre albedrío de personas con daño cerebral adquirido. Enriquecer la operatividad y eficacia de su periodo de rehabilitación desde la introducción de nuevos recursos artístico-terapéuticos dirigidos a la reinserción cognitiva, psicológica y social de adultos que han sufrido infartos o derrames cerebrales. Cuantificar en qué medida, la implementación de programas educativos dedicados a estimular el pensamiento creativo desde una perspectiva artístico-terapéutica, pueden aportarnos datos, que enriquecen el rendimiento de procesos asistenciales para pacientes que han pasado este tipo de trauma.

Por un lado, aportar mediante la práctica artística, un estímulo y motivación a pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Y por otro, comprender en qué grado, la creatividad del paciente puede contribuir a sus habilidades ejecutivas, y su flexibilidad conductual y cognitiva, durante la práctica paralela del resto de terapias.

Se pretende un modelo como método general a través de diecinueve enunciados, que sirven como propuestas adaptables a las necesidades de las diferentes direcciones que puede tomar el daño cerebral adquirido. Se asume un acercamiento a través del lenguaje plástico a la realidad, sentimientos y psicología de individuos que han sufrido este tipo de golpes.

Objetivos específicos

En marcos donde la actividad motora, logopeda, psicológica o funcional, prevalece por la repercusión de su necesidad ante los déficits que, el ictus presenta a primera vista, desde cualquier área de estudio y en cualquiera de las fases que esta enfermedad conlleva, aguda, postaguda o crónica, se gira en torno a devolver la independencia-libertad-dañada tras el accidente. Los primeros meses, se dirigen a recuperar las capacidades perdidas y a aproximar al individuo (B) lo máximo posible a su estado original (A). Una vez alcanzada la estabilidad del cuadro, aproximadamente a partir del sexto mes, en la fase crónica se trabaja la adaptación de la situación funcional residual.

Por medio de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* se pretende:

Demostrar la habilidad e importancia de continuar produciendo de manera creativa tras sufrir daño cerebral adquirido en cualquiera de los hemisferios cerebrales.

Plantear un espacio dedicado a la toma de decisiones bajo enunciados propuestos por la actividad artística que, disfrazada de juego, a su vez sirve como pretexto para franquear una terapia cuyo punto de partida y principal dificultad se base en la libertad de elección del paciente.

Analizar la motivación, atención, interés, integración grupal y conexión emocional de los pacientes durante la intervención de estrategias creativas. Sus experiencias positivas y negativas durante la práctica artística.

Conocer en qué medida estimular el pensamiento productivo de personas con daño cerebral adquirido puede contribuir a través de la práctica creativa a su operatividad mediante los ciclos de percepción-acción propuestos durante *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*:

Utilizar la práctica creativa como medio de comunicación para los demás y para con uno mismo.

Reforzar los ciclos de percepción-acción mediante proyectos creativos.

Estimular la capacidad de ver nuevos y diferentes significados ante un mismo estímulo.

Ofrecer mecanismos de respuesta para interpretar según criterios personales los estímulos presentados.

Educar mediante la pintura, el dibujo y el diálogo, a crear y respetar diferentes significados ante un mismo estímulo.

Ofrecer lenguajes visuales como método para la expresión de emociones, sentimientos y vínculos sobre la realidad.

Enseñar a regular las propias acciones a través de la práctica creativa.

Proponer percibir e interpretar estímulos mediante esquemas conocidos.

Construir un espacio donde poner en estado consciente la información poseída.

Construir un espacio donde manifestarse abiertamente.

Educar a tomar la realidad como puerta de acceso a la memoria.

Ayudar a actuar desde la memoria como conjunto de posibilidades de acción.

Hipótesis

Este listado de objetivos parte de dos hipótesis desplegadas en 2015 en el Hospital Dr. Moliner y 2016 en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias":

La muerte de los conocimientos adquiridos al sufrir un accidente cerebrovascular puede suponer una reconstrucción de la creatividad perdida a lo largo del proceso de estandarización social.

Hasta qué punto, el desarrollo de la creatividad individual en pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares puede suponer una mejora en el desarrollo de otras actividades como la terapia ocupacional.

La primera hipótesis se desecha al principio de la inmersión en el campo, la segunda evoluciona y toma su forma definitiva:

Incluir la intervención artística y praxis creativa en el protocolo de neurorrehabilitación puede contribuir, a través de la educación y el arte, sobre la mejora de habilidades cognitivas y ejecutivas que permiten, a través del refuerzo de vínculos del individuo con su entorno, ofrecer la máxima operatividad de personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares en su periodo de rehabilitación.

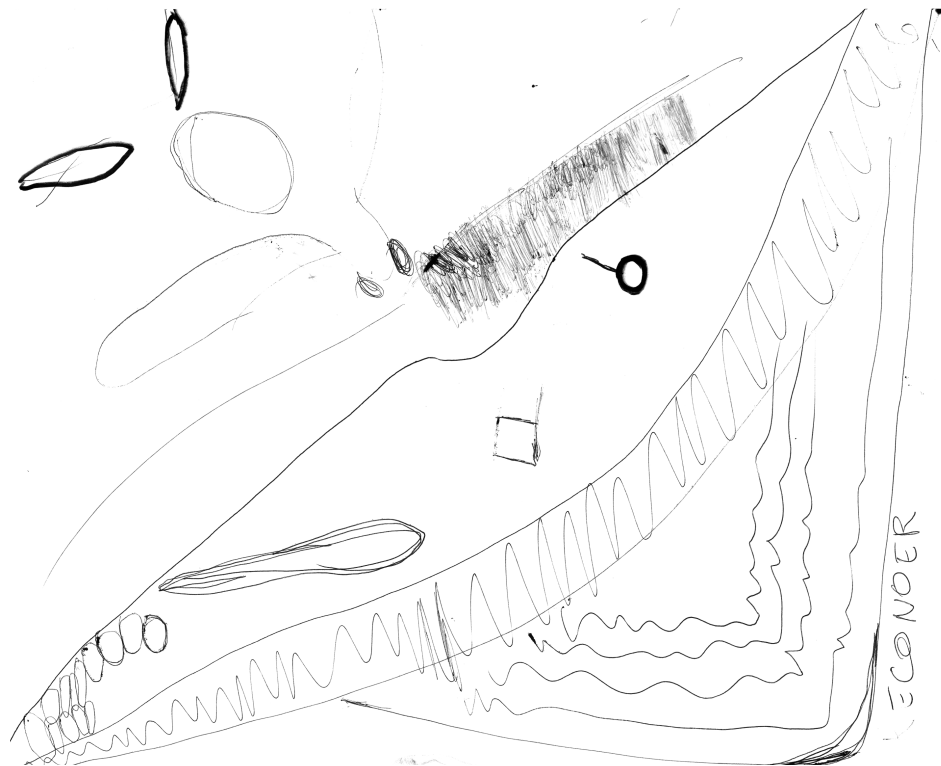


Imagen 31 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Silencio, Mi gran amigo silencio*

3.2. INMERSIÓN EN EL ÁREA DE TRABAJO

3.2.1. PUNTO DE PARTIDA: PRIMERAS PISTAS PARA LA ESTRATEGIA

Despertados en esta realidad y abordada desde una perspectiva temporal, ocurre algo parecido al recorrido teórico realizado sobre las intervenciones artísticas con individuos que sufrieron ictus. La experiencia es similar: primero se enfoca sobre los déficits que, por lo tangible, visibilizan la existencia entre un antes (A) y un después (B) en las capacidades y, en consecuencia, por sus silencios, en la nueva perspectiva que se tiene de la realidad. Se experimenta en primera persona, un nuevo tipo de aprehensión a la realidad. El ideario plástico e imaginado puede modificarse por completo. Se considera por primera vez, el significado de cambiar de circunstancia. Se recogen las pruebas. Todo ello, finalmente, desemboca en los beneficios que desempeña la práctica artística. El interés pasa de ser la obra (objeto) como producto y recae en la acción (sujeto) de producción del producto.

En el Hospital Universitari i Politècnic La Fe (2014) durante las primeras semanas del ictus de la participante alfa (1 o 2 semanas), la escritura demuestra déficits en dos sentidos: se percibe una heminegligencia visual en el lado izquierdo óptico que, con el paso de los días, mengua. Por otro lado, llama la atención la alteración producida en la percepción de la realidad, desde más allá de la forma, las palabras emiten la falta de conciencia sobre la circunstancia que, con el tiempo, en este se mantiene. Superado el primer mes (entre 4 y 6 semanas), en el Hospital Dr. Moliner (2014-2015), se introducen otros lenguajes como el dibujo, permitiendo, en relación a los medios, presentar al individuo desde su nueva identidad.

Sujeto a enunciados libres, la estética y bagaje de contenidos manifestados en el soporte, una vez más, infieren por completo sobre las temáticas que, previamente al ictus, la participante solía abordar. La práctica creativa, como parte de las actividades previas al accidente cerebrovascular, permite demostrar un cambio de perspectiva en su posición frente al medio.

Tabla 9: Primeras pistas para la inmersión en el campo

pistas y primeras relaciones
identificación del déficit perceptual
identificación de la falta de conciencia sobre el déficit
identificación del cambio en el ideario creativo★
interpretación de los contenidos

Estoy Feliz de
formar parte de
esta época

me gusta como son
las personas la familia

pero que todo tiene su ^{sense}
de ser todo está
aquí bajo una
misión

me gusta estar con familia
del mundo de
Tiziano Terzani

de la vida con
el cereal completo
día de cumpleaños

me gusta los profesores
me gusta sus hijos
como a menudo que
a menudo

su forma de comunicar
su experiencia
y enseñar a sus
hijos

a convertir este
mundo en un lugar
mejor para todos.
Quiero que el
porvenir sea hijo
de una estirpe de
personas
todas magnificas como
las que en estos
dias fue
mis palabras ~~estaban~~ ~~redondeadas~~
un elegio a la vida por que la
amaba y quiero disfrutar
lucha con mis ^{tipos} ~~tipos~~ ~~shomatos~~
mis amigos
un compañero
mis madres

Imagen 33 (2014): Identificación de heminegligencia visual y de falta de conciencia sobre la circunstancia unos días después de sufrir el ictus II

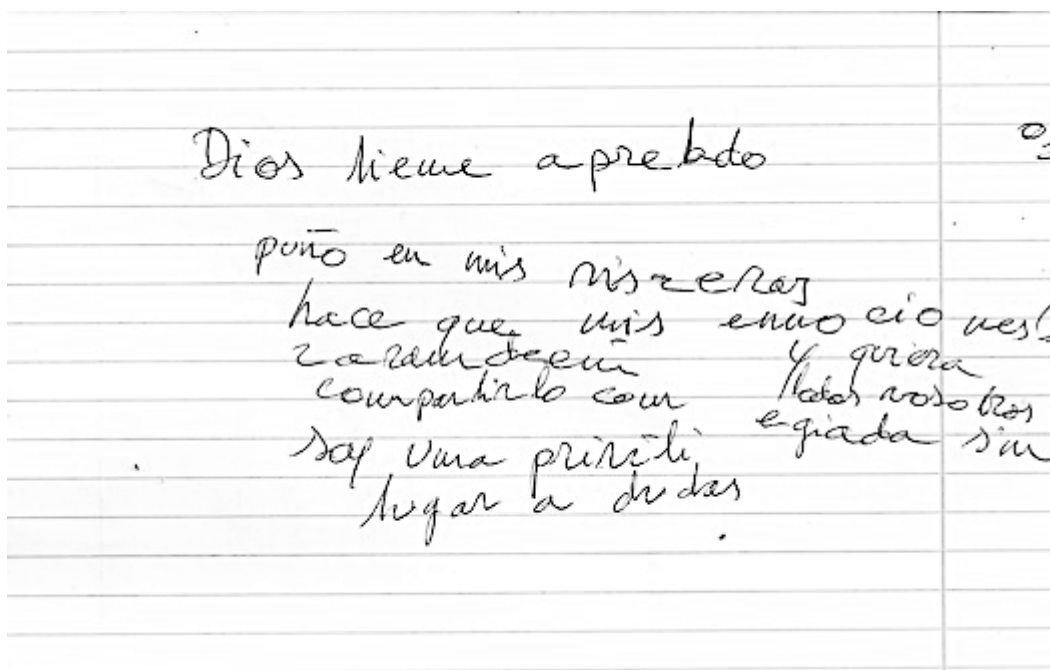


Imagen 34 (2014): Identificación de heminegligencia visual y de falta de conciencia sobre la circunstancia unos días después de sufrir el ictus III

A pesar de la heminegligencia visual denotada por el desorden, ocupar únicamente el lado derecho del espacio y amontonar en él el contenido, las palabras siguen conectándose entre ellas con sentido, y ofreciendo un discurso cuanto menos llamativo al proceder de alguien que acaba de sufrir un ictus. Se remarca la lejanía desde la que el emisor percibe la circunstancia, el desapego, despreocupación o comodidad sentidas; casi felicidad. Entre la abstracción de muchos pensamientos, se habla de esperanza, perspectivas de futuro y amor.

Por otro lado, al intervenir el dibujo, se manifiesta un cambio brusco en el ideario creativo que la participante alfa tiene antes de sufrir el ictus. Entre tantos vínculos donde elegir y, en este caso, manifestados sobre el soporte, El lenguaje personal plástico demuestra definitivamente ser el fruto de relaciones entre circunstancia interna y circunstancia externa, percibir y emitir lo que se es. Aunque los materiales empleados no son los mismos (antes del accidente, produce mediante el collage y técnicas mixtas, y, posteriormente, emplea el dibujo), la principal diferencia recae en el tipo de mensajes y formas empleadas. La heminegligencia visual disminuye. Los contenidos pasan de ser abstractos, geométricos, cerrados en su significado, a una contundente iconografía de formas que representan infinidad de figuras imaginadas y que, a su vez, sin terminar un recorrido cerrado, parece quieran contar algo concreto y alejado de lo genérico.

Entre la compensación de pesos visuales a nivel estético, el ideario creativo pasa a contener mensajes precisos sobre una nueva perspectiva donde entre su simbología, se representan imágenes y

formas orgánicas que remiten a la feminidad y maternidad, burlas, autorretratos y la deformación del cuerpo humano; sin manos, sin piernas, sin cabeza, mutaciones, animales e insectos, lágrimas, miedo y sufrimiento (Imágenes 51-69); todo lo contrario a lo dicho y no expresado, por las pocas palabras de nuestra primera referente.

Como precedentes para la investigación empírica, a continuación, se exponen una serie de obras. Por un lado, seis piezas que corresponden al antes del infarto de la participante alfa, y por otro, veintidós dibujos seleccionados y realizados en A3 tras el accidente cerebrovascular.

Al continuar la investigación, la heterogeneidad de casos pronto desestima la posibilidad de que exista un incremento en la capacidad creativa individual, y la memoria imaginaria transferida ayuda a comprender la existencia de un antes y un después en términos de identidad y relaciones con el medio tras el ictus. Aquí el punto de partida para el futuro planteamiento de hipótesis.



Imagen 35 (2011): I Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; II Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; III Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; IV Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; V Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; VI Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa



Imagen 36 (2015): Dibujo I del estilo plástico post-ictus de la participante alfa

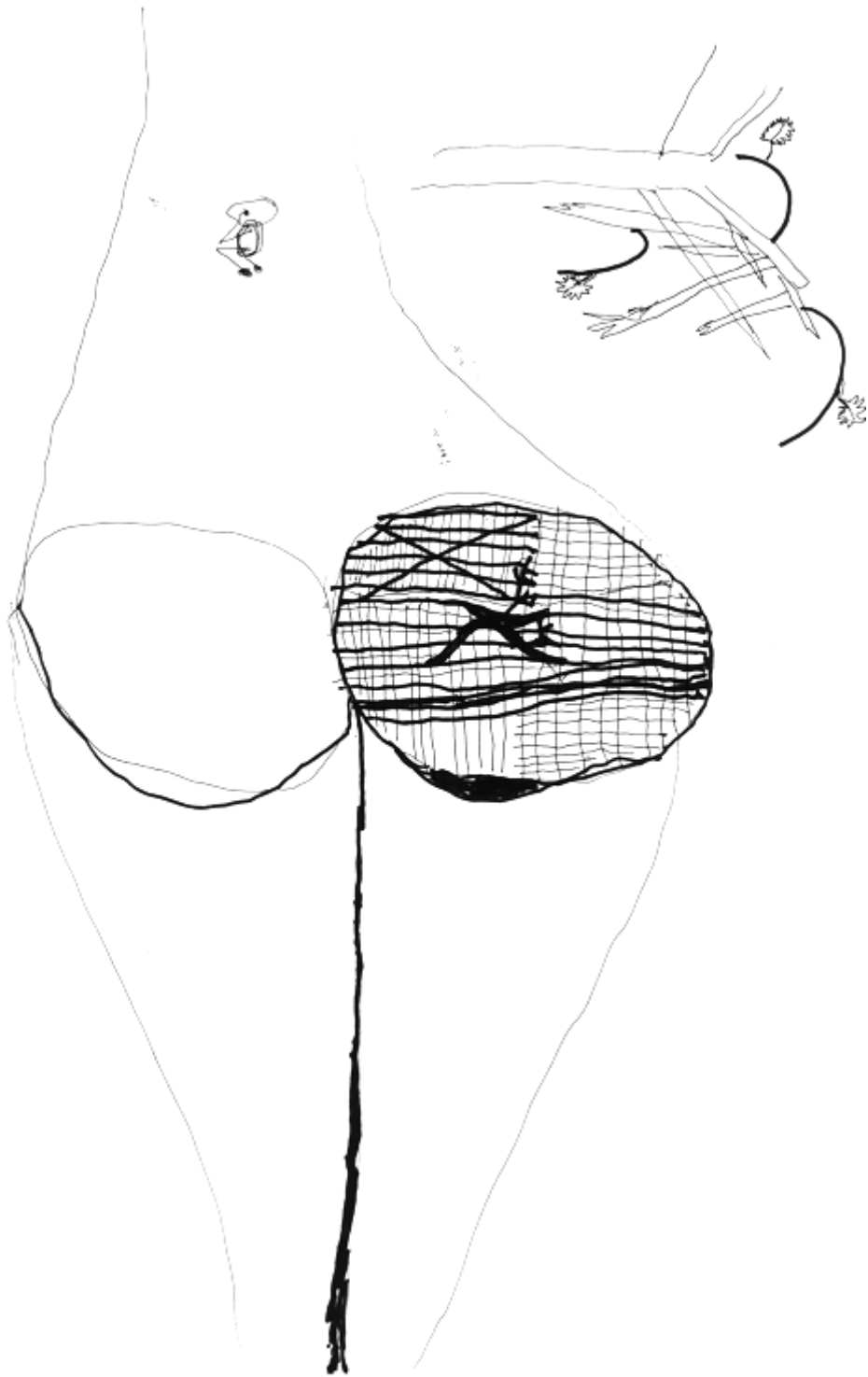


Imagen 37 (2015): Dibujo II del estilo plástico post-ictus de la participante alfa

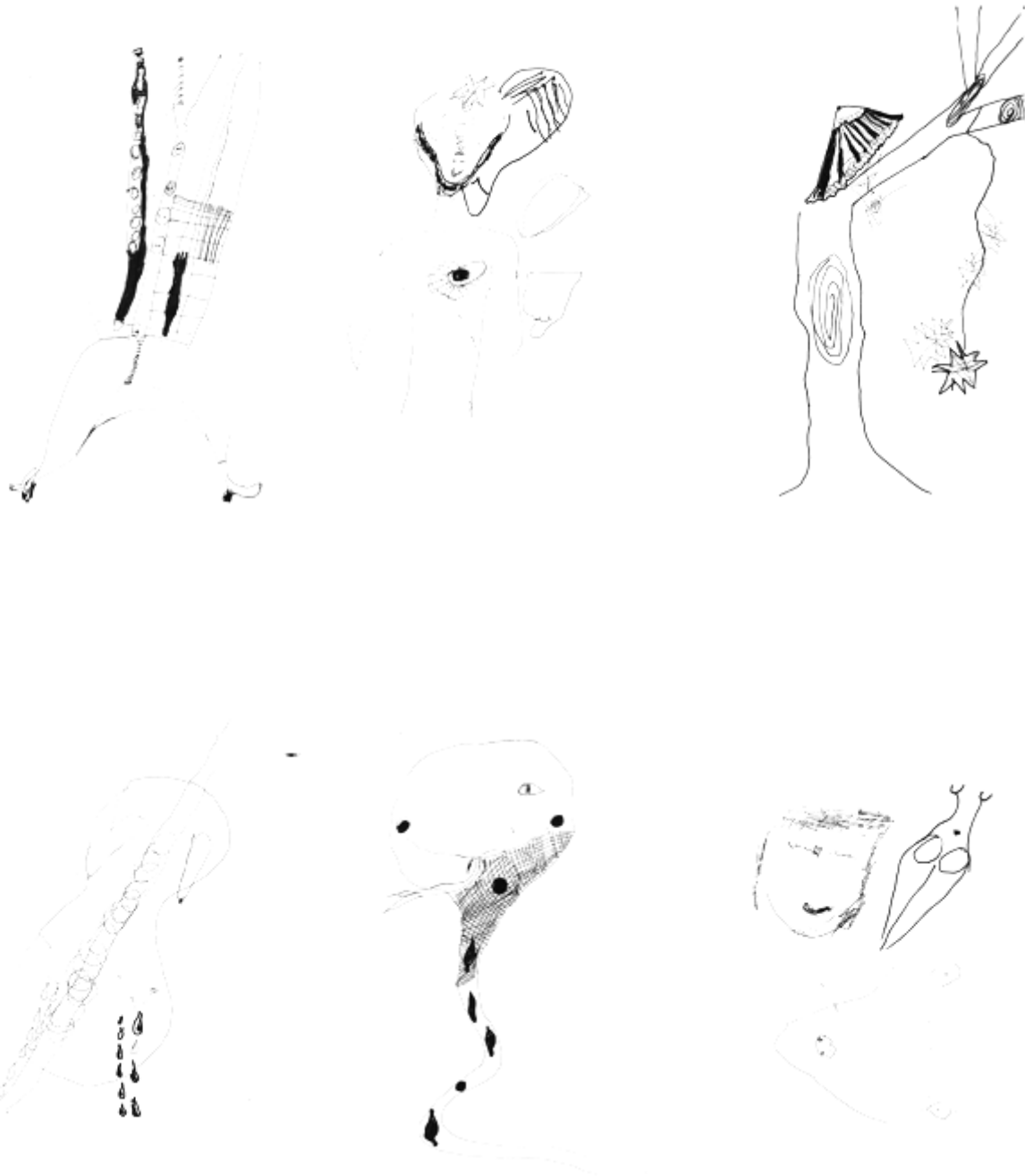


Imagen 38 (2015); Dibujo III del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo IV del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo V del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo VI del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo VII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo VIII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo IX del estilo plástico post-ictus de la participante alfa



Imagen 39 (2015): Dibujo X del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XI del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XIII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XIV del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XV del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XVI del estilo plástico post-ictus de la participante alfa;

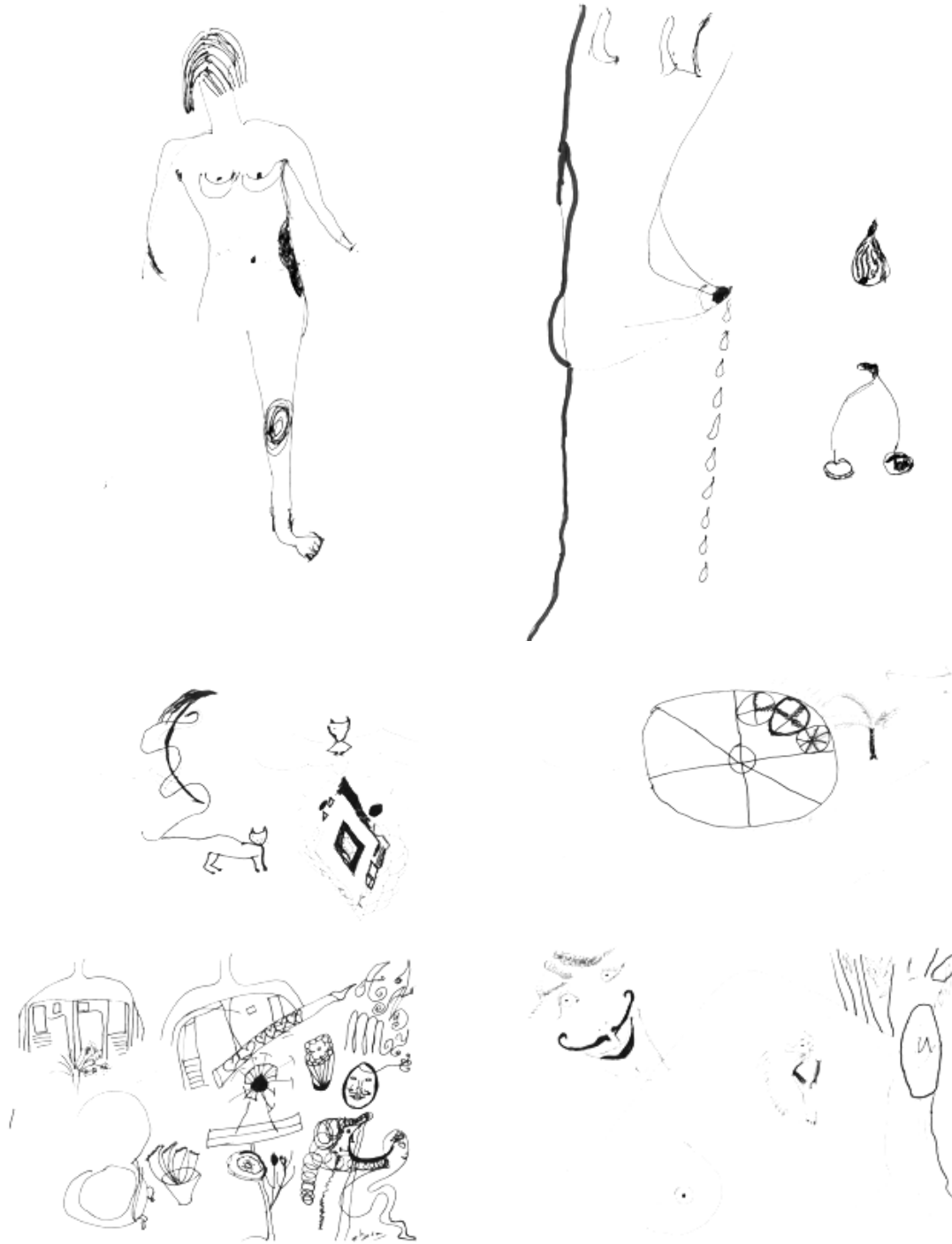


Imagen 40 (2015): Dibujo XVII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XVIII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo del estilo plástico post-ictus de la participante alfa XIX; Dibujo del estilo plástico post-ictus de la participante alfa X; Dibujo del estilo plástico post-ictus de la participante alfa XI

3.2.2. ESTRATEGIAS CREATIVAS PARA NEURORREHABILITACIÓN

"Sin la subjetividad, la creatividad no habría florecido y no tendríamos canciones ni pintura ni literatura" (Damasio, 2014b, p. 21).

Alejados de buscar "cosas bonitas" o una estética ya intrínseca a su práctica, tomando la subjetividad como base, desde *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*, programa encajado en el ámbito de la arteterapia en Valencia, el antojo da forma a las ideas, se apropia de sus significados y ejercita el pensamiento creativo necesario para idear posibilidades a través de pretextos como la pintura y el diálogo.

En contradirección de lo que se conoce como arte tradicional, decorativo o puramente retiniano, se toma una nueva vía de acción artístico-terapéutica, donde el valor de su sentido recae en la actitud mental, que implica poner en marcha la creatividad de pacientes con daño cerebral adquirido en periodo de rehabilitación. Un paso más sobre el incremento cualitativo de conocimientos que, también como inteligencia sentiente, enriquecen la operatividad del individuo en su medio y aumentan el rendimiento de procesos asistenciales dedicados al cerebro.

Pretendiendo conquistar la motivación y confianza de sus participantes por medio de estímulos lo suficientemente competentes, el objeto del programa torna en contribuir sobre la independencia y emancipación de personas con daño cerebral adquirido. Gestar por medio de la práctica creativa nuevos vínculos entre el yo y su entorno circundante. Inputs y outputs que conforman los ciclos de percepción y acción, y refuerzan la identidad de pacientes con este tipo de enfermedades que les impiden desenvolverse libremente en el medio.

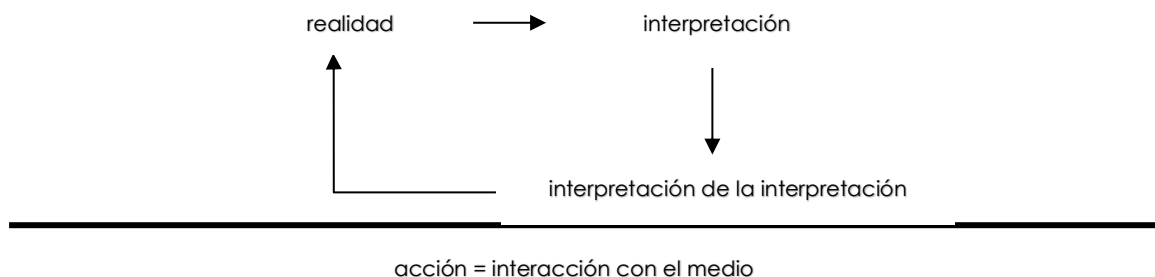


Figura 6 (2019): Método de intervención

Como explica Marina (2011), "la actividad creadora comienza con la elaboración del proyecto" que conecta el yo recurrente con el yo ejecutivo (p. 173). Cualquier tipo de pensamiento es un punto de salida para la acción. En este sentido, por medio de la práctica artística se educa la capacidad individual de idear posibilidades en el pensar y en el actuar.

En una cultura afectada por sistemas basados en el orden y la estandarización de respuestas, los distintos lenguajes plásticos entran en juego como terapia que pretende independizar la mirada para

la generación de respuestas personales. Reacciones ante la constante búsqueda de verdades aparentes y comunes para todos. *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* es un terreno donde no hay posibilidad ni margen para las equivocaciones, pues tampoco lo hay para las "normas", se sugieren un grupo de 19 actividades que evitan las reacciones automáticas, generalmente provocadas por miedos tan básicos como el error o lo no conocido.

La dificultad del sentido de la estrategia recae en la propia libertad de pensamiento como método de aprendizaje por descubrimiento o por uno mismo. Un lugar donde la toma de decisiones y el libre albedrío, se convierten en protagonistas por medio de la apropiación e interpretación de distintos referentes visuales, auditivos y conceptuales propuestos a lo largo de las actividades encargadas de reivindicar abecedarios personales.

Para ello, se utilizan metodologías didácticas basadas en un juego que recurre a la abstracción y otras corrientes dadaistas llevadas a la praxis y, a su vez, permite destacar la tolerancia y flexibilidad implicadas en las necesidades de este colectivo sometido, que combate la ambigüedad de una nueva realidad física, emocional y psicológica. Sin buscar resultados concretos a lo que estética o técnica se refiere, interesa todo lo que se mueve durante "la acción", se busca la intención, el proceso de poner en marcha el pensamiento y con ello, los sentimientos, el cuerpo.

Sujeto a las primeras pistas y ajustado el máximo posible a los déficits y necesidades que presentan el estado cognitivo, el estado motor, el estado emocional y el nivel de independencia mental de estos individuos, el programa de naturaleza empírica, a través del arte, educa funciones de la mente que guían el pensamiento creativo/productivo: la percepción y la expresión como acción, junto a la memoria y la proyección, que implican otras funciones cognitivas del razonamiento: atención, lenguaje, inteligencia, creatividad y libertad.

3.2.2.1. CONTEXTO Y PERSPECTIVA: LA INTERPRETACIÓN COMO MÉTODO

La realidad se ha convertido en una suma de ficciones cotidianas que suplantán la captación personal e individualizada de las impresiones propias de cada sujeto [...]. Y con ello, la creatividad, la imaginación autónoma o la invención innovadora son arrasadas mediante un control de lo correcto. (Muñoz, 2011, pp. 59-60).

Parece ser que los griegos fueron ciegos al azul, que todavía hoy existen tribus que sólo cuentan hasta cinco o que la concepción de «blanco», no es la misma para un "ciego al color" (Wittgenstein, 2013, p. 4). Esto no significa que ninguno de ellos sea capaz de percibir la realidad, el individuo, desde cualquiera de sus perspectivas, no siente "la necesidad de definir lo que así no se define" (p. 37). Todo lo describable, puede describirse de otra manera.

Se advierte que, entre sujeto y objeto no hay exactitud. Esta situación lleva a la búsqueda de mediadores como el lenguaje, que aseguran un falso reflejo sobre la idea que se acaba teniendo de

«rojo», por ejemplo. Se da a lo irreal un sentido de real mediante la construcción de sus palabras. La realidad de color, delimitada por la aprehensión del sujeto, se acota por su contexto y por la producción de su forma.

Indiferentes al conocimiento puro, la sociedad se conforma y se educa con un sentido limitado de la propia realidad, olvida ser la creadora de lo consagrado a través de las palabras. Los individuos como constructores no recuerdan, por costumbre, convertirse en responsables de escoger de entre las libres posibilidades que la naturaleza, aquí el arte, le presentan.



Imagen 41 (2019): Obra de Duchamp: *La fuente* (1917)

Capaces únicamente de comprender lo que se llega a comprender, y por ello definir lo que se puede definir, lúcidos de la ceguera, el ser humano manifiesta la imposibilidad de poseer una verdad única, el sentido unívoco de términos «blanco», «rojo» o «azul», por ejemplo.

Desde esta perspectiva sobre todo ver pasivo, se esconde un ver activo, que interpreta viendo, ve interpretando y construye las ideas. Un ejercicio de carácter mayéutico que recae sobre un abanico de interrogantes despertados de manera individual a cada participante por medio de la práctica creativa.

A través de la creatividad implicada en la praxis artística, se evidencia la no determinación de los estímulos ante la percepción total del individuo, en este contexto, los estímulos son "pretextos donde se puedan leer los propios textos" (Marina, 2011).

3.2.2.2. ARTETERAPIA Y SUBJETIVIDAD

Entre el sujeto y el objeto, no hay ninguna causalidad, ninguna exactitud, sino a lo sumo un extrapolar abusivo, un traducir balbuciente a un lenguaje extraño, para lo que se necesita una fuerza mediadora, que es nuestra fantasía. La fuente original del lenguaje y del conocimiento no está en la lógica, sino en la imaginación. (Nietzsche, 1873, p. 30).

Marina (2011) proyecta la subjetividad individual como máximo despliegue de la inteligencia creadora. Capaz de recibir, elaborar y producir respuestas efectivas ante la información que se presente, da lugar a la no interferencia entre realidad y sujeto. Permite ser blandos, flexibles, maleables,

confiar en la naturaleza individual. Dejarse llevar en las dinámicas del inconsciente y abandono a lo desconocido, no intentar abarcarlo todo, interfiriendo continuamente en el ser.

Si durante los primeros nueve meses de embarazo se tuvo todo a disposición, y el sentido de ser estaba completo sin tener que hacer nada, porqué interferir ahora.

“El arte, «una especie de culto a lo falso», se basa en «la voluntad de ilusión» (V, 149)” (en Vaihinger, 1996, p. 64), aprovecha esta brecha en un mundo de ilusiones olvidadas que lo son (Garrido, 1998, p. 11).

Inherentes a pedagogías como la abstracción y otras praxis vinculadas a la vanguardia artística, el *art brut*, el dadaísmo o el arte conceptual, por ejemplo, la práctica creativa, camuflada en lo lúdico, podrían ejercitar la mente y la creatividad para las praxis cotidianas. Desde el discurso de la subjetividad, descontextualización o reinterpretación, se presenta un modelo de arteterapia, lejano a lo tradicional, la copia o la mimesis.

Un lugar donde sin filtros abrir posibilidades entre los diálogos que continuamente genera el yo con la naturaleza. Se toma y apropia la realidad para ser interpretada y sobre sus interpretaciones, volverse a interpretar mediante el diálogo y la acción artística, visibilizando la cantidad de puntos de vista y posibilidades de acción que, un individuo, desde cualquier circunstancia, tiene frente a su realidad.

A partir de ahora, olvidada la mera copia, la práctica artística abre camino a jugar en el terreno del daño cerebral adquirido con las imágenes, los sonidos, las palabras, los sentimientos y los pensamientos necesarios, para generar diálogos con uno mismo y con el entorno.

3.2.2.3. PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

La atención es la fuente del resto de funciones cognitivas: selecciona la información, las memorias y las acciones. Por ello la importancia del envoltorio que presenta el contenido de las actividades de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

El programa parte de tres enunciados (Figura 7) que dirigen su discurso abordado desde diferentes perspectivas: la percepción y la expresión, por un lado, como único bloque, y la memoria y la proyección, por otro. Aunque separadas, todas ellas en busca de los objetivos generales, se propone un conjunto de 19 actividades que suscitan en el receptor, una amplia gama de posibilidades de acción, la necesidad de hacerse preguntas personales sobre las propiedades internas de lo que se acaba tomando como realidad, un conjunto de talleres donde la puesta en duda de lo prestablecido se convierte en la principal herramienta que conduce a la creatividad individual y libertad personal.

percepción y expresión

memoria

proyección

Figura 7 (2019): Bloques abordados por *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Con el tiempo, el contenido de las actividades se adapta a las necesidades del daño cerebral adquirido y los déficits que principalmente presenta, entre ellos un dominio en las alteraciones en el estado y flexibilidad cognitiva-conductual de los pacientes: impulsividad o problemas en la expresividad, dificultades en la atención y la memoria, en la planificación, y limitaciones en resolver situaciones conocidas o novedosas con éxito.

percepción y expresión

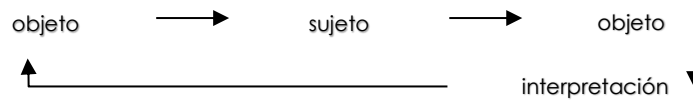


Figura 8 (2019): Direcciones de la estrategia durante el primer bloque

La primera parte del programa se divide en dos subtítulos: imagen y sonido. Durante las primeras sesiones, los componentes del grupo interpretan por medio del empleo de elementos compositivos como el color y la forma, los distintos referentes visuales propuestos. Siguiendo el mismo discurso, durante las últimas sesiones se aumenta la distancia y nivel de subjetividad entre los sujetos y los objetos. Los participantes deben realizar con tinta china y empleando tan solo la línea como recurso expresivo, los diversos referentes auditivos presentados. En esta unidad, se plantea la búsqueda de significados personales, también deben representar mediante manchas, líneas, colores y formas compositivas, un conjunto de conceptos que, por sorteo o mayoría de grupo, se eligen en las distintas sesiones. En un clima de confianza, las puestas en común al concluir cada sesión toman mayor protagonismo, son decisivas para completar los objetivos marcados por cada actividad. Los debates sobre cada ejercicio suelen ser sobre las diversas interpretaciones obtenidas en la propuesta y sirven como medio para que los pacientes compartan capítulos destacables de sus historias de vida, y también, subrayen la variedad de opciones, caminos únicos e individuales, que un mismo enunciado puede tener.

percepción, expresión y memoria

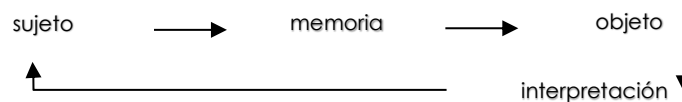


Figura 9 (2019): Direcciones de la estrategia durante el segundo bloque

Durante el transcurso de estas sesiones las actividades se dirigen a saber extraer información de la memoria a corto y a largo plazo. Los participantes actúan desde su almacenamiento de datos como conjunto de posibilidades de acción, se pone en estado consciente la información poseída, se aprende a utilizar la realidad como puerta de acceso al banco de memoria y a ejercitar la atención interpretando estímulos mediante esquemas recordados o imaginados. Las puestas en común se acentúan a medida que avanza el programa.

percepción, expresión, memoria y proyección

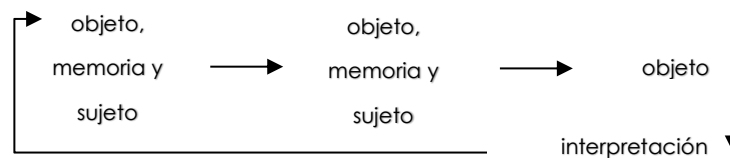


Figura 10 (2019): Direcciones de la estrategia durante el tercer bloque

Marina (2011) explica que, «los proyectos son la expansión del ámbito de la subjetividad» (p.165).

Este último bloque se diferencia de los anteriores porque incrementa una dificultad: durante el transcurso de varias sesiones se lleva a cabo una misma actividad. Hasta este momento, todas las prácticas planteadas, aunque se repitieran durante varios días diferentes, empezaban y acababan en la misma sesión.

Con intención de estimular la atención y programación a largo plazo, esta última parte del programa se dedica a realizar un proyecto plástico que recopila la puesta en práctica de todos los recursos trabajados hasta la fecha. Un tercer bloque dedicado a que cada paciente ponga en marcha, a través de la memoria experimental, el conjunto de capacidades adquiridas durante el resto de prácticas abordadas en el programa. Los pacientes trabajan su flexibilidad cognitiva y conductual mediante su adaptación a la propuesta.

3.2.2.4. OBJETIVOS

Utilizar la práctica creativa como medio de comunicación para los demás y para con uno mismo.

Reforzar los ciclos de percepción-acción mediante proyectos creativos.

Estimular la capacidad de ver nuevos y diferentes significados ante un mismo estímulo.

Ofrecer mecanismos de respuesta para interpretar según criterios personales los estímulos presentados.

Educar mediante la pintura, el dibujo y el diálogo, a crear y respetar diferentes significados ante un mismo estímulo.

Ofrecer lenguajes visuales como método para la expresión de emociones, sentimientos y vínculos sobre la realidad.

Enseñar a regular las propias acciones a través de la práctica creativa.

Proponer percibir e interpretar estímulos mediante esquemas conocidos.

Construir un espacio donde poner en estado consciente la información poseída.

Construir un espacio donde manifestarse abiertamente.

Educar a tomar la realidad como puerta de acceso a la memoria.

Ayudar a actuar desde la memoria como conjunto de posibilidades de acción.

3.2.2.5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Bloque: percepción y expresión (**actividades 1 y 2**)

Título: interpretación de obras

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: interpretar sobre acetato las imágenes de las obras propuestas

Materiales: papel de acetato A2 y A3, fotocopias de las obras y acrílicos de color + herramientas

En estas actividades se presentan las primeras nociones sobre la dirección que, poco a poco, irá tomando *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*. En función de su fantasía única, y como ejemplos que servirán para introducir el significado de apropiación, interpretación y subjetividad, se toman como referentes una serie de obras vanguardistas alejadas de cualquier tipo de predisposición a la copia o pretensión mimética.

Se pretende, sobre el acetato los participantes seleccionen, descarten, modifiquen o eliminen, algunas partes de las referencias compositivas tomadas. Introduzcan nuevos pesos visuales y varíen los actuales para componer resultados personales que, entre diferentes puntos de vista, abran paso al diálogo y a la comunicación del grupo.

Tras explicar la actividad y argumentar la importancia de interpretar con los colores y las formas desde una perspectiva individual y subjetiva, se comienza la toma de decisiones: cada participante, según sus gustos y preferencias, elige una de las obras para el comienzo del taller.

La primera sesión es abordada en A4, la siguiente, introduciendo el uso de nuevos formatos en A3. En ambas sesiones se recogen los mismos contenidos de manera que los participantes tengan tiempo suficiente para asimilar el modelo de terapia propuesto.

A continuación, se muestran las obras tomadas como primeros referentes para la libre interpretación de los participantes a través de la pintura (Imágenes 71).



Imágenes 42: Obras utilizadas como referentes para la interpretación de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*: Divididas en cuatro columnas de arriba abajo y de izquierda a derecha: Robert Delaunay, *Formas circulares* (1930); Henri Matisse, *La danza* (1910); Henri Matisse, *La alegría de vivir* (1906); Vasili Kandinsky, *Estudio de color, cuadrados con círculos concéntricos* (1913); Vasili Kandinsky, *Composición IV* (1913); Jean Dubuffet, *Epanouissement* (1984), Henri Matisse, *Retrato de Lydia Delectorskaya* (1947) y Henri Matisse, *Desnudo azul* (1952).

Bloque: percepción y expresión (**actividad 3**)

Título: juego de frutas

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: naturalezas muertas como referente para, seleccionar, ordenar y componer nuevas realidades

Materiales: bodegón, papel grueso a3/a2 y acrílicos de color + herramientas

Sujetos a un bodegón de frutas, en esta actividad nuevamente se propone reconstruir escenas imaginarias (figurativas o abstractas). Se introducen elementos tridimensionales que, además de la vista, ponen en juego otros sentidos como el gusto, el olfato y el tacto. Los resultados obtenidos pueden variar desde aquello a lo que los colores remiten, hasta lo que el propio sabor de cada fruta puede despertar en ellos (utilizarlos como pretextos), para construir con pintura, escenarios personales sobre el papel. La atención de la sesión recae sobre la libre elección que estos elementos sugieren a la fantasía de sus participantes. Se dedica un cuarto de la sesión a la puesta en común con el grupo, se habla de las

diferentes decisiones, interpretaciones y motivos de cada participante. De nuevo, se subrayan la cantidad de alternativas diferentes que la misma información puede construir, según su experiencia, conocimiento y aprehensión a la realidad de cada uno.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 4**)

Título: picasso y su serie

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: debate sobre la serie de picasso y construcción de una serie personal

Materiales: imagen física o digital de la obra de picasso, papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

Esta actividad abarca tres partes: la explicativa, la práctica y el diálogo. La primera de ellas utiliza una serie de Picasso dedicada a la tauromaquia (1945-1946) (Imagen 62), como modelo reconocible, para demostrar el modo en que la creatividad individual, puede ser el filtro para la construcción de realidades personales y únicas, la realidad aparente, se toma para abrir camino a la interpretación de sus formas.

Seguidamente, todavía no puesto en práctica en el contexto clínico, al concluir la intervención, se plantea incluir proponer la elección de una forma figurativa como referente para crear, por medio del dibujo, una serie de 8 secuencias que, alejándose de la mimesis, deconstruyan personalmente sus partes poco a poco. La actividad termina con la puesta en común de los resultados.

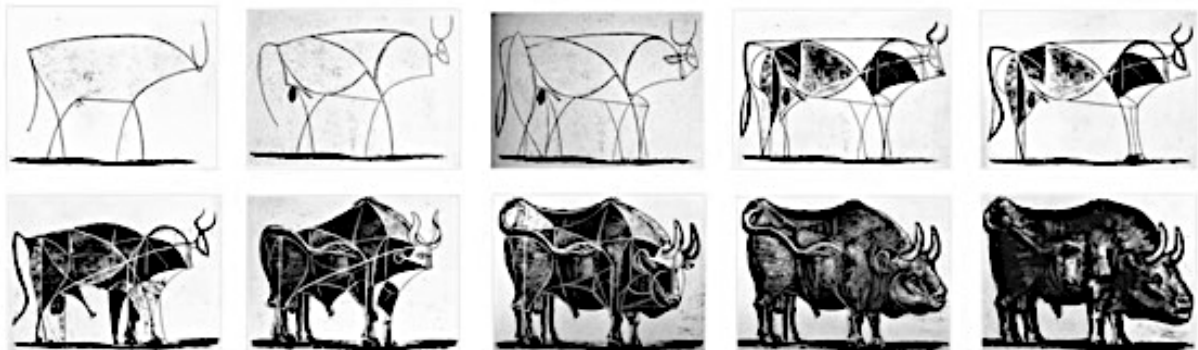


Imagen 43 (2019): Serie de Picasso (1945)

Bloque: percepción y expresión (**actividad 5**)

Título: música, ritmo y línea

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: crear líneas compositivas a través de las sensaciones que despierta la música

Materiales: música, papel grueso a3 y tinta china + herramientas

Para fomentar un clima de creatividad, concentración y disfrute, todas las partes prácticas (19) van acompañadas con música de fondo, normalmente instrumental.

Dejando a un lado las imágenes, se concede protagonismo a los sonidos como fuente de interpretación. El sentido del oído entra en juego y, desde ahí, también la concentración necesaria para extraer información sin otro apoyo que no sean las sensaciones despertadas por las melodías seleccionadas para esta actividad. Se toma la tinta china como técnica, de este modo, por su rapidez y sin la intervención del color, la atención de los participantes se ciñe más fácilmente a la propuesta; recrear las líneas y formas sugeridas por las diversas melodías presentadas. La elección puede dividirse en cuatro melodías diferentes, de las cuales las dos primeras sean solamente de carácter instrumental, y la tercera y cuarta, con letra.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 6**)

Título: música y colores

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: crear manchas compositivas a través de las sensaciones que despierta la música

Materiales: música, papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

En esta actividad se sustituye la línea por la mancha de color para que los pacientes interpreten por medio de su uso, las formas y sensaciones sugeridas por los distintos estímulos auditivos presentados. Se parte de dos melodías instrumentales y se continúa la actividad con otras dos canciones acompañadas por letra, de modo que quede margen para detectar si existen variaciones en los modos de representación en un mismo participante (mímesis-abstracción). Una vez más, se comparten con el grupo los resultados que argumentan las motivaciones para la ejecución de cada pieza.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 7**)

Título: dividir melodías en escenas compositivas

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: dividir melodías en escenas compositivas

Materiales: música, papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

Se escogen tres melodías de larga duración (10min aprox.). Se representan diferentes escenas marcadas por sus bajos y altos, agudos y graves¹⁸. Con paciencia, los participantes deben saber

¹⁸ Se propone la suite de *La Vita è Bella* de Nicola Piovani (1997), la melodía fragmenta una misma composición en tres momentos diferentes: 1) *Buongiorno principessa* (00:01 – 4:59); 2) *La Fuga* (5:02 – 6:49); 3) *Il carramato* (6:50 – 10:27).

reconocer las tres o más partes que componen una misma canción, fraccionarla, y representarla por medio de la pintura en sus tres soportes. Se discuten los resultados.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 8**)

Título: el sorteo

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: representación de conceptos evitando la mimesis

Materiales: conceptos, papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

En esta actividad se propone a cada participante la representación de un concepto asignado por suerte y que se debe guardar en secreto hasta comenzar la puesta en común. Evitando la mimesis para dificultar que se descubra fácilmente el término, representado individualmente por el color y sus formas, se debe traducir la imagen al soporte, evitar la copia y hacer uso de otros lenguajes menos evidentes. Con la lista de términos a la vista, por ejemplo: egoísmo, persuasión, libertad, retroceso, ira y belleza, antes de desvelar el significado personal atribuido por cada autor, el resto de participantes realizarán su propia interpretación intentando acercarse tanto a la lectura de sus productores como, según sus contenidos, a las suyas personales.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 9**)

Título: representación de las palabras *dependencia* vs *independencia*

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: representación de las palabras *dependencia* vs *independencia*

Materiales: papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

El grupo escoge entre los conceptos de *dependencia* e *independencia* para ser representados.

Como continuación de la anterior práctica, y de manera individual, cada participante deberá representar con pintura abstracta o figurativa (figuras reconocibles), la palabra seleccionada de manera que, en esta ocasión, también en torno a buscar discursos personales para ser comparados entre ellos, se presenten tantas soluciones como perspectivas y abarquen la actividad. En la puesta en común, cada autor deberá explicar de qué manera las imágenes resultantes están vinculadas con ellos y con su idea de interpretar los conceptos de *dependencia* o *independencia*.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 10**)

Título: cadáver exquisito adaptado

Duración de la actividad: 60 min

Materiales: tela o papel grueso a1 y acrílicos de color + herramientas

El grupo elige un concepto libre a interpretar en equipo utilizando la pintura. Todos los soportes se juntan marcando puntos de unión entre ellos, situados a sus lados y delante, se compone un puzle. A medida que avanza la actividad, en busca de una armonía compositiva, los participantes deben dejarse llevar por las formas y pesos que, paralelamente en el tiempo, en los puntos convexos de cada pieza, el resto de compañeros van construyendo. La puesta en común analiza las piezas individualmente y en conjunto.

Bloque: percepción y expresión (**actividad 11**)

Título: cadáver exquisito rotatorio

Duración de la actividad: 60 min

Materiales: tela o papel grueso a1 y acrílicos de color + herramientas

Se plantean los mismos criterios de la actividad anterior. Se suma dividir el tiempo práctico de la sesión (45min) en tantos participantes formen el grupo. Marcadas las pautas, los participantes rotan sus soportes en una misma dirección, de manera que, todos ellos, intervengan en cada parte de la pieza y refuercen su nivel de adaptabilidad y flexibilidad conductual. Se establecen conclusiones comunes para todos.

Bloque: percepción, expresión y memoria (**actividad 12**)

Título: círculos

Duración de la actividad: 15 min

Dinámica: completar el máximo de círculos con formas circulares

Materiales: fotocopias, bolígrafos o lápices

Esta propuesta es la más breve de todas. Con una duración de 15 minutos aproximados, esforzando la memoria, consiste en completar el máximo número posible de círculos con formas completamente circulares. No interesan las aproximaciones. Tampoco se pretende el estudio de una técnica, la atención e importancia de la actividad recae en la propia lluvia de ideas, todas ellas, compartidas entre compañeros al concluir la práctica.

Bloque: percepción, expresión y memoria (**actividad 13**)

Título: imprimación en negro de dm

Duración de la actividad: 30 min

Dinámica: preparación de soportes e interpretación de *felicidad*

Materiales: pintura negra y dms finos

Para no caer en la monotonía de soportes blancos, en esta actividad se propone utilizar el tiempo restante de la práctica anterior, para preparar los soportes que serán utilizados en la siguiente actividad. Se impriman de color negro un total de 4 dms por participante.

Bloque: percepción, expresión y memoria **(actividad 14)**

Título: escenas compositivas

Duración de la actividad: 30 min

Dinámica: interpretación del término *felicidad*

Materiales: pintura de colores y dms finos + herramientas

Con los cuatro soportes preparados en la sesión anterior, se propone a los participantes construir composiciones creando una única pieza entre soportes o narrando una secuencia dividida en cuatro escenas independientes entre ellas. Se comparten las intenciones y resultados en equipo.

Bloque: percepción, expresión y memoria **(actividad 15)**

Título: componer escenas compositivas según las listas de objetos dadas

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: componer escenas según las listas de objetos dadas

Materiales: papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

La parte práctica de la actividad se divide de tres a cuatro partes. En cada una de ellas, se deletrean diferentes listados de objetos aparentemente no relacionados entre ellos, de los que se propone establecer combinaciones nuevas y extraer la información deseada para componer a memoria escenarios conocidos o imaginados que, posteriormente, se comparten e interpretan en grupo e individualmente.

Bloque: percepción, expresión y memoria **(actividad 16)**

Título: autorretrato doble (antes y después)

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: autorretrato doble (antes y después)

Materiales: papel grueso a2 y acrílicos de color + herramientas

El soporte se divide en dos partes de manera visible o invisible. Sin una temática concreta, se propone a cada participante representar un episodio de su vida que haya marcado un antes y un después a nivel personal o profesional en su carrera. En cada lado del papel se deberá componer un autorretrato figurativo, simbólico o abstracto, de lo que representa cada situación. Cada participante

argumenta y opina tanto sobre sus elecciones y resultados, como interpreta y escucha el resto de lecturas planteadas.

Bloque: percepción, expresión, memoria y proyección **(actividad 17)**

Título: collage pictórico de imágenes

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: representar escenas según las imágenes de los libros seleccionadas

Materiales: libros y revistas ilustradas, papel grueso a3 y acrílicos de color + herramientas

Se propone a los participantes escoger de entre libros ilustrados un conjunto de imágenes que, seguidamente, se utilizarán para combinar y componer piezas personales por cada participante.

Bloque: percepción, expresión, memoria y proyección **(actividad 18)**

Título: planteamiento de la propuesta individual y construcción de bocetos

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: recoger datos para crear bocetos/obra

Materiales: materiales de apoyo, folios, lápices y bolígrafos.

Se reúnen la mayoría de las actividades propuestas hasta la fecha bajo un único enunciado definido como proyecto y dedicado a poner en marcha, de manera individual, el conjunto de praxias aprendidas a lo largo de la estrategia. Los participantes deberán plantear sus propuestas individuales, escoger los materiales necesarios y preparar los bocetos de sus proyectos que les servirán de apoyo para la siguiente actividad.

Bloque: percepción, expresión, memoria y proyección **(actividad 19)**

Título: proyecto individual

Duración de la actividad: 60 min

Dinámica: elaboración del proyecto

Materiales: bocetos personales y materiales

Tomando de referentes los bocetos realizados en la actividad anterior, se propone producir individualmente una pieza definitiva sobre el soporte con los materiales escogidos por cada participante. Siguiendo la misma dinámica del resto de actividades, la actividad se concluye con la discusión de los resultados plásticos obtenidos.

3.2.3. ESTUDIO DE VIABILIDAD DE LA ESTRATEGIA EXPERIENCIAS OBTENIDAS EN LA UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL HERMANAS HOSPITALARIAS

3.2.3.1. INTRODUCCIÓN

Tras poner por primera vez en marcha *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*, las estadísticas obtenidas y presentadas por tablas y gráficos circulares, sobre los datos de carácter cualitativo de ocho pacientes con daño cerebral adquirido y cuatro de sus terapeutas, permiten establecer una dirección definitiva en el carácter cuantitativo de la investigación.

Tabla 10: Intervenciones de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

2016	2018
unidad de daño cerebral adquirido del "centro sociosanitario hermanas hospitalarias"	servicio de neurorehabilitación del "hospital vithas nisa valencia al mar"
estudio de viabilidad observación participativa (8 pacientes)	estudio de efectividad observación participativa (16 controles + 15 + 7 experimentales)
definición de la investigación	<i>estudio controlado aleatorizado</i>

El 17 de febrero del 2016 comienza la observación participativa en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias". Las experiencias recogidas, durante un periodo de cuatro meses, adjuntan una serie de cuestionarios tras participar en la intervención del programa, dedicados tanto a pacientes (8) como a terapeutas (4). Tras un análisis, revisión y mejoras para la adaptabilidad de sus contenidos, se plantea la necesidad de, por una parte, continuar el desarrollo empírico hasta colaborar con un mínimo de treinta pacientes que ofrezcan rigor científico a los datos obtenidos, y, por otra, precisar utilizar escalas de valoración y un sistema de cálculo que verifique científicamente las variaciones de carácter cuantitativo obtenidas entre el antes y el después de la intervención. El valor de la primera inmersión en el campo recae en su mayor parte, en los datos recogidos de la observación participativa para conocer la validez y rigor de la estrategia en el contexto del daño cerebral adquirido; en la segunda, pese a todavía continuar presentes, se enfocará principalmente en el *Estudio Controlado Aleatorizado*, en relación, a las variables estadísticas establecidas entre el antes y el después de la intervención.

3.2.3.2. PRESENTACIÓN DE PACIENTES

Desde el arte y la educación se introduce *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en un grupo de ocho adultos con daño cerebral adquirido. La muestra se compone por ocho personas cuyo rango de edad se sitúa entre los 51 y 70 años, tres mujeres y cinco hombres, que participan en el

programa propuesto de forma voluntaria y paralela a otras terapias como la neuropsicología y la terapia ocupacional. Tras la primera sesión, en consecuencia, de la gravedad de sus déficits, el servicio de la Unidad descarta la participación de uno de los participantes (OTA). Las causas de sus lesiones son accidentes cerebrovasculares, trastornos craneoencefálicos y tumores cerebrales. La muestra se caracteriza principalmente por la heterogeneidad en sus déficits:

A **nivel comunicativo** existen pacientes sin alteraciones y otros, con alteraciones graves en el lenguaje.

El **estado cognitivo** en la mayoría de ellos presenta falta de flexibilidad conductual y déficit en la flexibilidad cognitiva. Apraxia. Dificultades en la planificación y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito. En casi todos, la lesión afecta a la atención y a la memoria a corto plazo.

En **estado motor** los pacientes presentan hemiparesias. Algunos necesitan silla de ruedas ocasional o permanentemente.

El **estado emocional** principalmente denota falta de confianza en casi todos ellos. Algunos tienen depresión y otros, ansiedad. La falta de motivación, aplanamiento y la impulsividad en algunos casos se suman como déficit frecuente.

A **nivel de independencia** algunos participantes necesitan supervisiones ocasionales, otros son independientes, otros necesitan ayuda de terceros o son completamente dependientes.

e= estado / n= nivel

Tabla 11: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (OTA)

referencia	Ota
edad	58 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus hemorrágico
comunicación	afasia global
e. cognitivo	predominio de ausencia. Dificultades en praxias ideatorias e ideomotoras. Lentitud en el procesamiento de la información.
e. motor	hemiparesia derecha. desplazamiento en silla de ruedas.
e. emocional	no manifiesta respuestas
n. independencia	dependencia total

Tabla 12: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (1BF)

referencia	1bf
edad	55 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	déficit de memoria a corto plazo. Déficit en atención selectiva y velocidad de procesamiento. Dificultades en la planificación y flexibilidad. Respuestas impulsivas. Conductas perseverativas. Falta de conciencia del déficit.
e. motor	hemiparesia izquierda de predominio braquial
e. emocional	manifiesta respuestas de tristeza, refiere mucho cansancio
n. independencia	ayuda tercera persona

Tabla 13: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (2AN)

referencia	2an
edad	53 años
sexo	mujer
diagnóstico	traumatismo craneoencefálico. Trastorno mental específico. Tipo de cambio de personalidad
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	atención selectiva, alternante y velocidad de procesamiento. Alteración de memoria, tanto en el aprendizaje de información como en la recuperación. Dificultades en praxias ideatorias e ideomotoras. Dificultades en el razonamiento visual. Se observa también déficit en flexibilidad.
e. motor	dificultades para desempeñar tareas en posición de rodillas, además de expresar una disminución de la sensibilidad en la rodilla derecha, así como en los dedos del pie.
e. emocional	síntomatología ansiosa y depresiva
n. independencia	independiente con supervisión ocasional

Tabla 14: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (3LD)

referencia	3ld
edad	52 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales, y realizar tareas que exigen flexibilidad cognitiva, así como de anticipar consecuencias de su comportamiento. Moderadas dificultades en el área de cálculo.
e. motor	sin alteración
e. emocional	falta iniciativa
n. independencia	independiente con supervisión ocasional

Tabla 15: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (4LB)

referencia	4lb
edad	70 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	afasia motora. Fluidez verbal disminuida. Anomia y parafasias fonéticas y literales.
e. cognitivo	afectación de la atención sostenida, dividida. Lentitud en el procesamiento de la información. Impulsividad y falta de flexibilidad conductual (perseveraciones), déficit práxico. Conductas de riesgo.
e. motor	hemiparesia derecha, movimientos de apertura de mano muy limitados. Bipedestación inestable.
e. emocional	conductas perseverativas
n. independencia	ayuda tercera persona

Tabla 16: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (5PB)

referencia	5pb
edad	56 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	afasia global. Alteración grave de la expresión, comprensión, ausencia de lectura y escritura.
e. cognitivo	Impulsividad
e. motor	hemiparesia derecha. Desplazamiento en silla de ruedas. Bipedestación con ayuda.
e. emocional	falta iniciativa. Enfado
n. independencia	dependencia total

Tabla 17: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (6PO)

referencia	6po
edad	52 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	déficit en atención selectiva, atención sostenida, alternante y la velocidad de procesamiento. Alteración en la memoria de trabajo. Dificultades para planificar.
e. motor	alteración de la sensibilidad superficial en la mano izquierda que cursa con hipoestesia y sensación de acorchamiento. falta de habilidad y precisión en la motricidad fina.
e. emocional	aplanamiento emocional y apatía
n. independencia	independiente con supervisión ocasional

Tabla 18: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (7MQ)

referencia	7mq
edad	51 años
sexo	hombre
diagnóstico	tumor cerebral en la infancia
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	sin alteración
e. motor	hemiparesia derecha y bipedestación inestable, ayuda de terceros.
e. emocional	falta de iniciativa, baja autoestima, desconfianza y conductas perseverativas.
n. independencia	independiente con supervisión ocasional

3.2.3.3. NOTAS DE CAMPO: OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

A continuación, de carácter cualitativo se presenta la recogida de datos y notas de campo obtenida durante la intervención en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias". El investigador valora del 1 al 5 a cada participante (1= MUY POCO / 5= MUCHO) durante su intervención en cada actividad. Según el número de participantes en las propuestas, se obtienen los totales/resultados de viabilidad de cada actividad (35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo), (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo), (25-18= v. positivo, 17-9= v. neutro, <8= v. negativo), (20-14= v. positivo, 7-13= v. neutro, <6= v. negativo) sobre el planteamiento de ocho ítems, que verifican la adaptabilidad de la propuesta y la viabilizan en el contexto del daño cerebral adquirido:

comprensión de la propuesta

implicación en la propuesta

placer por la propuesta

desenvoltura técnica

desenvoltura conceptual

participación activa en la puesta en común

satisfacción por la propuesta

satisfacción personal con los resultados

Tras la valoración numérica del investigador en dichos ítems, desde lo cualitativo se presenta un discurso visual sobre una selección de obras obtenidas durante la praxis de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*. Junto a ello, se muestra la ficha de cada actividad y un breve análisis general sobre los resultados plásticos obtenidos por cada propuesta que, a su vez, pretende no sugestionar

demasiado y permitir al receptor sea partícipe, desde su propia perspectiva, en el juego de la imaginación y la libre interpretación. A continuación, se muestra una serie de seis imágenes obtenidas durante la observación participativa y praxis de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 44 (2016): Serie fotográfica descriptiva sobre los escenarios y participantes de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 19: Ficha de la actividad 1 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

	actividad 1
	percepción y acción
título de la actividad	interpretación de obras
fecha de la actividad	17/02/2016 y 24/02/2016
nº de sesiones	2
material y dimensiones	acrílico y acetato a4
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6 y 6
rendimiento	bueno
valoración de la actividad 1 y 2	(30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo) a) comprensión de la propuesta: 27 y 26 = v. positivos b) implicación en la propuesta: 28 y 26 = v. positivos c) placer por la propuesta: 25 y 26 = v. positivos d) desenvolvura técnica: 22 y 26 = v. positivos e) desenvolvura conceptual: 21 y 27 = v. positivos f) participación activa en la puesta en común: 23 y 27 = v. positivos g) satisfacción por la propuesta: 24 y 27 = v. positivos h) satisfacción personal con los resultados: 24 y 26 = v. positivos

Notas recogidas durante la acción participativa

Se presentan el programa y los participantes. Las imágenes seleccionadas para la actividad coinciden con el gusto de todos ellos. En un principio se pretenden atribuir a cada uno según sus déficits, posteriormente se decide que ellos mismos sean quienes elijan las obras a interpretar en base a sus preferencias. Casualmente, la mayoría coinciden con las imágenes que anteriormente se iban a atribuir a cada uno de ellos. A nivel plástico se obtienen tantos resultados como individuos hay en la sala. Todos los pacientes captan y abordan la dirección de la estrategia positivamente. Algunos se alejan por completo de las obras originales: las interpretan dividiendo sus partes con manchas de color que abstraen todo el contenido tomado como base. Otros, interpretan cada color a su antojo y mantienen las formas tomadas como punto de partida. Hay quienes añaden o suprimen parte del contenido. Algunos, transfieren en sus trabajos las heminegligencias visuales.

En la Tabla 20 se presentan los siguientes resultados¹⁹:

Tabla 20: Notas actividad 1, *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
0at	4 / x	5 / x	4 / x	2 / x	2 / X	1 / X	3 / X	3 / X
1bf	5 / 5	4 / 4	4 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	4 / 4	5 / 4
2an	4 / 4	4 / 5	4 / 5	3 / 4	3 / 4	4 / 5	4 / 5	3 / 5
3ld	4 / x	5 / x	5 / x	4 / x	3 / X	5 / X	5 / X	4 / X
4lb	x / 5	x / 5	x / 5	x / 5	X / 5	X / 5	X / 5	X / 5
5pb	4 / 4	5 / 4	3 / 3	3 / 4	3 / 4	3 / 4	3 / 4	4 / 4
6po	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5
7mq	x / 3	x / 3	x / 3	x / 3	X / 4	X / 3	X / 4	X / 3

A continuación, se muestra una serie de cuatro imágenes de los resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 1 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del “Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias”.



Imagen 45 (2016): Resultados 1 de los participantes en la actividad 1 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 2 de los participantes en la actividad 1 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 3 de los participantes en la actividad 1 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

¹⁹ Para una mayor linealidad en el discurso, por un lado, parte de las imágenes se organizan y disponen en la biblioteca de imágenes de esta tesis, por otro, a partir de la segunda actividad, las tablas de evaluación, durante este estudio de viabilidad, se trasladan a apéndices manteniendo en el presente apartado, únicamente, la valoración de cada actividad, las notas de campo y los resultados plásticos obtenidos.

Tabla 21: Ficha de actividad 2 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 1 y 2	
título de la actividad	juego de frutas
fecha de la actividad	02/03/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílico y catón imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6
rendimiento	bueno
valoración de la actividad 1 y 2	<p>(30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo)</p> <p>a) comprensión de la propuesta: 25 = v. positivo</p> <p>b) implicación en la propuesta: 27 = v. positivo</p> <p>c) placer por la propuesta: 28 = v. positivo</p> <p>d) desenvolvura técnica: 26 = v. positivo</p> <p>e) desenvolvura conceptual: 26 = v. positivo</p> <p>f) participación activa en la puesta en común: 26 = v. positivo</p> <p>g) satisfacción por la propuesta: 28 = v. positivo</p> <p>h) satisfacción personal con los resultados: 26 = v. positivo</p>

Notas recogidas durante la acción participativa

Se aborda con éxito e implicación la actividad. Los participantes comprenden la propuesta. Para la reinterpretación del bodegón realizan sus trabajos tanto desde la figuración como desde la abstracción. La puesta en común cobra protagonismo y desaparecen los miedos al fracaso. Se adquiere confianza. Ello se materializa en numerosas formas que desencadenan las naturalezas muertas utilizadas posteriormente como excusa para la creación de fantasías individuales, campos y paisajes llenos de color, abstracción de formas únicas, animales e insectos múltiples, palmeras coronadas por plátanos que desencadenan los significados personales, y narraciones extraordinarias, de cada uno de sus autores.

A continuación, se muestra una serie de ocho imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".

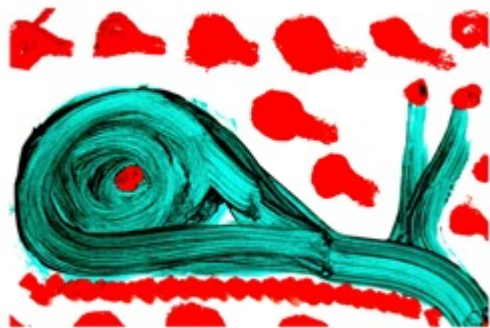


Imagen 46 (2016): Resultados 5 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 6 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 7 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 8 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 9 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 10 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 22: Ficha de actividad 3 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 3	
título de la actividad	música y colores
fecha de la actividad	09/03/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílico y cartón imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6
rendimiento	óptimo
 valoración de la actividad 3	 (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo)
	a) Comprensión de la propuesta: 29 = v. positivo
	b) Implicación en la propuesta: 29 = v. positivo
	c) Placer por la propuesta: 29 = v. positivo
	d) Desenvoltura técnica: 29 = v. positivo
	e) Desenvoltura conceptual: 22 = v. positivo
	f) Participación activa en la puesta en común: 27 = v. positivo
	g) Satisfacción por la propuesta: 29 = v. positivo
	h) Satisfacción personal con los resultados: 28 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

La estrategia continúa con éxito. Los participantes siguen un buen ritmo en la propuesta. Al igual que los resultados, los referentes tomados cada vez tienen un carácter más subjetivo que abre mayor posibilidad a la interpretación y, por tanto, suma dificultad en el planteamiento. De nuevo, a elección personal, cada uno de ellos juega con los colores y utiliza el lenguaje con el que se siente más cómodo para sus formas. Los resultados son variados y multiplican sus soluciones en la puesta en común con el resto del equipo.

A continuación, se muestra una serie de cuatro imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 3 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".

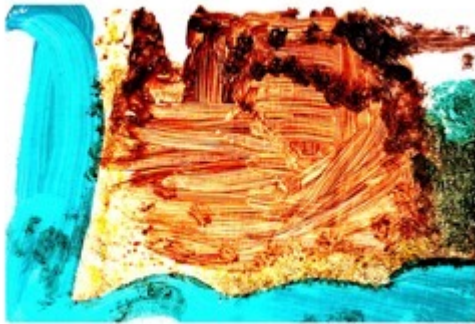


Imagen 47 (2016); Resultados 11 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 12 de los participantes en la actividad 2 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 13 de los participantes en la actividad 3 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 14 de los participantes en la actividad 3 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 15 de los participantes en la actividad 3 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 16 de los participantes en la actividad 3 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 23: Ficha de actividad 4 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 4	
título de la actividad	música, ritmo y línea
fecha de la actividad	16/03/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	tinta china, nogalina y cartón imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6
rendimiento	óptimo
 valoración de la actividad 4	 (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo)
	a) Comprensión de la propuesta: 29 = v. positivo
	b) Implicación en la propuesta: 29 = v. positivo
	c) Placer por la propuesta: 30 = v. positivo
	d) Desenvoltura técnica: 29 = v. positivo
	e) Desenvoltura conceptual: 28 = v. positivo
	f) Participación activa en la puesta en común: 29= v. positivo
	g) Satisfacción por la propuesta: 29 = v. positivo
	h) Satisfacción personal con los resultados: 29 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

La motivación y entusiasmo de los participantes por la estrategia cada vez es más explícita. Los cambios en la técnica gustan y son bien recibidos implementando el tipo de contenidos de interés en la recogida de datos. Existe fluidez en la práctica general. Entre los resultados, sus formas incluyen: palabras, letras, números, figuras representativas y figuras abstractas.

A continuación, se muestra una serie de diez imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias"



Imagen 48 (2016); Resultados 17 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 18 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 19 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 20 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 21 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 22 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 23 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 24 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*



Imagen 49 (2016): Resultados 25 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 26 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*



Imagen 50 (2016): Resultados 25 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 26 de los participantes en la actividad 4 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 24: Ficha de actividad 5 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 5	
título de la actividad	cadáver exquisito adaptado
fecha de la actividad	23/03/2016
nº de sesiones	1
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6
rendimiento	bueno
 valoración de la actividad 5	 (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 28 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 29 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 30 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 29 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 28 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 28 = v. positivo
	g) satisfacción por la propuesta: 27 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 27 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

El grupo escoge la palabra "independencia" para ser interpretada. Los participantes trabajan en equipo y están predispuestos a la colaboración. Consiguen poner en práctica los ítems propuestos. Hay una gran complicidad entre ellos y satisfacción por trabajar en equipo. Desde su perspectiva y paralelo a su creación, cada uno adapta sus piezas a las del resto de compañeros. Sobre un dominio de primarios entre formas rígidas y formas orgánicas, el grupo también incluye mezclas en los rojos y azules de algunos de sus soportes.

A continuación, se muestra una serie de seis imágenes de los resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 5 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 51 (2016): Resultados 27 de los participantes en la actividad 5 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 25: Ficha de actividad 6 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 6	
título de la actividad	representación dependencia
fecha de la actividad	30/03/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílico y catón imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6
rendimiento	bueno
 valoración de la actividad 6	 (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 26 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 27 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 27 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 29 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 26 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 28 = v. positivo
	g) satisfacción por la propuesta: 26 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 27 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

Se propone representar de manera individual la palabra "dependencia". La estética y la técnica se perfilan, se refleja que los participantes cada vez se encuentran más cómodos con la técnica acrílica, y sus ideas son más claras y directas conforme avanzan los talleres. Se percibe seguridad para la toma de decisiones y narraciones con carácter cerrado desde la perspectiva de sus autores. Los contenidos a debatir cada vez son más ricos y personales. Entre la heterogeneidad de puntos de vista y sin titubeos, todos ellos coinciden en la contundencia de sus colores saturados entre contrastes y formas.

A continuación, se muestra una serie de ocho imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 52 (2016): Resultados 33 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 34 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 35 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 36 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 37 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 38 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 39 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 40 de los participantes en la actividad 6 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 26: Ficha de actividad 7 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 7	
título de la actividad	el sorteo
fecha de la actividad	06/04/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílico y dm imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	7
rendimiento	bueno
valoración de la actividad 7	<p>(35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo)</p> <p>a) comprensión de la propuesta: 30 = v. positivo</p> <p>b) implicación en la propuesta: 30 = v. positivo</p> <p>c) placer por la propuesta: 32 = v. positivo</p> <p>d) desenvolvura técnica: 33 = v. positivo</p> <p>e) desenvolvura conceptual: 32 = v. positivo</p> <p>f) participación activa en la puesta en común: 33 = v. positivo</p> <p>g) satisfacción por la propuesta: 29 = v. positivo</p> <p>h) satisfacción personal con los resultados: 30 = v. positivo</p>

Notas recogidas durante la acción participativa

Para introducir nuevo material y romper con la rutina, estableciendo un nuevo tipo de vínculos, se pasa del cartón imprimado de gesso blanco a tablas DM imprimadas de color negro. Se representan con éxito las interpretaciones de las siguientes palabras: "egoísmo", "persuasión", "libertad", "retroceso" e "ira". Las ideas, intenciones y argumentos expuestos frente a los resultados plásticos obtenidos son rotundos.

A continuación, se muestra una serie de cuatro imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 7 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 53 (2016); Resultados 41 de los participantes en la actividad 7 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 42 de los participantes en la actividad 7 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 43 de los participantes en la actividad 7 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 44 de los participantes en la actividad 7 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 27: Ficha de actividad 8 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 8	
título de la actividad	elección de conceptos
fecha de la actividad	13/04/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílico y catón imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	7
rendimiento	óptimo
 valoración de la actividad 8	 (35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 35 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 35 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 35 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 35 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 35 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 33 = v. positivo
	g) satisfacción por la propuesta: 35 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 34 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

A los participantes les gusta la propuesta y la recogen con entusiasmo y curiosidad. Adquirida la confianza necesaria a lo largo de los anteriores talleres para su desarrollo, finalmente es un éxito. Cada uno de ellos representa su temática que, normalmente, girará en torno a un concepto o idea que se desee compartir con el resto del equipo en su interpretación y discusión. En este caso, los conceptos tomados como referentes serán: ira, progreso, libertad, esfuerzo, evolución, persuasión y amor. Destacan el buen clima y fluidez general tanto en la práctica y resultados plásticos variados en contenido, como en sus discusiones. Se crea una rica lluvia de ideas.

A continuación, se muestra una serie de seis imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".

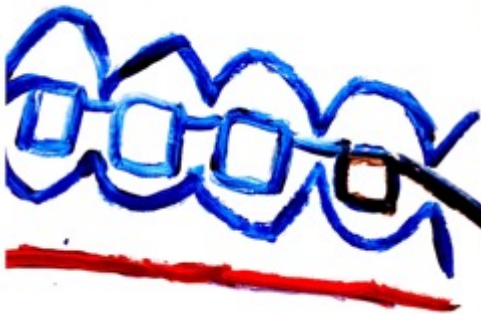


Imagen 54 (2016): Resultados 45 de los participantes en la actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 46 de los participantes en la actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 47 de los participantes en la actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 48 de los participantes en la actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 49 de los participantes en la actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 50 de los participantes en la actividad 8 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 28: Ficha de actividad 9 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 9	
título de la actividad	interpretación de obras
fecha de la actividad	20/04/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílico y acetato a4
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	7
rendimiento	bueno
valoración de la actividad 9	(35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo) a) comprensión de la propuesta: 30 = v. positivo b) implicación en la propuesta: 31 = v. positivo c) placer por la propuesta: 31 = v. positivo d) desenvolvura técnica: 33 = v. positivo e) desenvolvura conceptual: 31 = v. positivo f) participación activa en la puesta en común: 33 = v. positivo g) satisfacción por la propuesta: 32 = v. positivo h) satisfacción personal con los resultados: 31 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

Buen clima y fluidez general en la práctica. Entusiasmo por la estrategia. Finalizado el bloque de percepción y acción, se repite la primera actividad para verificar mejorías tras la continuidad del programa. Los cambios plásticos presentados, entre ésta y las dos primeras actividades dedicadas al acetato, no parecen significativos, pero sí destaca una mayor seguridad en los trazos e interpretación a lo que alejarse de la obra tomada como referente se refiere.

Tabla 29: Ficha de actividad 10 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 10	
título de la actividad	picasso y su serie + círculos
fecha de la actividad	04/05/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	referentes y fotocopias a4
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	6
rendimiento	bueno
 valoración de la actividad 10	 (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 32 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 32 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 31 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 31 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 29 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 31 = v. positivo
	g) satisfacción por la propuesta: 31 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 31 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

Creando un diálogo interesante entre el investigador y los estudiados, los participantes muestran interés por la historia del arte y, tanto en la teoría y contenido visual como en la práctica, participan de manera activa en la clase. La actividad de los círculos abarca la segunda mitad de la sesión, aparece la competición, entre cantidad de ideas y tiempo, como parte del juego. De nuevo se crea una lluvia de ideas interesante sobre la cantidad de formas circulares existentes. En el análisis de resultados llama la atención el tipo de iconografía representadas según los vínculos y gustos personales que establece cada individuo con su entorno.

Tabla 30: Ficha de actividad 11 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 11	
título de la actividad	componer escenas compositivas según las listas de objetos dadas
fecha de la actividad	11/05/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	tinta china, nogalina y papel grueso a3
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	7
rendimiento	bueno
 valoración de la actividad 11	 (35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 33 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 34 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 30 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 33 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 32 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 33 = v. positivo
	g) satisfacción por la propuesta: 28 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 32 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

Los participantes son capaces de llevar a cabo la propuesta y seguir su ritmo. Trabajando sobre papel grueso en formato A3, todos ellos llevan al soporte una larga lista de representaciones con las palabras no relacionadas entre ellas, propuestas y memorizadas, creando un gran número de imaginarios argumentados posteriormente con éxito en la puesta en común. Los participantes se sienten cómodos con la tinta china como técnica.

A continuación, se muestra una serie de cuatro imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 11 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 55 (2016): Resultados 51 de los participantes en la actividad 11 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 52 de los participantes en la actividad 11 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 53 de los participantes en la actividad 11 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 54 de los participantes en la actividad 11 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 31: Ficha de actividad 12 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 12	
título de la actividad	collage pictórico de imágenes
fecha de la actividad	18/05/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílicos y papel grueso a3
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	7
rendimiento	óptimo
valoración de la actividad 12	(35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo) a) comprensión de la propuesta: 34 = v. positivo b) implicación en la propuesta: 35 = v. positivo c) placer por la propuesta: 32 = v. positivo d) desenvolvura técnica: 34 = v. positivo e) desenvolvura conceptual: 31 = v. positivo f) participación activa en la puesta en común: 31 = v. positivo g) satisfacción por la propuesta: 33 = v. positivo h) satisfacción personal con los resultados: 35

Notas recogidas durante la acción participativa

Buen clima y fluidez general en la práctica. Entusiasmo por la estrategia. Cada participante escoge representar de manera abstracta o figurativa, a través de los elementos visuales seleccionados en libros y revistas, una narración o anécdota de su historia de vida que, desde sus posibilidades, todos comparten con sus compañeros.

A continuación, se muestra una imagen de un resultado obtenido por un participante durante la Actividad 11 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 56 (2016): Resultados 55 de los participantes en la actividad 12 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 32: Ficha de actividad 13 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 13	
título de la actividad	autorretrato doble (antes y después)
fecha de la actividad	25/05/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	acrílicos y cartón imprimado a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	7
rendimiento	óptimo
valoración de la actividad 13	(35-24= v. positivo, 12-23= v. neutro, <11= v. negativo) a) comprensión de la propuesta: 35 = v. positivo b) implicación en la propuesta: 35 = v. positivo c) placer por la propuesta: 35 = v. positivo d) desenvolvura técnica: 35 = v. positivo e) desenvolvura conceptual: 35 = v. positivo f) participación activa en la puesta en común: 33 = v. positivo g) satisfacción por la propuesta: 35 = v. positivo h) satisfacción personal con los resultados: 35 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

Buen clima y fluidez general en la práctica. Entusiasmo por la estrategia. Interés psicológico de los contenidos a destacar. Pese a no pedir que representen el antes y el después de la enfermedad cerebral, en un clima de confianza y abierto al diálogo, tanto estética como conceptualmente, cada uno de ellos decide narrar ese episodio de sus vidas de manera diferente al resto. A nivel psicológico es muy interesante el modo en que todos ellos defienden sus perspectivas experimentadas.

A continuación, se muestra una serie de ocho imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la Actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".



Imagen 57 (2016); Resultados 56 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 57 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 58 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 59 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 60 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 61 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 62 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados 63 de los participantes en la actividad 13 de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Tabla 33: Ficha de actividad 14 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 14

título de la actividad	planteamiento de la propuesta individual y construcción de bocetos
fecha de la actividad	01/06/2016 y 08/06/16
nº de sesiones	2
material y dimensiones	lápiz y papel a4
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	5 y 5
rendimiento	óptimo

valoración de la actividad 14

(25-18= v. positivo, 17-9= v. neutro, <8= v. negativo)

- a)** comprensión de la propuesta: 22 y 23 = v. positivo
- b)** implicación en la propuesta: 23 y 23 = v. positivo
- c)** placer por la propuesta: 21 y 20 = v. positivo
- d)** desenvolvura técnica: 24 y 24 = v. positivo
- e)** desenvolvura conceptual: 22 y 22 = v. positivo
- f)** participación activa en la puesta en común: 23 y 22 = v. positivo
- g)** satisfacción por la propuesta: 23 y 22 = v. positivo
- h)** satisfacción personal con los resultados: 24 y 23 = v. positivo

Notas recogidas durante la acción participativa

La propuesta del proyecto surge finalizado el bloque de memoria. Sin entrar en el calendario previamente previsto, la Unidad solicita otras cuatro sesiones donde se plantean la agrupación de todos los contenidos abordados hasta la fecha. Debido a no formar parte de la rúbrica inicial de actividades, los participantes se llevan a casa sus trabajos y, en este sentido, durante la recogida de datos no se tiene resumen de la memoria de imágenes dedicadas a sus proyectos. Pese a ello, se evalúa el buen clima y la fluidez general en la práctica durante todas las sesiones, hay satisfacción general en los resultados obtenidos²⁰.

²⁰ A causa a las fechas y limitaciones en los desplazamientos (ambulancias etc) muchos participantes no pueden asistir a clase de arteterapia durante estas últimas sesiones.

Tabla 34: Ficha de actividad 15 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 15	
título de la actividad	proyecto individual
fecha de la actividad	15/06/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	seleccionado por cada participante
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	4
rendimiento	bueno
 valoración de la actividad 15	 (20-14= v. positivo, 7-13= v. neutro, <6= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 19 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 20 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 20 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 19 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 20 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 19 = v. posit
	g) satisfacción por la propuesta: 20 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 20 = v. positivo



Imagen 58 (2016): Resultados 4 de los participantes en la actividad 1 de Estrategias Creativas para Neurorehabilitación

Tabla 35: Ficha de actividad 16 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias

actividad 16	
título de la actividad	proyecto individual
fecha de la actividad	22/6/16
nº de sesiones	1
material y dimensiones	seleccionado por cada participante
lugar de trabajo	aula de arteterapia
duración	60 min
nº de participantes	4
rendimiento	óptimo
 valoración de la actividad 16	 (20-14= v. positivo, 7-13= v. neutro, <6= v. negativo)
	a) comprensión de la propuesta: 20 = v. positivo
	b) implicación en la propuesta: 20 = v. positivo
	c) placer por la propuesta: 20 = v. positivo
	d) desenvolvura técnica: 20 = v. positivo
	e) desenvolvura conceptual: 19 = v. positivo
	f) participación activa en la puesta en común: 20 = v. posit
	g) satisfacción por la propuesta: 20 = v. positivo
	h) satisfacción personal con los resultados: 20 = v. positivo

3.2.3.4. CUESTIONARIOS PROPUESTOS

Acabada la experiencia de participar en la estrategia, los participantes evalúan la estrategia contestando a una serie de cuestionarios sobre su punto de vista sobre la actividad artística en el contexto de la neurorrehabilitación.

Participantes: (1= en desacuerdo / 5= totalmente de acuerdo) (30-21= v. positivo, 20-11= v. neutro, <10= v. negativo); **neuropsicólogos:** dos terapeutas en neuropsicología responden a los cuestionarios (1= en desacuerdo / 5= totalmente de acuerdo) (70-47= v. positivo, 46-24= v. neutro, <23= v. negativo); **terapeutas ocupacionales:** dos terapeutas en terapia ocupacional responden a los cuestionarios (1= en desacuerdo / 5= totalmente de acuerdo) (70-47= v. positivo, 46-24= v. neutro, <23= v. negativo).

Tabla 36: Datos de los cuestionarios de los participantes sobre *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*

	1bf	2an	3ld	4lb	5pb	6po	7mq	total
en relación, a la propuesta de estrategias creativas para neurorrehabilitación, ¿cuál es tu nivel de satisfacción de las perspectivas del programa?	5	5	4	4		5	2	25
creo que las propuestas presentadas se han adaptado al funcionamiento y ritmo del grupo	5	5	4	3		5	4	26
creo que las propuestas presentadas se han adaptado a las necesidades del grupo	5	5	4	4		5	3	26
la creatividad estimula mi capacidad de ver un mayor número de perspectivas para solucionar un problema	2	5	4	3		5	4	23
creo que la estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas puede ayudar a la mejora de mi bienestar social	3	5	4	3		5	3	23
fuera de clase hago uso de los contenidos dados en el taller	1	4	3	3		5	2	20
fuera de clase recuerdo algunas actividades propuestas en el taller	3	5	2	3		5	2	20
creo que la estimulación de la creatividad, mediante prácticas artísticas, puede ayudar a la mejora de mi autonomía diaria	2	5	4	3		5	3	22
creo que la estimulación de la creatividad ha influido de manera beneficiosa, en mi operatividad durante otros tratamientos para mi rehabilitación	3	5	3	2		5	4	22
¿en qué medida crees que este tipo de talleres pueden contribuir a la efectividad y rendimiento durante el periodo de otros tratamientos?	3	5	2	3		5	3	21
¿en qué medida crees que, estos talleres, pueden complementar otras terapias llevadas a cabo para mi bienestar emocional o social?	5	5	4	3		5	3	25
¿en qué medida crees que estos talleres pueden aumentar tu operatividad en terapia ocupacional?	3	5	4	3		5	4	25
¿en qué medida crees que estos talleres pueden aumentar tu operatividad en tratamientos cognitivos?	3	5	4	3		5	3	24
¿en qué medida crees que estos talleres pueden aumentar tu operatividad en neuropsicología?	4	5	4	3		5	4	25

Tabla 37: Datos de los cuestionarios del equipo de neuropsicología sobre *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*

	1bf	2an	3ld	4lb	5pb	6po	7mq	total
la creatividad estimula la capacidad del paciente para ver un mayor número de perspectivas desde las que solucionar un problema	1/1		1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	14
creo que el taller para la creatividad puede complementar otras terapias llevadas a cabo para el bienestar emocional y social del paciente, durante su periodo de rehabilitación	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	1/5	60
el taller para la creatividad, ha contribuido de manera beneficiosa, en la operatividad del paciente durante otros tratamientos	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	14
creo que el taller para la creatividad puede aumentar la operatividad del paciente en neuropsicología	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	28
creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se estimula al paciente a participar e involucrarse en las actividades planteadas en neuropsicología	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	42
creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se contribuye a controlar la impulsividad del paciente en las actividades planteadas en neuropsicología	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/5	26
creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se contribuye a gestionar y canalizar las emociones del paciente en las sesiones de neuropsicología	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	14
creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se estimula la capacidad de expresión del paciente	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	1/1	50
creo que, es una buena terapia para ejercitar la memoria del paciente	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	14
creo que, se trabaja la atención y concentración del paciente	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	70
durante el desarrollo del taller para la creatividad, he notado una evolución positiva del paciente con respecto a neuropsicología	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	14
creo que este tipo de talleres pueden contribuir a la efectividad y rendimiento del paciente durante su rehabilitación	5/4	5/4	5/4	5/4	5/4	5/4	5/4	63
la estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas, puede contribuir al grado de autonomía e independencia del pacientes	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	42
la estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas, puede ayudar a la mejora del bienestar social y emocional de los pacientes	5/4	5/4	5/4	5/4	5/4	5/4	5/4	63

Tabla 38: (2016): Datos de los cuestionarios de los terapeutas ocupacionales sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

	1bf	2an	3ld	4lb	5pb	6po	7mq	total
la creatividad estimula la capacidad del paciente para ver un mayor número de perspectivas desde las que solucionar un problema	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	56
creo que estos talleres pueden complementar otras terapias llevadas a cabo para el bienestar emocional y social del paciente	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	70
el taller para la estimulación de la creatividad ha contribuido, de manera beneficiosa, en la operatividad del paciente durante otros tratamientos de su rehabilitación	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	35
creo que el taller para la creatividad puede aumentar la operatividad del paciente en terapia ocupacional	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	49
creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se contribuye a la autonomía del paciente para llevar a cabo actividades diarias	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	56
durante el desarrollo del taller para la creatividad, he notado una evolución positiva del paciente con respecto a terapia ocupacional	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	1/5	42
creo que este tipo de talleres pueden contribuir a la efectividad y rendimiento del paciente durante el periodo de otras terapias	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	49
la estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas, puede contribuir al grado de autonomía e independencia del pacientes	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	63
la estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas, puede ayudar a la mejora del bienestar social y emocional de los pacientes	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	70

3.2.3.5. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

Tras la inmersión en el campo, se recogen los totales obtenidos durante la observación participativa para medir en qué grado, el diseño de cada actividad de *Estrategia Creativas para Neurorehabilitación*, pese a la heterogeneidad de la muestra, se adapta a los pacientes en su espacio de neurorehabilitación. Por un lado, en relación, al número de asistentes a cada sesión, se valora cada actividad en función de los totales obtenidos en los ítems: (1) comprensión de la propuesta, (2) implicación en la propuesta, (3) placer por la propuesta, (4) desenvolvura técnica, (5) desenvolvura conceptual, (6) participación activa en la puesta en común, (7) satisfacción por la propuesta y (8) satisfacción personal con los resultados. Por otro lado, se valoran por separado los resultados de los enunciados de cada bloque) destacando entre ellos sus máximas:

PERCEPCIÓN Y EXPRESIÓN, abarca desde la actividad 1 hasta la 9 (315-211= v. positivo, 210-106= v. neutro, <105= v. negativo).

PERCEPCIÓN, EXPRESIÓN Y MEMORIA, abarca desde la actividad 10 hasta la 13 (135-91= v. positivo, 90-461= v. neutro, <45= v. negativo)

PERCEPCIÓN EXPRESIÓN, MEMORIA Y PROYECCIÓN, abarca desde la actividad 14 hasta la 16 (90-61= v. positivo, 60-31= v. neutro, <30= v. negativo)

Finalmente, todos ellos de valor positivo, permiten evaluar la estrategia general en función de los totales obtenidos en cada ítem (540-361= v. positivo, 360-181= v. neutro, <180= v. negativo).

Sobre la viabilidad cualitativa de la estrategia, desde la perspectiva del investigador, en la suma general de los valores de las actividades, se obtiene un Total de 3'793 (valor positivo) sobre un valor máximo de 4'12 (4'120-2'748= v. positivo, 2'747-1'374= v. neutro, <1'373= v. negativo) (Tabla 6).

Tabla 39: Resultados de los totales por bloques

	percepción y expresión	memoria	proyección	total
comprensión de la propuesta	286	134	84	504
implicación en la propuesta	293	128	81	513
placer por la propuesta	293	128	81	502
desenvoltura técnica	291	133	87	511
desenvoltura conceptual	276	127	83	486
Participación activa en la puesta en común	287	128	84	499
satisfacción por la propuesta	286	127	80	493
satisfacción personal con los resultados	282	133	87	502

Tabla 40: Resultados de los totales por actividades

actividad 1	194 sobre 240	actividad 10	248 sobre 280
actividad 2	211 sobre 240	actividad 11	255 sobre 280
actividad 3	212 sobre 240	actividad 12	265 sobre 280
actividad 4	232 sobre 240	actividad 13	278 sobre 280
actividad 5	226 sobre 240	actividad 14	182 sobre 200
actividad 6	216 sobre 240	actividad 15	179 sobre 200
actividad 7	250 sobre 280	actividad 16	157 sobre 160
actividad 8	277 sobre 280	actividad 17	159 sobre 160
actividad 9	252 sobre 280	total sobre 4'120	3'793 valor positivo

3.2.3.6. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

Por un lado, se analizan los resultados de los cuestionarios de los pacientes. Se miden los totales en relación, a las sumas sobre las respuestas de los pacientes referentes a la estrategia creativa abordada ($420-281=$ v. positivo, $280-141=$ v. neutro, $<140=$ v. negativo). Entre sus máximas destacan con mejores valores sobre 30, las preguntas 2, 3, 11 y 14: "Creo que las propuestas presentadas se han adaptado al funcionamiento y ritmo del grupo", "Creo que las propuestas presentadas se han adaptado a las necesidades del grupo", "Estos talleres pueden complementar otras terapias llevadas a cabo para mi bienestar emocional o social" y "Estos talleres pueden aumentar mi operatividad en terapia ocupacional". Entre sus mínimas y con valor neutro se encuentran las preguntas 6 y 7: "Fuera de clase hago uso de los contenidos dados en el taller" y "Fuera de clase recuerdo algunas actividades propuestas en el taller". Desde la perspectiva del participante, en la suma general de puntuación del cuestionario, se obtiene un total de 325 (valor positivo) sobre un valor máximo de 420 (Tabla 7).

Por otro lado, desde sus resultados ($70-47=$ v. positivo, $46-24=$ v. neutro, $<23=$ v. negativo) se analizan los cuestionarios de los terapeutas tanto realizados desde neuropsicología ($980-654=$ v. positivo, $653-327=$ v. neutro, $<326=$ v. negativo), como desde terapia ocupacional ($630-421=$ v. positivo, $420-211=$ v. neutro, $<210=$ v. negativo). Desde la perspectiva de los terapeutas en neuropsicología, en la suma general de puntuación del cuestionario, se obtiene un total de 514 (valor neutro) y sobre un valor máximo de 980 (Tabla 8). Desde la perspectiva de los terapeutas en terapia ocupacional, en la suma general de puntuación del cuestionario, se obtiene un total de 487 (valor positivo) sobre un valor máximo de 630 (Tabla 9).

Tabla 41: Resultados de los cuestionarios de los pacientes sobre *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*

pregunta 1	25 sobre 30	valor positivo	pregunta 9	22 sobre 30	valor positivo
pregunta 2	26 sobre 30	valor positivo	pregunta 10	21 sobre 30	valor positivo
pregunta 3	26 sobre 30	valor positivo	pregunta 11	25 sobre 30	valor positivo
pregunta 4	23 sobre 30	valor positivo	pregunta 12	24 sobre 30	valor positivo
pregunta 5	23 sobre 30	valor neutro	pregunta 13	23 sobre 30	valor positivo
pregunta 6	20 sobre 30	valor neutro	pregunta 14	25 sobre 30	valor positivo
pregunta 7	20 sobre 30	valor positivo	total sobre 420	325 valor positivo	
pregunta 8	22 sobre 30	valor positivo			

Tabla 42: Resultados de los cuestionarios de los neuropsicólogos sobre *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*

pregunta 1	14 sobre 70	valor negativo	pregunta 9	14 sobre 70	valor negativo
pregunta 2	60 sobre 70	valor positivo	pregunta 10	70 sobre 70	valor positivo
pregunta 3	14 sobre 70	valor negativo	pregunta 11	14 sobre 70	valor negativo
pregunta 4	28 sobre 70	valor neutro	pregunta 12	63 sobre 70	valor positivo
pregunta 5	42 sobre 70	valor neutro	pregunta 13	42 sobre 70	valor neutro
pregunta 6	26 sobre 70	valor neutro	pregunta 14	63 sobre 70	valor positivo
pregunta 7	14 sobre 70	valor negativo	total sobre 980	514 valor neutro	
pregunta 8	50 sobre 70	valor positivo			

Tabla 43: Resultados de los cuestionarios de los terapeutas ocupacionales sobre *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*

pregunta 1	53	valor positivo	pregunta 6	42	valor neutro
pregunta 2	70	valor positivo	pregunta 7	49	valor positivo
pregunta 3	35	valor neutro	pregunta 8	63	valor positivo
pregunta 4	49	valor positivo	pregunta 9	70	valor positivo
pregunta 5	56	valor positivo	total sobre 630	487 valor positivo	

Desde neuropsicología se destacan los siguientes valores

Con **valor positivo** se destaca la afirmación 10: 10. *Creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se trabaja la atención y concentración del paciente.* Con **valor neutro** las afirmaciones 4, 5, 6 y 13: 4. *Creo que el taller para la creatividad puede aumentar la operatividad del paciente en Neuropsicología,* 5. *Creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se estimula al paciente a participar e involucrarse en las actividades planteadas en Neuropsicología,* 6. *Creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se contribuye a controlar la impulsividad del paciente en las actividades planteadas en Neuropsicología y,* 13. *La estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas, puede contribuir al grado de autonomía e independencia de los pacientes.* Con **valor negativo** las afirmaciones 1, 3, 7, 9 y 11: 1, *La creatividad estimula la capacidad del paciente para ver un mayor número de perspectivas desde las que solucionar un problema,* 3. *El taller para la estimulación de la creatividad, ha contribuido de manera beneficiosa, en la operatividad del paciente durante otros tratamientos de su rehabilitación,* 7. *Creo que, desde el taller para estimular la creatividad, se contribuye a gestionar y canalizar las emociones del paciente en las sesiones de Neuropsicología,* 9. *Creo que el taller para estimular la creatividad, es una buena terapia para ejercitar la memoria del paciente y,* 11. *Durante el desarrollo del taller para la creatividad, he notado una evolución positiva del paciente con respecto a Neuropsicología.*

Desde terapia ocupacional se destacan los siguientes valores

Con **valor positivo** se destacan las afirmaciones 2 y 9: 2. *Creo que estos talleres pueden complementar otras terapias llevadas a cabo para el bienestar emocional y social del paciente y,* 9. *La estimulación de la creatividad mediante prácticas artísticas, puede ayudar a la mejora del bienestar social y emocional de los pacientes.* Con **valor neutro** las afirmaciones 3 y 6: 3. *El taller para la estimulación de la creatividad ha contribuido, de manera beneficiosa, en la operatividad del paciente durante otros tratamientos de su rehabilitación y,* 6. *Durante el desarrollo del taller para la creatividad, he notado una evolución positiva del paciente con respecto a terapia ocupacional.*

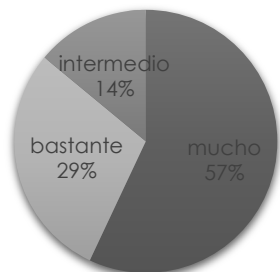
3.2.3.7. REUNIONES CON EL EQUIPO DE LA UNIDAD

La posibilidad de enlazar *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* y otras terapias en función del rendimiento y la operatividad de los pacientes, surge finalizada la intervención en el campo, por ello, en las reuniones con el equipo, se establece la necesidad de abordar la estrategia desde una perspectiva inicial común que, también a ellos, permita tener en cuenta los valores estimados durante la participación paralela de arteterapia y, con ellos, obtener posibles mejoras en la valoración de resultados.

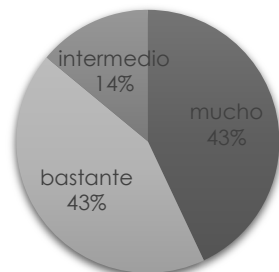
3.2.3.8. GRÁFICAS SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

Gráficas sobre los resultados de los cuestionarios de los participantes

Satisfacción con el contenido del programa en relación a la propuesta inicial: creatividad y accidente cerebrovascular - Satisfacción con el ritmo del programa en función de las necesidades del grupo

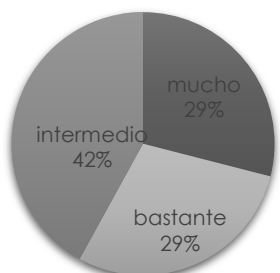


■ mucho ■ bastante ■ intermedio
■ poco ■ nada

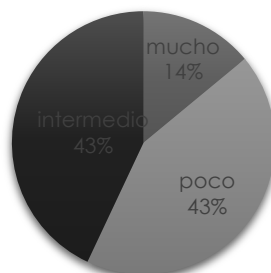


■ mucho ■ bastante ■ intermedio
■ poco ■ nada

La práctica creativa contribuye al bienestar social y emocional del paciente - Los contenidos impartidos en el programa contribuyen a la autonomía e independencia del paciente

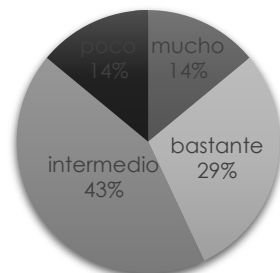


■ mucho ■ bastante ■ intermedio
■ poco ■ nada

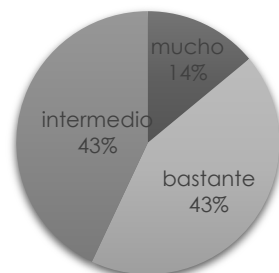


■ mucho ■ bastante ■ poco
■ intermedio ■ nada

La práctica creativa aumenta la operatividad del paciente en terapia ocupacional - La práctica creativa aumenta la operatividad del paciente en neuropsicología



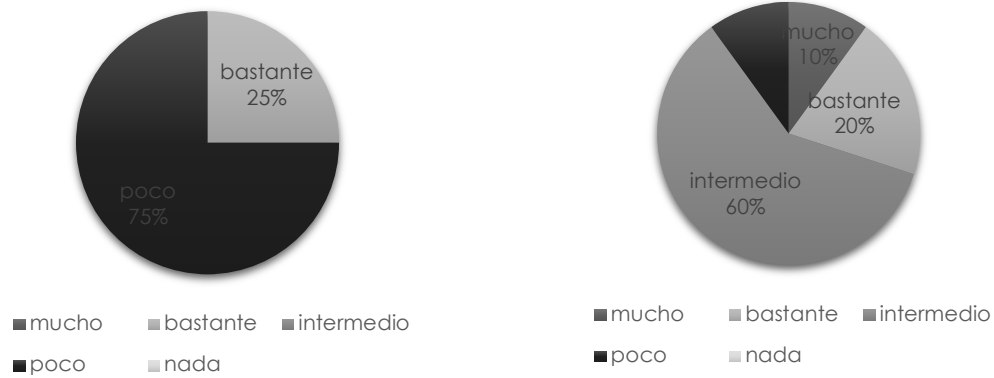
■ mucho ■ bastante ■ intermedio
■ poco ■ nada



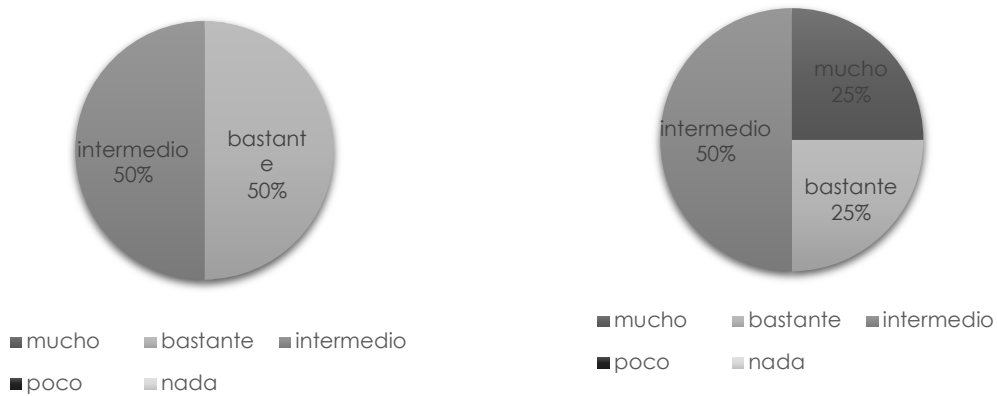
■ mucho ■ bastante ■ intermedio
■ poco ■ nada

Gráficas sobre los resultados de los cuestionarios de los neuropsicólogos y de los terapeutas ocupacionales

La práctica creativa contribuye al bienestar social y emocional del paciente - La práctica creativa contribuye a la autonomía e independencia del paciente

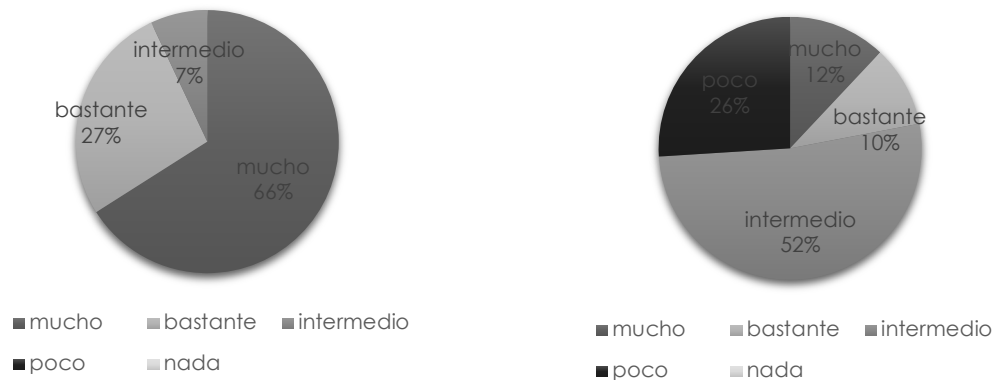


La práctica creativa aumenta la operatividad del paciente en terapia ocupacional - El taller para la creatividad aumenta la operatividad del paciente en neuropsicología



gráficas de las medias de los resultados entre pacientes y terapeutas

La práctica creativa contribuye al bienestar social y emocional del paciente - La práctica creativa contribuye a la autonomía e independencia del paciente



La práctica creativa aumenta la operatividad del paciente en terapia ocupacional - La práctica creativa aumenta la operatividad del paciente en neuropsicología

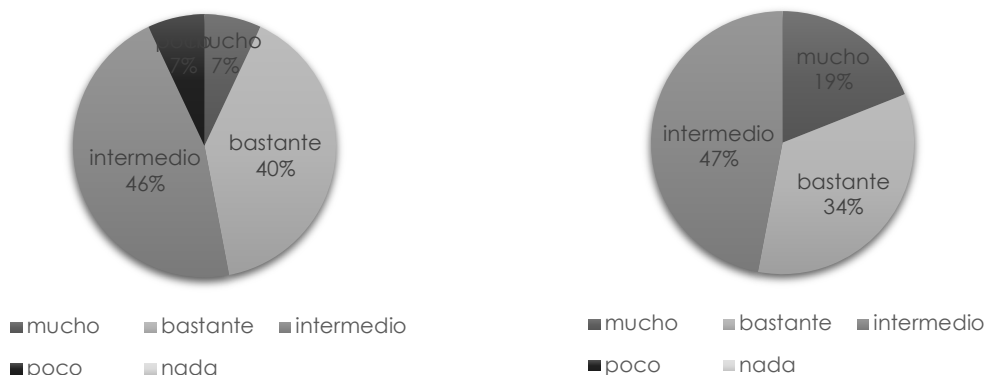


Figura 11 (2016): Gráfica 1 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 2 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 3 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 4 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 5 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 6 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 1 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 2 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 3 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 4 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 1 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad; Gráfica 2 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad; Gráfica 3 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad; Gráfica 4 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad de los pacientes en la Unidad

3.2.3.9. RESUMEN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE VIABILIDAD SOBRE LA ESTRATEGIA

Durante la acción participativa, desde el punto de vista del investigador, las tablas recogen los resultados positivos del análisis y evaluación cualitativa de los participantes en cada actividad, demostrando el valor general de la estrategia y su viabilidad como tipo de intervención en el contexto del daño cerebral adquirido. Por otro lado, desde el punto de vista de los pacientes, neuropsicólogos y terapeutas ocupacionales, se agrupan las respuestas obtenidas en los cuestionarios propuestos sobre el modelo aplicado y sus posibles aportaciones.

Desde el **punto de vista del investigador** sobre la acción participativa se demuestra un valor positivo igual a 3'793 sobre 4'120.

Desde el **punto de vista de los pacientes** en los cuestionarios se demuestra un valor positivo igual a 325 sobre 420.

Desde el **punto de vista de los neuropsicólogos**, los cuestionarios muestran un valor neutro igual a 514 sobre 980.

Desde el **punto de vista de terapia ocupacional**, los cuestionarios muestran un valor positivo igual a 487 sobre 630.

Los resultados volcados sobre gráficas muestran las conclusiones recopiladas tras de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias".

El 93 % de los participantes afirman que la arteterapia contribuye a su bienestar social y emocional.

El 86% de los participantes están satisfechos con la relación entre enunciado, objetivos y contenidos impartidos durante la propuesta.

El 52% de los participantes consideran que, en función de sus déficits, la estrategia contribuye a su autonomía e independencia.

CONCLUSIONES

Tanto en las tablas como en las gráficas se demuestra la validez y viabilidad de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el contexto de rehabilitación del daño cerebral adquirido. Se tiene en cuenta que, en continuo crecimiento, tanto la estructura como las hipótesis surgen durante la inmersión en el campo. Las direcciones de carácter neutro o negativo de neuropsicología o de terapia ocupacional, en algunos ítems, pueden aumentar su positividad por medio de una mayor interacción entre campos desde el comienzo de la intervención. Validado el programa como herramienta para la rehabilitación del daño cerebral adquirido desde varias perspectivas de carácter cualitativo, se asume la necesidad de utilizar futuras escalas de valoración en la próxima intervención, permitiendo la cuantificación de datos con rigor científico sobre las variantes obtenidas entre el antes y el después de la intervención artística en el contexto del daño cerebral adquirido.

3.3. ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO

EFFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA EN EL SERVICIO DE NEURORREHABILITACIÓN DEL “HOSPITAL VITHAS NISA VALENCIA AL MAR”

Validada la estrategia y rutinas con las que se pretende intervenir en el contexto clínico, de carácter estructurado y cerrado, en 2018 comienza el Estudio Controlado Aleatorizado en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”, con un grupo de 16 participantes controles paralelo a otro de 22 experimentales, que participan en *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación*, de los cuales 7, a causa de la gravedad de sus déficits, sus responsables excluyen en la realización de las escalas de valoración propuestas.

Tras un riguroso estudio sobre las posibilidades existentes entre escalas de valoración validadas a nivel clínico, para medir el grado de progreso en varias áreas del paciente, que verifican su mejora tras la intervención del arte y la educación en el contexto de neurorrehabilitación a modo de cuestionarios, el grupo control y el grupo experimental, antes y después de la estrategia, realizan las escalas de medida propuestas: Índice de Barthel, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, EuroQol-5D, Escala de Habilidades Sociales y Escala Conductual de Sistemas Frontales. Los terapeutas ocupacionales se encargan de realizar el Índice de Barthel en ambos grupos.

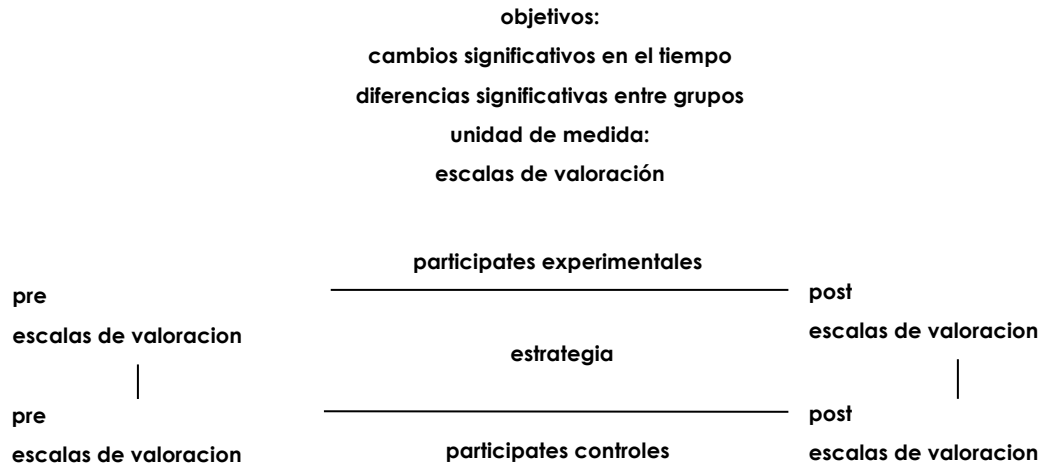


Figura 12 (2018): Estructura del Estudio Controlado Aleatorizado

3.3.1. PARTICIPANTES DE LA ESTRATEGIA

Nuevamente se introduce *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el contexto del daño cerebral adquirido. En esta ocasión en un grupo de 22 participantes que, por agilidad y efectividad en la intervención, se dividen en cuatro grupos de adultos con daño cerebral adquirido, cuyo rango de edad se sitúa entre los 19 y 76 años, seis mujeres y dieciséis hombres, que participan en el programa propuesto de forma voluntaria y paralela a su neurorrehabilitación.

Las causas de sus lesiones vuelven a ser heterogéneas. A continuación, se presenta una ficha del estado clínico de cada participante experimental donde frente a la información del estudio de viabilidad (2016), en esta ocasión, se incluye el nivel de estudios, la ocupación y la fecha de la lesión.

e= estado / n= nivel

Tabla 44: Muestra empleada para el estudio de efectividad¹ (1EB)

referencia	1eb
edad	47 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus hemorrágico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	déficit en la memoria a corto plazo y dificultad en concentración y planificación futura
e. motor	sin alteración
e. emocional	falta de autoestima
n. independencia	independiente
n. estudios	secundarios
ocupación	mecánico electricista
fecha lesión	25/04/17

¹ Las fichas del estado clínico de la muestra control se ubican en Apéndice 2

Tabla 45: Muestra empleada para el estudio de efectividad (2JA)

referencia	2ja
edad	46 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	respuestas impulsivas. conductas perseverativas
e. motor	hemiparesia de predominio braquial
e. emocional	sin alteración
n. independencia	independiente con ayuda ocasional de terceros
n. estudios	terciarios
ocupación	director sucursal bancaria
fecha lesión	25/10/16

Tabla 46: Muestra empleada para el estudio de efectividad (3FN)

referencia	3fn
edad	55 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	falta de flexibilidad conductual y conductas perseverativas. Dificultades en la planificación y flexibilidad. déficit en atención selectiva
e. motor	sin alteraciones
e. emocional	trastorno de la personalidad y ansiedad generalizada. en seguimiento de psiquiatría
n. independencia	independiente con supervisión de terceros
n. estudios	secundarios
ocupación	mantenimiento
fecha lesión	01/09/16

Tabla 47: Muestra empleada para el estudio de efectividad (4BF)

referencia	4bf
edad	55 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	déficit de memoria a corto plazo. Déficit en atención selectiva y velocidad de procesamiento. Dificultades en la planificación y flexibilidad. Respuestas impulsivas.
e. motor	hemiparesia izquierda de predominio braquial
e. emocional	depresión y apatía
n. independencia	ayuda tercera persona
n. estudios	secundarios
ocupación	restauración
fecha lesión	15/11/14

Tabla 48: Muestra empleada para el estudio de efectividad (5JD)

referencia	5jd
edad	67 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico e ictus hemorrágico
comunicación	alteración en la velocidad
e. cognitivo	falta de atención, concentración y capacidad de planificación. Déficits en la memoria a corto plazo
e. motor	bipedestación con problemas de equilibrio
e. emocional	depresión y ansiedad
n. independencia	dependiente con supervisión de terceros
n. estudios	primer grado
ocupación	metalúrgico (prejubilado)
fecha lesión	16/06/13 – 03/04/14

Tabla 49: Muestra empleada para el estudio de efectividad (6JB)

referencia	6jb
edad	55 años
sexo	hombre
diagnóstico	traumatismo craneoencefálico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	falta de concentración y respuestas impulsivas. Falta de conciencia sobre el déficit
e. motor	sin alteración
e. emocional	sin alteración
n. independencia	independiente
n. estudios	secundarios
ocupación	conductor de autobús y camión
fecha lesión	14/02/17

Tabla 50: Muestra empleada para el estudio de efectividad 7(FH)

referencia	7fh
edad	76 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	déficit en la memoria a corto plazo
e. motor	bipedestación inestable
e. emocional	apatía y falta de interés
n. independencia	dependiente con supervisión de terceros
n. estudios	terciarios
ocupación	empresario (jubilado)
fecha lesión	01/11/2017

Tabla 51: Muestra empleada para el estudio de efectividad (8AS)

referencia	8as
edad	71 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	conductas perseverativas. Falta de conciencia del déficit
e. motor	sin alteración
e. emocional	sin valoración
n. independencia	independiente
n. estudios	terciarios
ocupación	empresario
fecha lesión	12/01/16

Tabla 52: Muestra empleada para el estudio de efectividad (9AM)

referencia	9am
edad	53 años
sexo	hombre
diagnóstico	politraumatismo craneoencefálico
comunicación	sin alteraciones
e. cognitivo	falta de concentración y déficit en atención sostenida
e. motor	sin alteraciones
e. emocional	apatía
n. independencia	independiente
n. estudios	superiores
ocupación	profesor de artes plásticas
fecha lesión	11/12/2007

Tabla 53: Muestra empleada para el estudio de efectividad (10AG)

referencia	10ag
edad	54 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	atención selectiva, alternante y dificultades en práxias ideatorias
e. motor	bipedestación inestable
e. emocional	falta de autoestima
n. independencia	supervisión ocasional
n. estudios	terciarios
ocupación	director comercial
fecha lesión	31/12/2007

Tabla 54: Muestra empleada para el estudio de efectividad (110B)

referencia	11ob
edad	61 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	velocidad de procesamiento
e. motor	hemiparesia izquierda de predominio braquial. Bipedestación con control ocasional de terceros
e. emocional	sin valoración
n. independencia	refuerzo de terceros
n. estudios	secundarios
ocupación	restauración
fecha lesión	13/03/08

Tabla 55: Muestra empleada para el estudio de efectividad (12CM)

referencia	12cm
edad	53 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus hemorrágico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	síndrome confusional agudo en la orientación temporo-espacial
e. motor	sin alteración
e. emocional	episodios de agitación
n. independencia	supervisión de terceros
n. estudios	terciarios
ocupación	maestra
fecha lesión	17/12/15

Tabla 56: Muestra empleada para el estudio de efectividad (13JR)

referencia	13jr
edad	38 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus hemorrágico
comunicación	tartamudeo y falta de fluidez en la comunicación
e. cognitivo	epilepsia residual pérdidas de conciencia episodios de ausencia. Alteración en la velocidad de procesamiento
e. motor	hemiplejía izquierda residual
e. emocional	falta de conciencia sobre el déficit
n. independencia	dependencia total
n. estudios	primer grado
ocupación	mecánico mantenimiento
fecha lesión	25/05/17

Tabla 57: Muestra empleada para el estudio de efectividad (14TS)

referencia	14ts
edad	28 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus hemorrágico
comunicación	afasia en habla, escritura y lectura
e. cognitivo	falta de conciencia del déficit
e. motor	hemiparesia espástica derecha de predominio braquial residual. Marcha con trípode afianzada
e. emocional	falta de autoestima
n. independencia	supervisión de terceros
n. estudios	secundarios
ocupación	peluquera
fecha lesión	9/12/16

Tabla 58: Muestra empleada para el estudio de efectividad (15VV)

referencia	15vv
edad	53 años
sexo	hombre
diagnóstico	traumatismo craneoencefálico
comunicación	alteración en la velocidad del habla
e. cognitivo	respuestas perseverativas y falta de flexibilidad en el razonamiento
e. motor	bipedestación consolidada
e. emocional	respuestas impulsivas y alteraciones en el humor
n. independencia	independiente con supervisión de terceros
n. estudios	superiores
ocupación	ingeniero industrial
fecha lesión	02/10/10

Tabla 59: Muestra empleada para el estudio de efectividad (16BR)

referencia	16br
edad	20 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus hemorrágico
comunicación	dificultad en lectura y escritura
e. cognitivo	sin valoración
e. motor	disminución de la sensibilidad en mano y dedos
e. emocional	ansiedad, depresión y falta de autoestima. Dificultad en las relaciones sociales
n. independencia	independiente con supervisión de terceros
n. estudios	secundarios
ocupación	estudiante (grado superior de informática)
fecha lesión	31/03/17

Tabla 60: Muestra empleada para el estudio de efectividad (17LI)

referencia	17li
edad	73 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	pérdida de visión en ambos ojos. Alteración de memoria, tanto en el aprendizaje de información como en la recuperación. Dificultades en práxias ideatorias e ideomotoras
e. motor	hemiplejía izquierda
e. emocional	ansiedad, depresión y falta de autoestima
n. independencia	dependencia total
n. estudios	primer grado
ocupación	pensionista
fecha lesión	24/12/10

3.3.2. MEMORIA DE LA ESTRATEGIA

Para asegurar la muestra de pacientes, la intervención de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar” se reduce a entre 11 y 14 actividades por grupo. A ellas se suman una o dos sesiones al comenzar y una o dos sesiones al concluir, dirigidas por el observador participante, para la realización individual de las escalas de valoración. Adaptados al ritmo de cada grupo (Tabla 61), a medida que avanza la intervención, las actividades se ajustan, ya sea a las necesidades y preferencias del observador, como a las de los participantes en cada equipo.

Tabla 61: Grupos de participantes del Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

grupo	nº de actividades	nº de participantes
grupo 1	11 actividades	4 participantes
grupo 2	14 actividades	6 participantes
grupo 3	13 actividades	7 participantes
grupo 4	13 actividades	5 participantes

A continuación, por cada tabla presentada sobre las actividades planteadas a cada grupo, el estudio de efectividad expone dos resultados plásticos escogidos por el investigador y obtenidos durante la acción participativa y el desarrollo de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Entre diversidad de técnicas, dimensiones, colores, formas y tipos de iconografía, se evidencia la rica gama heterogénea de soluciones e interpretaciones logradas durante la intervención. Cada interpretación obtiene tantas interpretaciones como interpretantes participen en la acción. A continuación, agrupadas sin distinciones entre enunciado de cada actividad o fecha de la propuesta, se muestra una serie de treinta y ocho imágenes de algunos resultados obtenidos por los participantes durante la intervención de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”.

Tabla 62: Ficha de la actividad 1 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 1	actividad 1	actividad 1	actividad 1
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	interpretación de obras	interpretación de obras	interpretación de obras	interpretación de obras
fecha	29/01/2018 y 05/02/2018	24/01/2018 y 31/01/2018	25/01/2018 y 01/02/2018	25/01/2018 y 01/02/2018
nº de sesiones	2	2	2	2
materiales y dimensiones	acrílico y acetato a4 y a3	acrílico y acetato a4 y a3	acrílico y acetato a4 y a3	acrílico y acetato a4 y a3
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4 y 4	4 y 5	5 y 5	5 y 4
rendimiento	bueno	bueno	bueno	bueno
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión



Imagen 59 (2018): Resumen de los resultados 1 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 2 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 63: Ficha de la actividad 2 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 2	actividad 2	actividad 2	actividad 2
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	juego de frutas	juego de frutas	juego de frutas	juego de frutas
fecha	12/02/2018	07/02/2018	08/02/2018	08/02/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
materiales y dimensiones	bodegón, acrílicos y papel grueso a3	bodegón, acrílicos y papel grueso a3	bodegón, acrílicos y papel grueso a3	bodegón, acrílicos y papel grueso a3
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	3	4	5	5
rendimiento	bueno	bueno	bueno	bueno
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión



Imagen 60 (2018): Resumen de los resultados 3 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 4 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 64: Ficha de la actividad 3 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 3	actividad 3	actividad 3	actividad 3
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	música, ritmo y línea	música, ritmo y línea	música, ritmo y línea	música, ritmo y línea
fecha	19/02/2018	19/02/2018	19/02/2018	19/02/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
material y dimensiones	tinta china, nogalina y papel grueso a3	tinta china, nogalina y papel grueso a3	tinta china, nogalina y papel grueso a3	tinta china, nogalina y papel grueso a3
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	2	2	2	2
rendimiento	óptimo	óptimo	óptimo	óptimo
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión

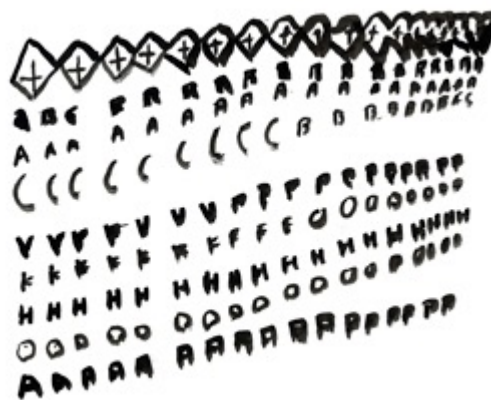


Imagen 61 (2018): Resumen de los resultados 5 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 6 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 65: Ficha de la actividad 4 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 4	actividad 4	actividad 4	actividad 4
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	música y colores	música y colores	música y colores	música y colores
fecha	26/02/2018	21/02/2018	22/02/2018	22/02/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
material y dimensiones	acrílico y papel grueso a3	acrílico y papel grueso a3	acrílico y papel grueso a3	acrílico y papel grueso a3
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4	5	5	4
rendimiento	óptimo	bueno	bueno	bueno
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión



Imagen 62 (2018): Resumen de los resultados 7 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 8 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 66: Ficha de la actividad 5 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 5	actividad 5	actividad 5	actividad 5
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	cadáver	cadáver	cadáver	cadáver
fecha	exquisito adaptado	exquisito adaptado	exquisito adaptado	exquisito adaptado
	05/03/2018	28/02/2018	01/03/2018	01/03/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
materia y dimensiones	acrílico y loneta	acrílico y loneta	acrílico y loneta	acrílico y loneta
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4	6	5	4
rendimiento	óptimo	bueno	bueno	bueno
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión

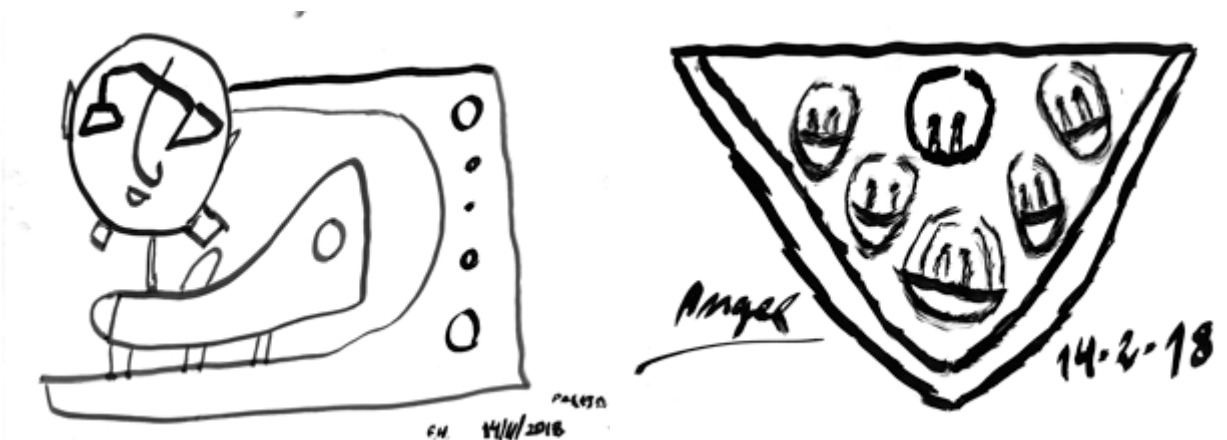


Imagen 63 (2018): Resumen de los resultados 9 de las actividades propuestas en el programa *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 10 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 67: Ficha de la actividad 6 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 6	actividad 6	actividad 6	actividad 6
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	el sorteo	el sorteo	el sorteo	el sorteo
fecha	12/03/2018	07/03/2018	08/03/2018	08/03/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
materiales y dimensiones	acrílico y papel grueso a2	acrílico y papel grueso a2	acrílico y papel grueso a2	acrílico y papel grueso a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4	5	3	3
rendimiento	óptimo	óptimo	bueno	óptimo
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión

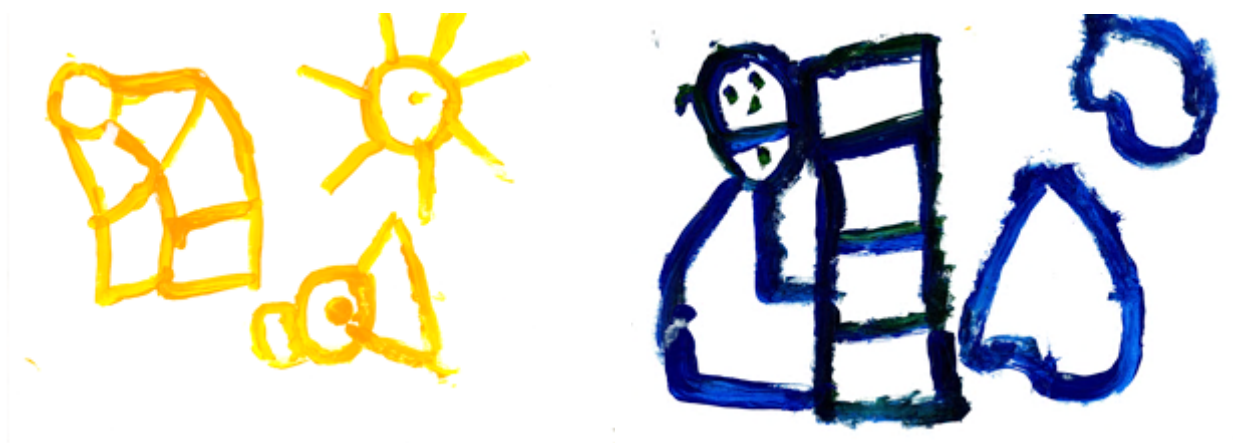


Imagen 64 (2018): Resumen de los resultados 11 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 12 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 68: Ficha de la actividad 7 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"

	actividad 7	actividad 7	actividad 7	actividad 7
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	cadáver exquisito	representación	representación	representación
fecha	rotatorio, "identidad"	de felicidad y preparación dm	de felicidad y preparación dm	de sexo y preparación dm
	26/03/2018	14/3/2018	15/03/2018	15/03/2018
nº de sesiones	1	2	1	1
materias y dimensiones	acrílico y papel grueso a2	acrílico negro y de colores, papel grueso a2, dm a4	acrílico negro y de colores, papel grueso a2, dm a4	acrílico negro y de colores, papel grueso a2, dm a4
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	3	5	5	4
rendimiento	óptimo	bueno	bueno	bueno
bloque	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión	percepción y expresión

O. PURO
FUFITO YETOLOLOVENA
FINISSE VENTAS ACCIÓN 200
DENANCIA (LACMA) COMICEN
VALENCIA

MELANIE EBHOPO TEMATI
SALVADOR NOSES PIMENTAS
SERVICIO POLICIA
SIEMPRE SALIM ROSENIA SIMON
BAREGIN

Imagen 65 (2018): Resumen de los resultados 13 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 14 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"

Tabla 69: Ficha de la actividad 8 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 8	actividad 8	actividad 8	actividad 8
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	autorretrato	interpretación	cadáver exquisito	interpretación
fecha	doble (antes y después)	libre sobre dm negro	rotatorio, concepto “identidad”	libre sobre dm negro
	16/04/2018	22/03/2018	22/03/2018	22/03/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
materiales y dimensiones	acrílico y papel grueso a2	acrílico y dm a4 imprimado	acrílico y papel grueso a2	acrílico y dm a4 imprimado
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4	4	7	4
rendimiento	óptimo	bueno	óptimo	bueno
bloque	percepción, expresión y memoria	percepción, expresión y memoria	percepción y expresión	percepción, expresión y memoria



Imagen 66 (2018): Resumen de los resultados 15 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 16 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 70: Ficha de la actividad 9 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"

	actividad 9	actividad 9	actividad 9	actividad 9
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	planteamiento	cadáver exquisito	autorretrato doble	cadáver exquisito
fecha	propuesta y construcción de bocetos	rotatorio, interpretación "identidad"	(antes y después)	rotatorio, interpretación "identidad"
	23/04/2018	28/03/2018	05/04/2018	05/04/2018
nº de sesiones	1	1	1	1
materiales y dimensiones	lápiz y papel a4	acrílico y papel grueso a2	acrílico y papel grueso a2	acrílico y papel grueso a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4	5	6	3
rendimiento	bueno	bueno	bueno	bueno
bloqueo	percepción, expresión, memoria y proyección	percepción y expresión	percepción, expresión y memoria	percepción y expresión



Imagen 67 (2018): Resumen de los resultados 17 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 18 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"

Tabla 71: Ficha de la actividad 10 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 10	actividad 10	actividad 10	actividad 10
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	proyecto individual	autorretrato doble (series con tablas dm	autorretrato doble (antes y después)
fecha	30/04/2018	04/04/2018	12/04/2018	12/04/2018
nº de sesiones	1	1	1	2
material y dimensiones	libres	acrílico y papel grueso a2	acrílico y tabla dm a4 imprimadas	acrílico y papel grueso a2
lugar de trabajo	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	60 min	60 min	60 min	60 min
nº participantes	4	5	5	3
rendimiento	óptimo	óptimo	bueno	bueno
bloque	percepción, expresión, memoria y proyección	percepción, expresión y memoria	percepción, expresión y memoria	percepción, expresión y memoria



Imagen 68 (2018): Resumen de los resultados 19 de las actividades propuestas en el programa *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 20 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 72: Ficha de la actividad 11 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 11	actividad 11	actividad 11	actividad 11
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	-	componer escenas según las listas de objetos dadas	collage pictórico de imágenes	planteamiento propuesta y construcción de bocetos
fecha	-	11/04/2018	19/04/2018	19/04/2018
nº de sesiones	-	1	1	1
materiales y dimensiones	-	tinta china, nogalina y papel a3	acrílicos y papel grueso a3	lápiz y papel a4
lugar de trabajo	-	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	-	60 min	60 min	60 min
nº participantes	-	5	7	3
rendimiento	-	bueno	bueno	bueno
bloque	-	percepción, expresión y memoria	percepción y expresión	percepción, expresión, memoria y proyección



Imagen 69 (2018): Resumen de los resultados 21 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 22 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 73: Ficha de la actividad 12 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 12	actividad 12	actividad 12	actividad 12
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	-	propuesta y construcción de bocetos	propuesta y construcción de bocetos	proyecto individual
fecha	-	18/04/2018	26/04/2018	26/04/2018
nº de sesiones	-	1	1	1
materia y dimensiones	-	lápiz y papel a4	lápiz y papel a4	seleccionado por cada participante
lugar de trabajo	-	aula de arteterapia	aula de arteterapia	aula de arteterapia
duración	-	60 min	60 min	60 min
nº participantes	-	5	5	2
rendimiento	-	bueno	bueno	bueno
bloque	-	percepción, expresión, memoria y proyección	percepción, expresión, memoria y proyección	percepción, expresión, memoria y proyección



Imagen 70 (2018): Resumen de los resultados 23 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 24 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

Tabla 74: Ficha de la actividad 13 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

	actividad 13	actividad 13	actividad 13	actividad 13
grupo	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
título	-	proyecto individual	proyecto individual	-
fecha	-	25/04/2018 y 2/05/18	03/05/2018	-
nº de sesiones	-	2	1	-
materia y dimensiones	-	seleccionado por cada participante	seleccionado por cada participante	-
lugar de trabajo	-	aula de arteterapia	aula de arteterapia	-
duración	-	60 min	60 min	-
nº participantes	-	3 y 3	3 y 3	-
rendimiento	-	bueno	bueno	-
bloque	-	percepción, expresión, memoria y proyección	percepción, expresión, memoria y proyección	-



Imagen 71 (2018): Resumen de los resultados 25 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”; Resumen de los resultados 26 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación* en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

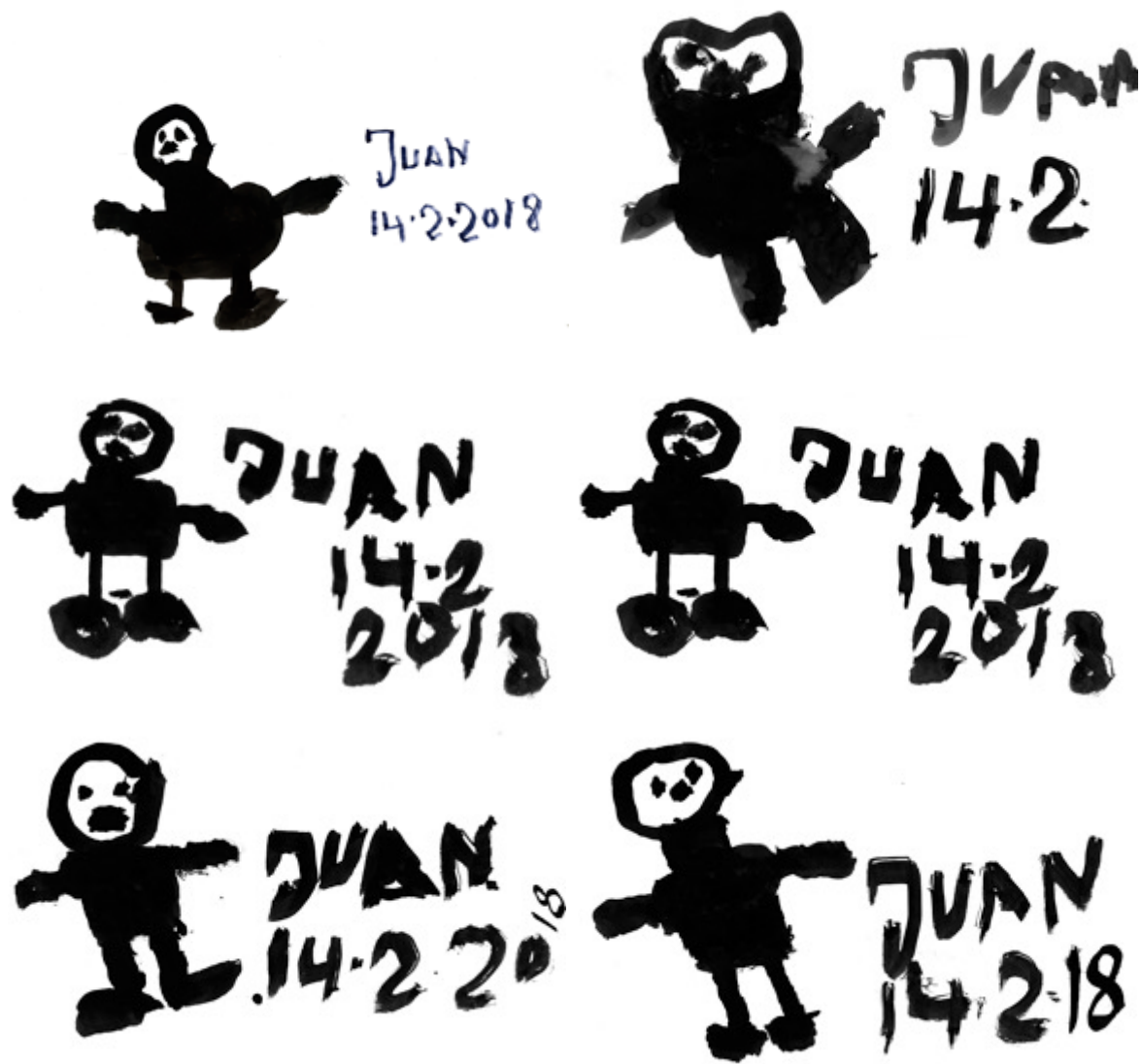


Imagen 72 (2018): Resumen de los resultados 27 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 28 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 29 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 30 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 31 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 32 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"

3.3.3. ÁREAS DE EVALUACIÓN

Las unidades de medida empleadas para evaluar la mejoría de los participantes son las escalas de valoración. Resueltas con métodos diferentes en cada caso, el Índice de Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997) mide la funcionalidad en las rutinas diarias de los participantes, la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989) mide el ras de autoestima, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond y Snaith, 1983) mide la ansiedad y la depresión, la EuroQol-5D (EuroQol Group, 1990) mide la calidad de vida, la Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000) mide la capacidad y el rango de habilidades sociales, y la Escala Conductual de Sistemas Frontales (Reid-Arndt, Nehl, y Hinkebein, 2007) calcula las habilidades ejecutivas.

Tabla 75: Áreas de evaluación propuestas para el *Estudio Controlado Aleatorizado*

áreas de evaluación propuestas
índice de barthel - funcionalidad diaria
escala de autoestima de rosenberg - autoestima
escala de ansiedad y depresión hospitalaria - ansiedad y depresión
euroqol-5d - calidad de vida
escala de habilidades sociales - habilidades sociales
escala conductual de sistemas frontales - habilidades ejecutivas



Imagen 73 (2018): Resumen de los resultados 33 de las actividades propuestas en el programa de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"

Metodología empleada en el índice de Barthel

Los terapeutas ocupacionales miden el nivel de independencia o dependencia de los pacientes en su higiene y aseo personal, en la comida, capacidad por sí solos para ir al retrete, subir y bajar escaleras, habilidad para vestirse, control vesical, control intestinal, marcha en silla de ruedas, y soltura en trasladarse de la cama al sillón. Las respuestas se valoran con 15, 10, 5 o 0 puntos por cada ítem contestado.

Metodología empleada en la Escala de Autoestima de Rosenberg

La escala plantea 10 preguntas dedicadas a medir el nivel de autoestima de los pacientes. Los participantes con 4 posibilidades de respuesta, según el enunciado se adapte mejor a la realidad, contestan las siguientes preguntas puntuadas del 4 al 1 de la pregunta 1 a la 6, y del 1 al 4, desde la pregunta 7 hasta la 10:

1. *Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.*
2. *Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.*
3. *Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.*
4. *Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.*
5. *En general, estoy satisfecho/a de mí mismo/a.*
6. *Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.*
7. *En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.*
8. *Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.*
9. *Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.*
10. *A veces creo que no soy buena persona.*

Metodología empleada en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Con 14 preguntas y 4 posibilidades de respuesta para el participante, se evalúa la ansiedad (1, 3, 5, 7, 9, 11, y 13) y depresión (2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14) del paciente en totales diferentes. Las respuestas se valoran del 0 al 3 en los enunciados: 2, 4, 7, 9, 12 y 14, y del 3 al 0 en los enunciados: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 y 13.

1. *Me siento tenso o nervioso.*
2. *Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.*
3. *Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.*
4. *Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.*
5. *Tengo mi mente llena de preocupaciones.*
6. *Me siento alegre.*
7. *Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.*
8. *Me siento como si cada día estuviera más lento.*
9. *Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.*

10. *He perdido interés en mi aspecto personal.*
11. *Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.*
12. *Me siento optimista respecto al futuro.*
13. *Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.*
14. *Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.*

Metodología empleada en la Escala Euroqol-5D

Se presentan tres enunciados que corresponden a cinco áreas de evaluación diferentes, movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión. Entre las respuestas que más se ajustan a la realidad, las respuestas se valoran del 1 al 3, la suma de todas las áreas cuantifica los totales. En las tablas se refleja el estado de salud de ese día en función de la perspectiva del paciente del 0 al 100, no se analizan los resultados obtenidos en esa escala debido al elevado número de participantes control que no la realizan, se utiliza para visibilizar los datos recogidos del resto de participantes. Los enunciados planteados por la escala son los siguientes:

No tengo problemas para caminar.

Tengo algunos problemas para caminar.

Tengo que estar en la cama.

No tengo problemas con el cuidado personal.

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.

Soy incapaz de lavarme o vestirme.

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.

No tengo dolor ni malestar.

Tengo moderado dolor o malestar.

Tengo mucho dolor o malestar.

No estoy ansioso ni deprimido.

Estoy moderadamente ansioso o deprimido.

Estoy muy ansioso o deprimido.

Metodología empleada en la Escala de Habilidades Sociales

Entre los treinta y tres enunciados propuestos con cuatro posibilidades de respuesta para los participantes, se miden cinco rangos característicos de las habilidades sociales, la autoexpresión en situaciones sociales (1, 2, 10, 11, 19, 20, 28 y 29), defensa de los propios derechos del consumidor (3, 4,

12, 21 y 30), expresión de enfado o disconformidad (13, 22, 31 y 32), decir no y cortar interacciones (5, 14, 15, 23, 24 y 33), hacer peticiones (6, 7, 16, 25 y 26), e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (8, 9, 17, 18 y 27). Las preguntas 7, 16, 25 y 18 se puntúan del 1 al 4, el resto, del 4 al 1:

1. *A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido. (I)*
2. *Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. (I)*
3. *Si al llegar a casa me encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. (II)*
4. *Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me callo. (II)*
5. *Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "NO". (IV)*
6. *A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado. (V)*
7. *Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo. (V)*
8. *A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto (VI)*
9. *Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir. (VI)*
10. *Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo. (I)*
11. *A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería. (I)*
12. *Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. (III)*
13. *Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso. (III)*
14. *Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla. (IV)*
15. *Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme. (IV)*
16. *Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal las vueltas, regreso allí a pedir el cambio correcto. (V)*
17. *No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta. (VI)*
18. *Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, toma la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella. (VI)*
19. *Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. (I)*
20. *Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar entrevistas personales. (I)*
21. *Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo. (II)*
22. *Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado. (III)*
23. *Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que habla mucho. (IV)*
24. *Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión. (IV)*
25. *Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero para haberlo olvidado, se lo recuerdo. (V)*
26. *Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor. (V)*
27. *Soy incapaz de pedir a alguien una cita. (VI)*
28. *Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico. (I)*
29. *Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.). (I)*
30. *Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago cómo si no me diera cuenta. (II)*
31. *Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tengo motivos justificados. (III)*

32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas. (III)

33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces. (IV)

Metodología empleada en la Escala Conductual de Sistemas Frontales

La escala presenta cuarenta y siete afirmaciones donde sus respuestas se dividen en cinco contestaciones sobre habilidades ejecutivas entre el antes y después de haber sufrido la lesión, cada una de ellas con cinco respuestas diferentes, mide tres déficits, apatía (1, 8, 11, 14, 16, 21, 23, 24, 29, 38, 39, 41, 42 y 46), desinhibición (2, 4, 6, 9, 10, 12, 18, 27, 28, 30, 31, 32, 43, 44, 45) y ejecución (3, 5, 7, 13, 15, 17, 19, 20 y 22). Desde la pregunta 1 hasta la 32, las respuestas se valoran del 1 al 5, desde la pregunta 33 hasta la 46 del 5 al 1. Las afirmaciones propuestas son las siguientes:

1. Hablo sólo cuando alguien me habla o alguien se dirige a mí. Si no, tiendo a estar callado.
2. Me irrito o enfado fácilmente. Tengo rabietas y arrebatos sin motivo aparente.
3. Repito ciertos actos o insisto siempre en las mismas ideas.
4. Hago las cosas de forma impulsiva, sin pensar.
5. Mezclo y me confundo cuando se me da una orden o una tarea, o me confundo cuando tiene varias cosas que hacer de forma consecutiva.
6. Río o lloro fácilmente.
7. Cometo siempre los mismos errores y no aprendo de los fallos.
8. Tengo dificultades para empezar a hacer cualquier actividad. No tengo iniciativa ni motivación para hacer nada.
9. Hago comentarios o insinuaciones sexuales inapropiados y actúo de forma insinuante.
10. Hago o digo comentarios embarazosos o poco apropiados.
11. No presto atención a mi higiene personal (lavado, aseo, limpieza.)
12. No puedo permanecer quieto, estoy hiperactivo.
13. Niego tener problemas o no soy consciente de mis errores.
14. En cuanto puedo, me siento o me tumbo y no hago nada.
15. Soy desorganizado.
16. Tengo episodios de incontinencia urinaria y fecal (mal control de la orina y las heces) sin que me importe.
17. No puedo hacer dos cosas a la vez (por ejemplo, hablar y preparar la comida).
18. Hablo fuera de turno e interrumpo a los demás en la conversación.
19. Resuelvo mal los problemas o las complicaciones.
20. Me invento historias fantásticas cuando no soy incapaz de recordar algo.
21. Tengo poco interés en las cosas que solían ser importantes o entretenidas para mí.
22. Digo una cosa y luego hago otra.
23. Empiezo las cosas pero luego soy incapaz de acabarlas.
24. Me muestro muy poco emotivo. Parece no importarme ni afectarme nada.
25. Se me olvidan las cosas que tengo que hacer y sólo las recuerdo cuando me lo dicen o cuando ya es demasiado tarde.
26. Soy inflexible e incapaz de cambiar mi rutina.
27. Me meto en problemas con la ley o con las autoridades.

28. *Me comporto de forma arriesgada cuando estoy solo.*
29. *Me muevo despacio, como si me faltara energía.*
30. *Tengo un sentido del humor muy infantil, me muestro muy ñoño/a.*
31. *La comida no tiene sabor u olor.*
32. *Insulto o digo palabrotas.*
33. *Me disculpo por mi mala conducta.*
34. *Presto atención y soy capaz de concentrarme aun cuando hay distractores.*
35. *Pienso las cosas antes de hacerlas (por ejemplo, piensa en el dinero que tiene antes de gastárselo).*
36. *Empleo estrategias para recordar cosas importantes que tengo que hacer (por ejemplo, me apunto notas).*
37. *Soy capaz de planificar mi futuro.*
38. *Muestro interés en relaciones sexuales.*
39. *Me preocupo por mi apariencia.*
40. *Acepto adecuadamente las críticas constructivas de los demás.*
41. *Soy capaz de entretenerme con actividades de forma espontánea (aficiones, etc).*
42. *Hago las cosas sin que me las tengan que decir.*
43. *Percibo las necesidades de los demás.*
44. *Me llevo bien con la gente de mi entorno.*
45. *Actúo de forma apropiada a mi edad.*
46. *Inicio conversaciones de forma espontánea.*

3.3.4. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO

Tabla 76: Muestra del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

grupo control	edad	fecha lesión	etiología	lateralidad
1jp	70,00	4-sept-16	isquemia	izquierda
2sl	48,00	25-dic-15	hemorragia	tronco
3jb	46,00	6-abr-17	isquemia	izquierda
4vi	35,00	26-oct-17	hemorragia	izquierda
5cc	39,00	27-abr-17	isquemia	bilateral
6ss	39,00	15-mar-17	tumor	izquierda
7ba	28,00	7-jun-16	tumor	izquierda
8ac	56,00	23-sept-16	hemorragia	izquierda
9cs	65,00	6-dic-16	isquemia	derecha
10im	57,00	20-dic-16	hemorragia	derecha
11vv	66,00	9-jul-10	isquemia	derecha
12as	58,00	6-feb-17	hemorragia	izquierda
13am	43,00	4-may-16	isquemia	izquierda
14mf	49,00	10-jun-17	traumatismo	derecha
15jm	74,00	16-ago-16	isquemia	izquierda
16ja	47,00	24-jul-16	tumor	izquierda
grupo experimental	edad	fecha lesión	etiología	lateralidad
1eb	48,00	25-abr-17	hemorragia	izquierda
2ja	47,00	25-oct-16	isquemia	derecha
3fn	55,00	1-sept-16	isquemia	derecha
4bf	55,00	15-nov-14	isquemia	derecha
5jd	69,00	16-jun-13	isquemia	derecha
6jb	56,00	14-feb-17	traumatismo	izquierda
7fh	77,00	1-nov-17	isquemia	izquierda
8as	74,00	12-ene-16	isquemia	izquierda
9am	53,00	11-dic-07	traumatismo	derecha
10ag	55,00	31-dic-07	isquemia	derecha
11ob	77,00	13-mar-08	isquemia	derecha
12cm	54,00	17-dic-15	hemorragia	derecha
13jr	39,00	25-may-17	hemorragia	derecha
14ts	29,00	9-dic-16	hemorragia	izquierda
15vv	61,00	2-oct-10	traumatismo	bilateral
16br	21,00	31-mar-17	hemorragia	derecha
17li	74,00	24-dic-10	isquemia	derecha

3.3.5. DATOS DEL ÍNDICE DE BARTHEL

Tabla 77: Valores y totales del Índice de Barthel en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

valores barthel						
100	independencia					
91-99	dependencia escasa					
61-90	dependencia moderada					
21-60	dependencia severa					
o-20	dependencia total					
totales	grupo control	grupo experimental	grupo control	grupo experimental		
independencia	9	5	pre 10	7		post
dependencia escasa	4	5	pre 3	4		post
dependencia moderada	3	4	pre 3	4		post
dependencia severa	0	2	pre 0	2		post
dependencia total	0	1	pre 0	0		post

Tabla 78: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

barthel

pre grupo control	total	higiene	baño	alimentación	wc	escalera	vestido	control vesical	control int.	silla	transferencia
1jp	99	5	4	10	10	10	10	10	10	15	15
2sl	78	5	4	8	8	5	8	10	10	8	12
3jb	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
4vi	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
5cc	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
6ss	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
7ba	98	5	5	8	10	10	10	10	10	15	15
8ac	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
9cs	97	5	4	10	10	8	10	10	10	15	15
10im	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
11vv	63	1	1	5	5	5	2	10	10	12	12
12as	98	5	5	10	10	10	10	8	10	15	15
13am	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
14mf	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15
15jm	85	4	3	8	10	8	5	10	10	12	15
16ja	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	10

Tabla 79: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

barthel												
post grupo	total	higiene	baño	alimentación	wc	escalera	vestido	control vesical	control int.	silla	transferencia	
1jp	99	5	4	10	10	10	10	10	10	15	15	
2sl	81	5	4	8	8	5	8	10	10	8	15	
3jb	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
4vi	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
5cc	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
6ss	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
7ba	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
8ac	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
9cs	97	5	4	10	10	8	10	10	10	15	15	
10im	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
11vv	69	1	1	5	5	8	5	10	10	12	12	
12as	98	5	5	10	10	10	10	8	10	15	15	
13am	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
14mf	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
15jm	89	4	4	8	10	8	8	10	10	12	15	
16ja	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	

Tabla 80: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

barthel												
pre grupo	total	higiene	baño	alimentación	wc	escalera	vestido	control vesical	control int.	silla	transferencia	
experimental												
1eb	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
2ja	74	3	4	5	8	5	2	10	10	15	12	
3fn	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
4bf	55	5	0	5	10	5	5	0	5	10	10	
5jd	94	4	4	10	10	10	8	8	10	15	15	
6jb	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
7fh	70	5	4	10	8	2	8	10	10	1	12	
8as	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
9am	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
10ag	91	5	5	8	10	8	5	10	10	15	15	
11ob	88	5	4	8	10	5	8	8	10	15	15	
12cm	96	4	4	10	10	10	8	10	10	15	15	
13jr	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
14ts	90	5	4	8	10	8	8	10	10	12	15	
15vv	94	5	4	10	10	8	10	10	10	12	15	
16br	96	4	4	10	10	10	8	10	10	15	15	
17li	36	3	1	5	2	2	2	5	8	0	8	

Tabla 81: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

barthel												
post grupo	total	higiene	baño	alimentación	wc	escalera	vestido	control vesical	control inf.	silla	transferencia	
experimental												
1eb	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
2ja	70	3	3	5	8	2	2	10	10	15	12	
3fn	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
4bf	65	10	5	5	10	5	5	0	5	10	10	
5jd	96	4	4	10	10	10	10	8	10	15	15	
6jb	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
7fh	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
8as	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
9am	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
10ag	94	5	5	8	10	8	8	10	10	15	15	
11ob	88	5	4	8	10	5	8	8	10	15	15	
12cm	96	4	4	10	10	10	8	10	10	15	15	
13jr	31	3	1	5	2	0	2	5	5	0	8	
14ts	90	5	4	8	10	8	8	10	10	12	15	
15vv	95	5	4	10	10	8	10	8	10	15	15	
16br	100	5	5	10	10	10	10	10	10	15	15	
17li	36	3	1	5	2	2	2	5	8	0	8	

3.3.6. DATOS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Tabla 82: Valores y totales de la Escala de Rosenberg en el Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

valores rosenberg						
40-30	autoestima elevada					
29-26	autoestima media					
<25	autoestima baja					
totales	grupo control	grupo experimental	grupo control	grupo experimental		
autoestima elevada	13	12	pre 12	12	post	
autoestima media	2	4	pre 4	5	post	
autoestima baja	1	1	pre 0	0	post	

Tabla 83: Escala de Autoestima de Rosenberg, datos de los participantes del Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

rosenberg					
crupo control	pre	post	crupo experimental	pre	post
1jp	30	28	1eb	35	31
2sl	36	37	2ja	30	36
3jb	30	32	3fn	33	31
4vi	23	26	4bf	30	27
5cc	39	39	5jd	27	26
6ss	30	30	6jb	36	36
7ba	37	37	7fh	31	37
8ac	34	35	8as	35	36
9cs	39	35	9am	36	40
10im	34	35	10ag	29	29
11vv	39	40	11ob	35	35
12as	28	26	12cm	35	36
13am	35	31	13jr	30	29
14mf	30	40	14ts	24	34
15jm	35	32	15vv	40	39
16ja	26	29	16br	28	31
			17li	31	27

3.3.7. DATOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA

Tabla 84: Valores y totales de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

valores had						
0-7	sin ansiedad					
8-10	borderline					
11-21	con ansiedad					
totales	grupo control	grupo experimental	grupo control	grupo experimental		
sin ansiedad	12	11	pre 13	13	post	
borderline	3	4	pre 1	2	post	
con ansiedad	1	2	pre 2	2	post	

Tabla 85: Valores y totales de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

valores had						
0-7	sin depresión					
8-10	borderline					
11-21	con depresión					
totales	grupo control	grupo experimental	grupo control	grupo experimental		
sin depresión	14	13	pre 14	14	post	
borderline	2	2	pre 1	1	post	
con depresión	0	2	pre 1	2	post	

Tabla 86: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (ansiedad). Datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

had ansiedad

crupo control	pre	post	crupo experimental	pre	post
1jp	6	4	1eb	7	7
2sl	6	3	2ja	6	4
3jb	4	7	3fn	11	11
4vi	6	3	4bf	11	8
5cc	4	6	5jd	8	6
6ss	6	7	6jb	4	3
7ba	3	6	7fh	4	5
8ac	4	5	8as	7	3
9cs	4	5	9am	5	1
10im	8	11	10ag	7	3
11vv	7	1	11ob	5	4
12as	8	10	12cm	4	7
13am	4	4	13jr	9	9
14mf	5	3	14ts	3	0
15jm	9	2	15vv	5	4
16ja	16	13	16br	8	4
			17li	8	13

Tabla 87: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (depresión). Datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Nisa Valencia al Mar”

had depresión

crupo control	pre	post	crupo experimental	pre	post
1jp	6	5	1eb	5	7
2sl	7	2	2ja	0	6
3jb	5	6	3fn	5	5
4vi	9	7	4bf	9	6
5cc	0	6	5jd	7	11
6ss	3	3	6jb	3	1
7ba	1	1	7fh	2	0
8ac	6	1	8as	2	2
9cs	0	0	9am	1	0
10im	6	6	10ag	4	4
11vv	7	6	11ob	6	8
12as	3	8	12cm	3	4
13am	2	1	13jr	10	2
14mf	1	3	14ts	5	0
15jm	7	2	15vv	2	0
16ja	9	15	16br	11	2
			17li	15	15

3.3.8. DATOS DE LA EUROQOL-5D

Tabla 88: Valores y totales de la Euroqol-5D en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

valores					
euroqol					
1	sin alteración				
2	alguna alteración				
3	con alteración				
totales	grupo control	grupo experimental	grupo control	grupo experimental	
sin alteración	2	2	pre 3	4	post
alguna alteración	11	7	pre 8	6	post
con alteración	3	8	pre 5	7	post

s.a= sin alteración

m = movilidad

d = dolor

a.a= con alguna alteración

cp= cuidado personal

ad = ansiedad y depresión

c.a= con alteración

ac = actividades cotidianas

Tabla 89: Euroqol-5D, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

euroqol dominios					
grupo control	pre	post	grupo experimental	pre	post
s.a movilidad	7	5	s.a movilidad	5	6
a.a movilidad	9	11	a.a movilidad	12	10
c.a movilidad	0	0	c.a movilidad	0	1
s.a cuidado personal	10	12	s.a cuidado personal	9	7
a.a cuidado personal	6	3	a.a cuidado personal	7	10
c.a cuidado personal	0	1	c.a cuidado personal	1	0
s.a actividades cotidianas	7	4	s.a actividades cotidianas	6	8
a.a actividades cotidianas	8	9	a.a actividades cotidianas	9	7
c.a actividades cotidianas	1	3	c.a actividades cotidianas	2	2
s.a dolor	10	8	s.a dolor	10	11
a.a dolor	5	8	a.a dolor	7	6
c.a dolor	1	0	c.a dolor	0	0
s.a ansiedad y depresión	11	12	s.a ansiedad y depresión	10	11
a.a ansiedad y depresión	5	4	a.a ansiedad y depresión	6	6
c.a ansiedad y depresión	0	0	c.a ansiedad y depresión	1	0

Tabla 90: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

euroqol							
pre grupo	eva	totales pre	movilidad	cuidado	actividades	dolor	ansiedad y
control	pre			personal	cotidianas		depresión
1jp		7	2	2	1	1	1
2sl	80,0	9	1	2	2	3	1
3jb		7	1	1	2	2	1
4vi		5	1	1	1	1	1
5cc		8	2	1	2	1	2
6ss	60,0	7	1	1	1	2	2
7ba	70,0	7	2	2	1	1	1
8ac		5	1	1	1	1	1
9cs	65,0	8	2	2	2	1	1
10im	40,0	9	2	2	1	2	2
11vv		9	2	2	3	1	1
12as	80,0	8	1	1	2	2	2
13am	82,5	8	2	1	2	2	1
14mf	90,0	6	1	1	2	1	1
15jm	80,0	6	2	1	1	1	1
16ja		8	2	1	2	1	2

Tabla 91: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

euroqol							
post grupo control	Eva pre	totales pre	movilidad	cuidado personal	actividades cotidianas	dolor	ansiedad y depresión
1jp	50,0	7	2	1	1	2	1
2sl	70,0	9	2	2	3	1	1
3jb	60,0	8	1	1	2	2	2
4vi	20,0	7	2	1	2	1	1
5cc	80,0	9	2	1	2	2	2
6ss	80,0	5	1	1	1	1	1
7ba	80,0	8	2	1	2	2	1
8ac	90,0	5	1	1	1	1	1
9cs	85,0	8	2	1	2	2	1
10im		9	2	1	2	2	2
11vv	60,0	9	2	3	3	1	1
12as	75,0	11	2	2	3	2	2
13am	90,0	8	2	1	2	2	1
14mf	90,0	5	1	1	1	1	1
15jm		8	2	2	2	1	1
16ja	85,0	6	1	1	2	1	1

Tabla 92: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

euroqol							
pre grupo	eva	totales pre	movilidad	cuidado personal	actividades cotidianas	dolor	ansiedad y depresión
experimental	pre						
1eb	80,0	10	2	2	2	2	2
2ja	85,0	9	2	2	2	1	2
3fn	95,0	8	2	1	2	1	2
4bf	50,0	8	2	2	2	1	1
5jd	50,0	6	1	1	1	1	2
6jb	100,0	6	1	1	2	1	1
7fh	80,0	9	2	1	2	2	2
8as	100,0	5	1	1	1	1	1
9am	90,0	6	2	1	1	1	1
10ag	60,0	9	2	2	2	2	1
11ob	90,0	9	2	2	2	2	1
12cm	80,0	6	1	1	1	2	1
13jr	70,0	10	2	2	2	2	2
14ts	50,0	9	2	2	3	1	1
15vv	97,5	6	2	1	1	1	1
16br	75,0	5	1	1	1	1	1
17li	75,0	13	2	3	3	2	3

Tabla 93: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

euroqol							
post grupo	eva	totales pre	movilidad	cuidado personal	actividades cotidianas	dolor	ansiedad y depresión
experimental	pre						
1eb	75,0	9	2	2	2	2	1
2ja	70,0	10	2	2	3	1	2
3fn	90,0	8	2	1	1	1	2
4bf	50,0	9	2	2	2	1	2
5jd	75,0	7	1	1	2	1	1
6jb	100,0	5	1	1	1	1	1
7fh	90,0	7	2	1	1	2	1
8as	95,0	5	1	1	1	1	1
9am	80,0	5	1	1	1	1	1
10ag	50,0	9	2	2	2	2	1
11ob	80,0	10	2	2	2	2	2
12cm	45,0	6	1	1	1	2	1
13jr	70,0	8	2	2	2	1	1
14ts	70,0	9	2	2	2	1	2
15vv	100,0	6	2	1	1	1	1
16br	77,5	5	1	1	1	1	1
17li	62,5	12	3	3	3	2	2

3.3.9. DATOS DE LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

Tabla 94: Valores y totales de la Escala de Habilidades Sociales en el Servicio de Neurorehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

valores ehs						
132-99	sin alteración					
68-66	alguna alteración					
65-0	con alteración					
totales	grupo control	grupo experimental	grupo control	grupo experimental		
sin alteración	5	5	pre 10	9	post	
alguna alteración	11	12	pre 5	8	post	
con alteración	0	0	pre 0	0	post	

Tabla 95: Dominios de la Escala de Habilidades Sociales

subvalores ehs	
autoexpresión	s.a = 32-22 / a.a = 21-11 / c.a = 11-0
defensa de derechos	s.a = 20-14 / a.a = 13-7 / c.a = 6-0
expresión de enfado	s.a = 16-12 / a.a = 11-6 / c.a = 5-0
decir no	s.a = 24-17 / a.a = 16-9 / c.a = 8-0
hacer peticiones	s.a = 20-14 / a.a = 13-7 / c.a = 6-0
interacción con el sexo opuesto	s.a = 20-14 / a.a = 13-7 / c.a = 6-0

s.a= sin alteración

m = movilidad

d = dolor

a.a= con alguna alteración

cp= cuidado personal

ad = ansiedad y depresión

c.a= con alteración

ac = actividades cotidianas

Tabla 96: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

ehs dominios					
crupo control	pre	post	crupo experimental	pre	post
s.a autoexpresión	14	14	s.a autoexpresión	9	16
a.a autoexpresión	2	1	a.a autoexpresión	8	1
c.a autoexpresión	0	0	c.a autoexpresión	0	0
s.a defensa de derechos	9	10	s.a defensa de derechos	5	10
a.a defensa de derechos	7	5	a.a defensa de derechos	11	7
c.a defensa de derechos	0	0	c.a defensa de derechos	1	0
s.a expresión de enfado	10	9	s.a expresión de enfado	5	5
a.a expresión de enfado	6	6	a.a expresión de enfado	12	12
c.a expresión de enfado	0	0	c.a expresión de enfado	0	0
s.a decir no	11	11	s.a decir no	9	10
a.a decir no	4	4	a.a decir no	8	7
c.a decir no	1	0	c.a decir no	0	0
s.a hacer peticiones	12	10	s.a hacer peticiones	13	16
a.a hacer peticiones	4	5	a.a hacer peticiones	4	1
c.a hacer peticiones	0	0	c.a hacer peticiones	0	0
s.a interacción	10	10	s.a interacción	8	9
a.a interacción	6	4	a.a interacción	8	8
c.a interacción con	0	1	c.a interacción con	1	0

Tabla 97: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

ehs							
pre grupo control	total	autoexpresión	defensa derechos	expresión de enfado	actividades cotidianas	hacer peticiones	interacción con sexo opuesto
1jp	85	22	15	10	13	12	13
2sl	116	28	17	13	24	17	17
3jb	89	21	15	8	19	14	12
4vi	92	24	10	10	18	14	16
5cc	108	27	15	13	20	16	17
6ss	93	25	18	13	12	9	16
7ba	96	22	13	13	19	18	11
8ac	92	22	13	13	18	16	10
9cs	92	26	10	10	18	12	16
10im	97	27	10	12	18	16	14
11vv	123	32	20	16	24	14	17
12as	91	23	14	12	15	15	12
13am	102	28	12	13	20	17	12
14mf	121	30	16	16	22	20	17
15jm	77	14	15	10	8	11	19
16ja	95	27	12	9	16	16	15

Tabla 98: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

ehs							
post grupo control	total	autoexpresión	defensa derechos	expresión de enfado	actividades cotidianas	hacer peticiones	interacción con sexo opuesto
1jp	119	30	19	16	24	13	17
2sl	110	32	20	16	22	14	6
3jb	104	25	16	11	23	14	15
4vi	96	30	9	12	13	15	18
5cc	115	27	17	14	21	17	19
6ss	84	25	11	13	16	10	9
7ba	106	28	17	12	21	15	13
8ac	81	23	11	10	17	16	14
9cs	111	30	16	11	22	15	17
10im	92	25	11	11	16	15	14
11vv	117	32	28	13	24	8	17
12as	68	20	8	6	12	12	10
13am	123	31	23	12	24	20	15
14mf	126	32	27	6	24	20	17
15jm							
16ja	99	25	17	14	19	10	11

Tabla 99: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

ehs							
pre grupo experimental	total	autoexpresión	defensa derechos	expresión de enfado	actividades cotidianas	hacer peticiones	interacción con sexo opuesto
1eb	101	23	12	13	24	15	14
2ja	81	24	9	7	13	15	13
3fn	74	15	13	12	13	11	10
4bf	83	21	11	12	14	13	12
5jd	83	24	12	10	17	13	7
6jb	95	24	13	7	18	14	19
7fh	90	24	15	10	15	15	11
8as	93	25	13	7	19	16	13
9am	99	25	16	12	14	17	15
10ag	110	32	12	9	22	18	17
11ob	81	19	15	7	16	11	13
12cm	102	30	13	8	18	17	16
13jr	89	24	13	8	16	15	13
14ts	83	19	5	13	18	14	14
15vv	105	25	12	11	20	19	18
16br	74	16	14	9	14	16	5
17li	88	19	14	6	18	15	16

Tabla 100: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del Hospital Nisa Valencia al Mar

ehs							
post grupo experimental	total	autoexpresión	defensa derechos	expresión de enfado	actividades cotidianas	hacer peticiones	interacción con sexo opuesto
1eb	114	24	18	12	23	17	20
2ja	86	27	11	7	17	15	9
3fn	78	18	16	8	12	15	9
4bf	100	27	11	10	14	18	20
5jd	114	30	17	14	20	18	15
6jb	99	28	16	6	16	19	14
7fh	108	27	17	13	19	20	12
8as	89	22	10	6	26	17	8
9am	115	28	17	12	23	18	17
10ag	103	23	11	11	21	17	20
11ob	101	29	19	10	22	9	12
12cm	92	25	12	6	14	20	15
13jr	95	29	8	11	19	16	12
14ts	111	30	17	16	15	14	19
15vv	98	25	16	7	16	17	17
16br	93	22	16	10	15	18	12
17li	83	22	9	8	18	15	11

3.3.10. DATOS DE LA ESCALA CONDUCTUAL DE SISTEMAS FRONTALES

Tabla 101: Valores y totales de la Escala Conductual de Sistemas Frontales en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

valores frsbe	
< 60	sin alteración
61-64	alguna alteración
> 65	con alteración

s.a= sin alteración

a.a= con alguna alteración

c.a= con alteración

Tabla 102: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

frsbe dominios					
crupo control	pre	post	crupo experimental	pre	post
s.a apatía pre	11	9	s.a apatía pre	17	12
a.a apatía pre	4	1	a.a apatía pre	0	2
c.a apatía pre	1	6	c.a apatía pre	0	3
s.a desinhibición pre	4	6	s.a desinhibición pre	11	8
a.a desinhibición pre	5	5	a.a desinhibición pre	4	4
c.a desinhibición pre	7	5	c.a desinhibición pre	2	5
s.a ejecución pre	0	1	s.a ejecución pre	4	3
a.a ejecución pre	4	1	a.a ejecución pre	3	1
c.a ejecución pre	12	14	c.a ejecución pre	1°	13
s.a apatía post	14	11	s.a apatía post	16	14
a.a apatía post	1	2	a.a apatía post	1	2
c.a apatía post	1	3	c.a apatía post	0	1
s.a desinhibición post	9	6	s.a desinhibición post	16	14
a.a desinhibición post	3	5	a.a desinhibición post	1	1
c.a desinhibición post	4	5	c.a desinhibición post	0	2
s.a ejecución post	5	6	s.a ejecución post	12	6
a.a ejecución post	2	2	a.a ejecución post	2	2
c.a ejecución post	9	8	c.a ejecución post	4	9

Tabla 103: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

frsbe								
pre grupo control	antes total	después total	apatía	desinhibición	ejecución	apatía	desinhibición	ejecución
1jp	178	175	51	63	64	47	62	66
2sl	182	129	64	47	71	39	41	49
3jb	182	158	56	63	63	48	57	53
4vi	198	191	64	65	69	62	63	66
5cc	200	189	62	64	74	59	63	67
6ss	179	151	58	60	61	45	54	52
7ba	196	173	58	63	75	52	56	65
8ac	215	210	65	69	81	65	69	76
9cs	204	195	62	69	72	57	68	70
10im	186	146	55	56	75	44	49	53
11vv	173	176	42	67	64	45	67	64
12as	183	160	59	55	69	44	55	61
13am	183	150	38	70	75	34	49	67
14mf	182	182	39	68	75	39	68	75
15jm	170	152	29	64	77	27	57	68
16ja	195	169	54	69	72	46	55	59

Tabla 104: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

frsbe								
post	antes	después	apatía	desinhibición	ejecución	apatía	desinhibición	ejecución
grupo	total	total						
control								
1jp	194	185	55	63	76	51	60	74
2sl	187	149	51	65	71	46	57	46
3jb	177	148	48	62	67	45	49	54
4vi	154	163	53	45	56	53	46	64
5cc	208	198	65	65	79	61	61	76
6ss	184	173	56	59	69	55	52	66
7ba	182	179	60	58	64	60	56	63
8ac	217	218	68	67	82	69	67	80
9cs	220	220	67	70	83	68	70	82
10im	186	144	57	62	67	45	47	52
11vv	186	185	56	63	67	55	63	67
12as	171	150	51	52	68	50	44	56
13am	197	189	65	57	75	63	52	74
14mf	216	216	70	69	77	70	69	77
15jm	191	161	63	62	66	53	54	54
16ja	206	155	65	58	83	46	49	60

Tabla 105: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

frsbe								
pre grupo	antes	después	apatía	desinhibición	ejecución	apatía	desinhibición	ejecución
experimental	total	total						
1eb	161	133	33	62	66	30	51	52
2ja	170	136	38	59	73	27	51	58
3fn	177	137	33	67	77	25	48	64
4bf	145	138	31	51	63	31	30	57
5jd	74	72	8	30	36	8	29	35
6jb	160	126	34	61	65	24	47	55
7fh	141	142	32	53	56	33	51	58
8as	153	155	33	54	66	33	61	61
9am	147	147	28	53	66	28	53	66
10ag	179	157	39	67	71	33	59	65
11ob	166	142	32	64	70	32	53	57
12cm	91	90	14	35	42	14	35	41
13jr	182	177	60	52	70	61	49	67
14fs	153	124	27	59	67	25	49	50
15vv	149	117	35	52	62	32	48	57
16br	128	116	27	50	51	21	48	47
17li	175	154	49	64	62	46	53	55

Tabla 106: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”

frsbe								
post grupo	antes	después	apatía	desinhibición	ejecución	apatía	desinhibición	ejecución
experimental	total	total						
1eb	169	166	50	55	64	50	50	66
2ja	181	156	53	58	70	51	55	50
3fn	189	145	56	62	71	52	42	51
4bf	206	165	66	60	80	49	53	63
5jd	117	111	36	37	44	35	41	35
6jb	193	179	59	69	65	59	50	65
7fh	174	176	53	55	66	52	58	66
8as	199	206	63	65	71	65	67	74
9am	220	209	65	69	86	62	67	80
10ag	210	178	63	70	77	53	57	68
11ob	208	186	69	62	82	57	57	72
12cm	148	143	40	48	60	38	46	59
13jr	182	177	60	52	70	61	49	67
14fs	188	174	60	60	68	55	56	63
15vv	184	191	55	63	66	56	63	72
16br	165	153	53	62	60	50	47	56
17li	195	143	59	67	69	49	43	51

3.4. NOTAS Y ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS EN EL ESTUDIO DE EFECTIVIDAD

Desde un punto de vista cualitativo sobre la efectividad de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*, se analizan las diferencias existentes entre el pre y el post de la intervención. Para ello se utilizan escalas de valoración clínicas.

En el análisis general del Índice de Barthel se presentan mejorías tanto en tiempos como en grupos. Las escalas Escala de Autoestima de Rosemberg y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, sea en autoestima como en ansiedad y depresión, apuntan una mejoría en el tiempo del grupo experimental y también señalan diferencias positivas con respecto al grupo control. La EuroQol-5D, exceptuando el cuidado personal que no demuestra cambios, tanto en el tiempo como entre grupos obtiene una valoración positiva. La Escala de Habilidades Sociales recoge mejorías en la autoexpresión, defensa de derechos, saber decir "no", hacer peticiones y la capacidad de mantener relación con el sexo opuesto. En el análisis de grupos, logra estadísticas positivas en el apartado de la autoexpresión, expresión de enfado, saber decir no, la habilidad de hacer peticiones y la capacidad de establecer relación con el sexo opuesto. Entre grupos controles y experimentales no se demuestran cambios en la defensa de derechos. Por último, a nivel cualitativo, la Escala Conductual de Sistemas Frontales presenta cambios significativos en el tiempo de todos sus dominios: apatía, desinhibición y ejecución.

A continuación, individualmente por escalas, se presenta en tablas un análisis comparativo entre los valores obtenidos como resultados entre el antes y el después de la intervención, tanto del grupo control, del grupo experimental, como de entre ellos.

Ambos grupos presentan mejorías entre el pre y el post de la realización de las escalas. El grupo experimental demuestra una diferencia positiva con respecto al grupo control.

Tabla 107: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Autoestima de Rosenberg

rosenberg					
grupo control	pre	post	grupo experimental	pre	post
autoestima elevada	13	12	autoestima elevada	12	12
autoestima media	2	4	autoestima media	4	5
autoestima baja	1	0	autoestima baja	1	0
	cambios en los tiempos del grupo control		cambios en los tiempos del grupo experimental		cambios entre grupos
autoestima elevada	-1 <		0		+1 >
autoestima media	+2 < >		+1 >		0
autoestima baja	-1 >		-1 >		0
	cambios en los tiempos = positivo			cambios entre grupos = positivo	

Con el paso del tiempo, el grupo control presenta una variación positiva y una negativa. Se resta un participante en el grupo de autoestima elevada, pero también, al igual que ocurre en el experimental, se resta otro en la autoestima baja. El grupo experimental demuestra una diferencia positiva manteniendo sin cambios los valores de autoestima alta en el tiempo.

Tabla 108: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

had					
grupo control	pre	post	grupo experimental	pre	post
sin ansiedad	12	13	sin ansiedad	11	13
borderline	3	1	borderline	4	2
con ansiedad	1	2	con ansiedad	2	2
sin depresión	14	14	sin depresión	13	14
borderlines	2	1	borderlines	2	1
con depresión	0	1	con depresión	2	2
	cambios en los tiempos del grupo control		cambios en los tiempos del grupo experimental		cambios entre grupos
sin ansiedad	+ 1 >		+2>		+1 >
borderline	- 2 < >		-2 >		+1 >
con ansiedad	+1 <		0		-1 >
sin depresión	0		+1 >		+1 >
borderlines	-1 <		- 1 >		+1 >
con depresión	+1 <		0		-1 >
	cambios en los tiempos = positivo			cambios entre grupos = positivo	

En ansiedad, el grupo control suma un paciente en los totales sin ansiedad y otro en los totales con ansiedad. El grupo experimental suma dos pacientes sin ansiedad, uno más en comparación con el grupo control. En depresión, el grupo control obtiene la suma de un valor negativo aumentando un paciente en el total con depresión. El grupo experimental mantiene sus dos valores negativos con depresión y aumenta un valor positivo en sin depresión. Tanto en ansiedad como en depresión se presentan cambios positivos entre grupos.

Tabla 109: Resultados del análisis cualitativo en la Escala EuroQol-5D

euroqol					
grupo control	pre	post	grupo experimental	pre	post
sin alteración	2	3	sin alteración	2	4
alguna alteración	11	8	alguna alteración	7	6
con alteración	3	5	con alteración	8	7
s.a movilidad	7	5	s.a movilidad	5	6
a.a movilidad	9	11	a.a movilidad	12	10
c.a movilidad	0	0	c.a movilidad	0	1
s.a cuidado personal	10	12	s.a cuidado personal	9	7
a.a cuidado personal	6	3	a.a cuidado personal	7	10
c.a cuidado personal	0	1	c.a cuidado personal	1	0
s.a actividades cotidianas	7	4	s.a actividades cotidianas	6	8
a.a actividades cotidianas	8	9	a.a actividades cotidianas	9	7
c.a actividades cotidianas	1	3	c.a actividades cotidianas	2	2
s.a dolor	10	8	s.a dolor	10	11
a.a dolor	5	8	a.a dolor	7	6
c.a dolor	1	0	c.a dolor	0	0
s.a ansiedad y depresión	11	12	s.a ansiedad y depresión	10	11
a.a ansiedad y depresión	5	4	a.a ansiedad y depresión	6	6
c.a ansiedad y depresión	0	0	c.a ansiedad y depresión	1	0

Tabla 110: Resultados del análisis cualitativo en la Escala EuroQol-5D

	cambios en los tiempos del grupo control	cambios en los tiempos del grupo experimental	cambios entre grupos
sin alteración	+1 >	+2 >	+1 >
alguna alteración	-3 < >	-1 >	+2 >
con alteración	+2 <	-1 >	+2 >
s.a movilidad	-2 <	+1 >	+3 >
a.a movilidad	+2 <	-2 < >	+1 >
c.a movilidad	0	+1 <	+1 <
s.a cuidado personal	+2 >	-2 <	+4 <
a.a cuidado personal	-3 < >	+3 < >	-1 <
c.a cuidado personal	+1 <	-1 >	+1 >
s.a actividades cotidianas	-3 <	+2 >	+5 >
a.a actividades cotidianas	+1 <	-2 >	+3 >
c.a actividades cotidianas	+2 <	0	+2 >
s.a dolor	-2 <	+1 >	+3 >
a.a dolor	+3 < >	-1 >	-2 >
c.a dolor	-1 >	0	+1 >
s.a ansiedad y depresión	+1 >	+1 >	0
a.a ansiedad y depresión	-1 >	0	-1 >
c.a ansiedad y depresión	0	-1 >	+1 >
	cambios en los tiempos = positivo	cambios entre grupos = positivo	
	cambios en los tiempos/movil = neutro	cambios entre grupos/movil = positivo	
	cambios en los tiempos/cuida = negativo	cambios entre grupos/cuida = negativo	
	cambios en los tiempos/activ = positivo	cambios entre grupos/activ = positivo	
	cambios en los tiempos/dolor = positivo	cambios entre grupos/dolor = positivo	
	cambios en los tiempos/ayd = positivo	cambios entre grupos/ayd = positivo	

En los totales, el grupo control aumenta un valor positivo en el resultado sin alteración, y aumenta otro valor negativo en el total previo de con alteración. El grupo experimental aumenta dos valores positivos en sin alteración, restando positivamente tanto un valor en los totales de con alguna alteración y con alteración. Entre grupos existe una diferencia de cinco valores positivos en el grupo experimental.

Los subapartados en el grupo control demuestran una disminución negativa en los totales de sin alteración en la movilidad, suma positivamente dos valores en sin alteración en el cuidado personal y uno negativamente en los totales de con alteración en el cuidado personal. En actividades cotidianas, se restan tres valores negativos de sin alteración aumentando dos de ellos en con alteración, en dolor se restan dos resultados negativos en el total de sin alteración y disminuye positivamente otro valor de con alteración. Por último, en ansiedad y depresión se suma un valor positivo en los totales de sin alteración. El grupo experimental aumenta un valor positivo en sin alteración en la movilidad y aumenta otro valor negativamente en con alteración en la movilidad. En el cuidado personal disminuye negativamente dos valores en sin alteración y uno positivamente en con alteración. Aumentan dos valores positivamente en sin alteración en las actividades cotidianas y un valor positivo tanto en sin dolor y sin ansiedad y depresión, restando positivamente, nuevamente un valor, del total de con ansiedad y depresión. Entre grupos, existe una diferencia positiva de tres valores en sin alteración en la movilidad, mientras el grupo control mantiene los valores en los pacientes con alteración, el grupo experimental aumenta negativamente un valor en el total de con alteración en la movilidad. En el cuidado personal el grupo experimental presenta una disminución negativa de cuatro valores en sin alteración, mientras el grupo control aumenta un valor negativo en el total de con alteración en el cuidado personal, el grupo experimental presenta un descenso positivo de un valor en con alteración en el cuidado personal. En sin alteración en las actividades cotidianas se presenta un aumento positivo de cinco valores en el grupo experimental. El grupo experimental, en sin dolor presenta la suma positiva de tres valores con respecto al grupo control. Por último, en con ansiedad y depresión existe una disminución de un valor positivo frente al grupo control que, por su lado, mantiene los suyos.

Tabla 111: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Habilidades Sociales

ehs					
grupo control	pre	post	grupo experimental	pre	post
sin alteración	5	14	sin alteración	5	9
alguna alteración	11	1	alguna alteración	12	8
con alteración	0	0	con alteración	0	0
s.a autoexpresión	14	10	s.a autoexpresión	9	16
a.a autoexpresión	2	5	a.a autoexpresión	8	1
c.a autoexpresión	0	0	c.a autoexpresión	0	0
s.a defensa de derechos	9	9	s.a defensa de derechos	5	10
a.a defensa de derechos	7	6	a.a defensa de derechos	11	7
c.a defensa de derechos	0	0	c.a defensa de derechos	1	0
S.a expresión de enfado	10	11	S.a expresión de enfado	5	5
a.a expresión de enfado	6	4	a.a expresión de enfado	12	12
c.a expresión de enfado	0	0	c.a expresión de enfado	0	0
s.a decir no	11	10	s.a decir no	9	10
a.a decir no	4	5	a.a decir no	8	7
c.a decir no	1	0	c.a decir no	0	0
s.a hacer peticiones	12	10	s.a hacer peticiones	13	16
a.a hacer peticiones	4	4	a.a hacer peticiones	4	1
c.a hacer peticiones	0	1	c.a hacer peticiones	0	0

Tabla 112: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Habilidades Sociales

	cambios en los tiempos del grupo control	cambios en los tiempos del grupo experimental	cambios entre grupos
sin alteración	0	+7 >	+7 >
alguna alteración	-1 <	-7 >	+8 >
con alteración	0	0	0
s.a autoexpresión	+1 >	+5 >	+1 >
a.a autoexpresión	-2 >	-4 >	+2 >
c.a autoexpresión	0	-1 >	-1 >
s.a defensa de derechos	-1 <	0	-1 >
a.a defensa de derechos	0	0	0
c.a defensa de derechos	0	0	0
S.a expresión de enfado	0	+1 >	+1 >
a.a expresión de enfado	0	-1 >	+1 >
c.a expresión de enfado	-1 >	0	+1 <
s.a decir no	-2 <	+3 >	+5 >
a.a decir no	+1 <	-3 >	-4 >
c.a decir no	0	0	0
s.a hacer peticiones	0	+1 >	+1 >
a.a hacer peticiones	-2 < >	0	+1 >
c.a hacer peticiones	+1 <	-1 >	+2 >
	cambios en los tiempos = positivo	cambios en los tiempos = positivo	
	cambios en los tiempos/autoe = positivo	cambios en los tiempos/autoe = positivo	
	cambios en los tiempos/defen = neutro	cambios en los tiempos/defen = positivo	
	cambios en los tiempos/expre = positivo	cambios en los tiempos/expre = positivo	
	cambios en los tiempos/no = positivo	cambios en los tiempos/no = positivo	
	cambios en los tiempos /petici= positivo	cambios en los tiempos /petici= positivo	

En los totales de la escala, el grupo control aumenta positivamente cinco valores en sin alteración en las habilidades sociales. El grupo experimental, en sin alteración en las habilidades sociales, aumenta positivamente cuatro valores a una diferencia de un valor respecto al grupo control. El resultado general se considera neutro por existir por un lado cambios positivos en el tiempo del grupo experimental, pero en comparación con el grupo control mantener un valor menos en las mejoras de sin alteración en las habilidades sociales.

En los subapartados del grupo control se tiene en cuenta obtener los valores en el tiempo con un paciente menos en las escalas recogidas tras finalizar la intervención con el grupo experimental, por tanto, la autoexpresión y la capacidad de decir no, no presentan cambios en el tiempo, en sin alteración en la defensa de derechos se produce un aumento positivo de un valor, por el contrario, pierde un valor negativamente en sin alteración en la expresión de enfado. En sin alteración para hacer peticiones se pierde un valor negativamente, mientras aumenta otro en alguna alteración para hacer peticiones. En interacción con el sexo opuesto, aumenta un valor negativamente en con alteración. El grupo experimental, aumenta en los subapartados siete valores positivamente en la autoexpresión. Suma otros cinco valores positivos en sin alteración en la defensa de derechos, de los que se resta también positivamente, el único valor con alteración en la defensa de derechos. Los datos de la expresión de enfado se mantienen en el tiempo. En sin alteración en decir no hay un aumento de un valor positivo y en hacer peticiones la suma positiva de otros tres valores en sin alteración y uno, también positivo en sin alteración con la interacción con el sexo opuesto, que resta positivamente el único valor negativo con la interacción con el sexo opuesto. En análisis entre grupos se mantiene un valor general positivo en todos los subapartados del grupo experimental frente al grupo control.

Tabla 113: Resultados del análisis cualitativo en los subapartados de la Escala Conductual de Sistemas Frontales

frsbe					
grupo control	pre	post	grupo experimental	pre	post
s.a apatía	9	11	s.a apatía	12	14
a.a apatía	1	2	a.a apatía	2	2
c.a apatía	6	3	c.a apatía	3	1
s.a desinhibición	6	6	s.a desinhibición	8	14
a.a desinhibición	5	5	a.a desinhibición	4	1
c.a desinhibición	5	5	c.a desinhibición	5	2
s.a ejecución	1	6	s.a ejecución	3	6
a.a ejecución	1	2	a.a ejecución	1	2
c.a ejecución	14	8	c.a ejecución	13	9
	cambios en los tiempos del grupo control		cambios en los tiempos del grupo experimental		cambios entre grupos
s.a apatía	+2 >		+2 >		0
a.a apatía	+1 >		0		-1 <
c.a apatía	-3 >		-2 >		-1 <
s.a desinhibición	0		+4 >		+4 >
a.a desinhibición	0		-3 >		+3 >
c.a desinhibición	0		-3 >		+3 >
s.a ejecución	+5 >		+3 >		-2 <
a.a ejecución	+1 >		-1 >		0
c.a ejecución	-6 >		-4 >		-2 <
	cambios en los tiempos/apatía = positivo			cambios en los tiempos/apatía = neutro	
	cambios en los tiempos/desin = positivo			cambios en los tiempos/desin = positivo	
	cambios en los tiempos/ejecu = positivo			cambios en los tiempos/ejecu = neutro	

A nivel cualitativo, para el análisis de la Escala Conductual de Sistemas Frontales, se decide tomar los después de la enfermedad. Seguidamente, se analizan las diferencias generales de los cambios en sus tres subapartados. Finalmente se comparan los cambios producidos entre ambos grupos.

Entre el pre y el post en el tiempo de cada grupo, el grupo control aumenta tres valores en el apartado de sin apatía, reduciendo dos de ellos en con apatía, mantiene la desinhibición sin cambios en el tiempo y existe una mejoría de seis participantes en la ejecución. Por otro lado, el grupo experimental mejora dos de sus valores en sin apatía, siete en desinhibición y cuatro en ejecución. Por su parte, en el análisis entre grupos, tanto el grupo control como el experimental suman dos valores positivos en sin apatía manteniendo una diferencia negativa en con algún síntoma de apatía y con apatía.

3.5. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS EN EL ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO

Para el análisis cuantitativo de resultados, como herramienta se emplea el sistema de medida SPSS Statistics, que tiene en cuenta los cambios significativos obtenidos en los tiempos de cada grupo y los cambios significativos en los diferentes grupos tras la intervención de Estrategias Creativas para Neurorehabilitación en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar". El Factor1 tiene en cuenta los cambios en el tiempo con independencia del grupo y el Factor1* Grupo tiene en cuenta los cambios en el tiempo de ambos grupos por separado. La significación aparece si el valor es menor a 0'05.

Los totales del índice de barthel presentan cambios estadísticamente significativos en los tiempos, pero no entre grupos.

En el dominio higiene, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio baño, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio alimentación, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio wc, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio escaleras, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio vestido, el índice de barthel presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos, pero no entre grupos.

En el dominio control vesical, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio control intestinal, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio marcha en silla de ruedas, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio transferencia, el índice de barthel no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

Tabla 114: Resultados cuantitativos del Índice de Barthel totales (actividades cotidianas)

	inicio	fin	significación	
			tiempo	grupo x tiempo
barthel total				
grupo control	94.9±10.6	95.8±8.9	p=0.040, ★	p=0.177,
grupo experimental	81.6±27.1	85.9±22.3	$\eta_p^2=0.13$	$\eta_p^2=0.06$
barthel higiene				
grupo control	4.7±1.1	4.7±1.0	p=0.152	p=0.152
grupo experimental	4.4±1.1	4.8±1.6	$\eta_p^2=0.07$	$\eta_p^2=0.07$
barthel baño				
grupo control	4.4±1.1	4.5±1.0	p=0.155	p=0.291
grupo experimental	3.7±1.7	4.1±1.3	$\eta_p^2=0.06$	$\eta_p^2=0.04$
barthel alimentacion				
grupo control	9.3±1.4	9.4±1.4	p=0.178	p=0.815
grupo experimental	8.3±2.5	8.5±2.1	$\eta_p^2=0.06$	$\eta_p^2=0.00$
barthel wc				
grupo control	9.6±1.3	9.6±1.3	p=0.167	p=0.167
grupo experimental	8.7±3.0	8.9±2.7	$\eta_p^2=0.06$	$\eta_p^2=0.06$
barthel escaleras				
grupo control	9.1±1.7	9.3±1.4	p=0.396	p=0.850
grupo experimental	7.2±3.4	7.5±3.4	$\eta_p^2=0.02$	$\eta_p^2=0.00$
barthel vestido				
grupo control	9.1±2.3	9.4±1.4	p=0.008 ★	p=0.459
grupo experimental	7.2±3.2	7.8±3.1	$\eta_p^2=0.20$	$\eta_p^2=0.02$
barthel control vesical				
grupo control	9.9±1.0	9.9±1.0	p=0.601	p=0.601
grupo experimental	8.3±3.4	8.5±2.8	$\eta_p^2=0.01$	$\eta_p^2=0.01$
barthel control intestinal				
grupo control	10.0±0.0	10.0±0.0	p=0.340	p=0.340
grupo experimental	9.0±2.6	9.3±1.7	$\eta_p^2=0.03$	$\eta_p^2=0.03$
barthel marcha silla ruedas				
grupo control	14.2±2.0	14.2±1.9	p=0.253	p=0.253
grupo experimental	11.8±5.7	12.8±5.0	$\eta_p^2=0.04$	$\eta_p^2=0.04$
barthel transferencia				
grupo control	14.6±1.1	14.8±0.8	p=0.139	p=0.429
grupo experimental	13.1±4.0	13.7±2.6	$\eta_p^2=0.07$	$\eta_p^2=0.02$

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria en el dominio de ansiedad no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos, pero parece haber una tendencia a la significación en los tiempos.

En el dominio de depresión, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria presenta cambios estadísticamente significativos entre los grupos, pero no entre los tiempos.

Tabla 115: Resultados cuantitativos de la Escala de Rosenberg totales (autoestima)

	inicio	fin	significación	
			tiempo	grupo x tiempo
rosenberg				
grupo control	32.8±4.8	33.3±4.7	p=0.303	p=0.726
grupo experimental	32.1±4.0	32.9±4.4	$\eta_p^2=0.03$	$\eta_p^2=0.00$

La escala de rosenberg no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

Tabla 116: Resultados cuantitativos de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria totales

	inicio	fin	significación	
			tiempo	grupo x tiempo
had ansiedad				
grupo control	6.3±3.1	5.6±3.3	p=0.082 ★	p=0.586
grupo experimental	6.6±2.4	5.4±3.4	$\eta_p^2=0.10$	$\eta_p^2=0.01$
had depresion				
grupo control	4.5±3.1	4.5±3.8	p=0.441	p=0.019 ★
grupo experimental	5.3±4.0	4.3±4.2	$\eta_p^2=0.02$	$\eta_p^2=0.02$

La escala de euroqol-5d no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio movilidad, la escala de euroqol-5d no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio cuidado personal, la escala de euroqol-5d no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio actividades cotidianas, la escala de euroqol-5d presenta cambios estadísticamente significativos entre grupos, pero no en los tiempos.

En el dominio dolor, la escala de euroqol-5d no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio ansiedad y depresión, la escala de euroqol-5d no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

Tabla 117: Resultados cuantitativos de la Escala de la Escala de Euroqol-5D

	inicio	fin	significación	
			tiempo	grupo x tiempo
euroqol totales				
grupo control	7.3±1.3	7.6±1.7	p=0.851	p=0.189
grupo experimental	7.9±2.2	7.7±2.1	$\eta_p^2=0.00$	$\eta_p^2=0.06$
euroqol movilidad				
grupo control	1.6±0.5	1.7±0.5	p=0.411	p=0.411
grupo experimental	1.7±0.5	1.7±0.6	$\eta_p^2=0.02$	$\eta_p^2=0.02$
euroqol cuidado personal				
grupo control	1.4±0.5	1.3±0.6	p=0.985	p=0.542
grupo experimental	1.5±0.6	1.6±0.5	$\eta_p^2=0.00$	$\eta_p^2=0.01$
euroqol actividades cotidianas				
grupo control	1.6±0.6	1.9±0.7	p=0.359	p=0.048 ★
grupo experimental	1.8±0.7	1.7±0.7	$\eta_p^2=0.03$	$\eta_p^2=0.12$
euroqol dolor				
grupo control	1.4±0.6	1.5±0.5	p= 0.985	p=0.542
grupo experimental	1.4±0.5	1.4±0.5	$\eta_p^2=0.00$	$\eta_p^2=0.01$
euroqol ansiedad/depresión				
grupo control	1.3±0.5	1.3±0.4	p=0.386	p=0.789
grupo experimental	1.5±0.6	1.4±0.5	$\eta_p^2=0.02$	$\eta_p^2=0.00$

La escala de habilidades sociales presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos, pero no entre grupos.

En el dominio autoexpresión, la escala de habilidades sociales sí presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos, pero no entre grupos.

En el dominio defensa de derechos, la escala de habilidades sociales presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos, pero no entre grupos.

En el dominio expresión de conformidad, la escala de habilidades sociales no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

En el dominio decir no, la escala de habilidades sociales no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos, pero sí una tendencia a la significación en los tiempos.

En el dominio de hacer peticiones, la escala de habilidades sociales presenta cambios estadísticamente significativos entre grupos, pero no en los tiempos.

En el dominio de interacción con el sexo opuesto, la escala de habilidades sociales no presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos ni entre grupos.

Tabla 118: Resultados cuantitativos de la Escala de Habilidades Sociales totales

	inicio	fin	significación	
			tiempo	grupo x tiempo
total ehs				
grupo control	99.5±12.0	103.4±16.7	p=0.014 ★	p=0.331
grupo experimental	90.1±10.7	98.8±11.2	$\eta_p^2=0.18$	$\eta_p^2=0.03$
ehs autoexpresión				
grupo control	25.6±3.2	27.7±3.7	p=0.003 ★	p=0.649
grupo experimental	22.9±4.4	25.7±3.4	$\eta_p^2=0.25$	$\eta_p^2=0.01$
ehs defensa derechos				
grupo control	14.0±3.0	16.7±6.1	p=0.014 ★	p=0.572
grupo experimental	12.5±2.5	14.2±3.5	$\eta_p^2=0.18$	$\eta_p^2=0.01$
ehs expresión de enfado o				
disconformidad				
grupo control	12.1±2.3	9.8±3.0	p=0.943	p=0.609
grupo experimental	9.5±2.3	10.8±3.1	$\eta_p^2=0.00$	$\eta_p^2=0.01$
ehs decir no				
grupo control	18.4±3.5	19.9±4.1	p=0.059 ★	p=0.868
grupo experimental	17.0±3.1	18.2±3.9	$\eta_p^2=0.11$	$\eta_p^2=0.00$
ehs hacer peticiones				
grupo control	15.1±2.8	14.3±3.4	p=0.339	p=0.012 ★
grupo experimental	14.9±2.2	16.7±2.6	$\eta_p^2=0.03$	$\eta_p^2=0.19$
ehs interacción con sexo opuesto				
grupo control	14.3±2.5	14.1±3.7	p=0.630	p=0.471
grupo experimental	13.3±3.7	14.2±4.1	$\eta_p^2=0.01$	$\eta_p^2=0.02$

La escala conductual de sistemas frontales presenta cambios estadísticamente significativos tanto en los tiempos como entre grupos.

En el dominio apatía, la escala conductual de sistemas frontales presenta cambios estadísticamente significativos tanto en los tiempos como entre grupos.

En el dominio desinhibición, la escala conductual de sistemas frontales presenta cambios estadísticamente significativos entre grupos, pero no en los tiempos.

En el dominio habilidades ejecutivas, la escala conductual de sistemas frontales presenta cambios estadísticamente significativos en los tiempos, pero no entre grupos.

Tabla 119: Resultados cuantitativos de la Escala Conductual de Sistemas Frontales totales

	inicio	fin	significación	
			tiempo	grupo x tiempo
frsbe total				
grupo control	169.1±21.3	177.1±26.0	p=0.000 ★	p=0.001 ★
grupo experimental	133.1±25.1	168.1±24.7	$\eta_p^2=0.54$	$\eta_p^2=0.32$
frsbe apatía				
grupo control	47.1±10.1	55.6±8.6	p=0.000 ★	p=0.000 ★
grupo experimental	29.6±11.6	52.6±7.7	$\eta_p^2=0.71$	$\eta_p^2=0.34$
frsbe desinhib				
grupo control	58.3±8.0	56.0±8.3	p=0.314	p=0.010 ★
grupo experimental	47.9±8.8	53.0±8.1	$\eta_p^2=0.03$	$\eta_p^2=0.20$
frsbe ejec				
grupo control	63.2±8.1	65.3±11.0	p=0.004 ★	p=0.118
grupo experimental	55.6±8.7	62.2±11.0	$\eta_p^2=0.24$	$\eta_p^2=0.08$

3.6. RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE EFECTIVIDAD

Tras la intervención de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*, la cara cualitativa del estudio de efectividad expresa un claro predominio en los valores positivos obtenidos en los tiempos y entre los grupos de participantes. Desde esta perspectiva, no se presenta ningún tipo de variación en dominios de movilidad y de cuidado personal, pero sí se presentan, tanto en tiempos como entre grupos del resto de habilidades, que corresponden a la calidad de vida de los participantes, y son evaluadas por la EuroQol-5D: actividades cotidianas, dolor, ansiedad y depresión. De la misma manera, los totales del Índice de Barthel en actividades diarias, la Escala de Rosenberg en autoestima, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, y dominios como la autoexpresión, la defensa de derechos, la capacidad para hacer peticiones y la interacción con el sexo opuesto de la Escala de Habilidades Sociales, y otros como la desinhibición de la Escala Conductual de Sistemas Frontales, coinciden en la obtención de cambios positivos tanto en tiempos como entre grupos tras la inmersión en el área de estudio.

Por su lado, los resultados obtenidos en la Escala de Habilidades Sociales muestran mejorías entre grupos en el dominio de expresión de enfado, y en la Escala Conductual de Sistemas Frontales en de desinhibición. Por último, y en cuanto a cambios en los tiempos se refiere, también se logran resultados positivos en la capacidad de decir no de la Escala de Habilidades Sociales y en otros dominios de la Escala Conductual de Sistemas Frontales como la apatía y la ejecución.

En cuanto a cuantificación de resultados se refiere la Escala Conductual de Sistemas Frontales demuestra cambios significativamente positivos tanto en los tiempos como entre grupos de dominios como la apatía. Respecto a variaciones significativamente positivas, también destacan cambios en los tiempos de otros dominios como las habilidades ejecutivas de la Escala Conductual de Sistemas Frontales, la autoexpresión y la defensa de derechos en la Escala de Habilidades Sociales, y el vestido en el Índice de Barthel. A ello, le acompaña una tendencia a la significación en el dominio de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y en el de capacidad de decir no de la Escala de Habilidades Sociales. Concerniente a las variaciones significativamente positivas entre grupos, los resultados también muestran valores positivos en dominios como la depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, la desinhibición de la Escala Conductual de Sistemas Frontales, y en otros como la desenvoltura en realizar actividades cotidianas de la Euroqol-5D y la capacidad de hacer peticiones de la Escala de Habilidades Sociales.

En general, pese a las limitaciones en el periodo corto de intervención y el breve número de sesiones semanales impuestas, la cuantificación de datos en el estudio de efectividad de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* demuestra sus grandes posibilidades en el terreno de la neurorehabilitación del ictus y otras enfermedades cerebrales adquiridas. A continuación, se presenta un resumen de los resultados logrados durante el *Estudio Controlado Aleatorizado* llevado a cabo por la intervención de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar":

Tabla 120: Resultados obtenidos tras la intervención I

	resultados cualitativos		resultados cuantitativos	
	cambios en los tiempos	cambios entre grupos	cambios en los tiempos	cambios entre grupos
★ actividades diarias índice de barthel totales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	+ hay cambios estadísticamente significativos en el dominio de vestido	--
autoestima escala de rosenberg	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	--
★ ansiedad escala de ansiedad y depresión hospitalaria	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	existe una tendencia a la significación	--
★ depresión escala de ansiedad y depresión hospitalaria	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente e significativos
calidad de vida euroqol-5d totales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	--
movilidad euroqol-5d	--	--	--	--
cuidado personal euroqol-5d	--	--	--	--
★ actividades cotidianas euroqol-5d	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente e significativos
dolor euroqol-5d	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	--
ansiedad y depresión euroqol-5d	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	--

Tabla 121: Resultados obtenidos tras la intervención II

	resultados cualitativos		resultados cuantitativos	
★ escala de habilidades sociales totales	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente significativos	--
★ autoexpresión escala de habilidades sociales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	+ hay cambios estadísticamente significativos	--
★ defensa de derechos escala de habilidades sociales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	+ hay cambios estadísticamente significativos	--
expresión de enfado escala de habilidades sociales	--	+ se plantea mejoría	--	--
★ decir no escala de habilidades sociales	+ se plantea mejoría	--	existe una tendencia a la significación	--
★ hacer peticiones escala de habilidades sociales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente significativos
interacción con el sexo opuesto escala de habilidades sociales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	--
★ habilidades ejecutivas escala conductual de sistemas frontales totales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	+ hay cambios estadísticamente significativos	+ hay cambios estadísticamente significativos
★ apatía escala conductual de sistemas frontales	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente significativos	+ hay cambios estadísticamente significativos
★ desinhibición escala conductual de sistemas frontales	+ se plantea mejoría	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente significativos
★ ejecución escala conductual de sistemas frontales	+ se plantea mejoría	--	+ hay cambios estadísticamente significativos	- -

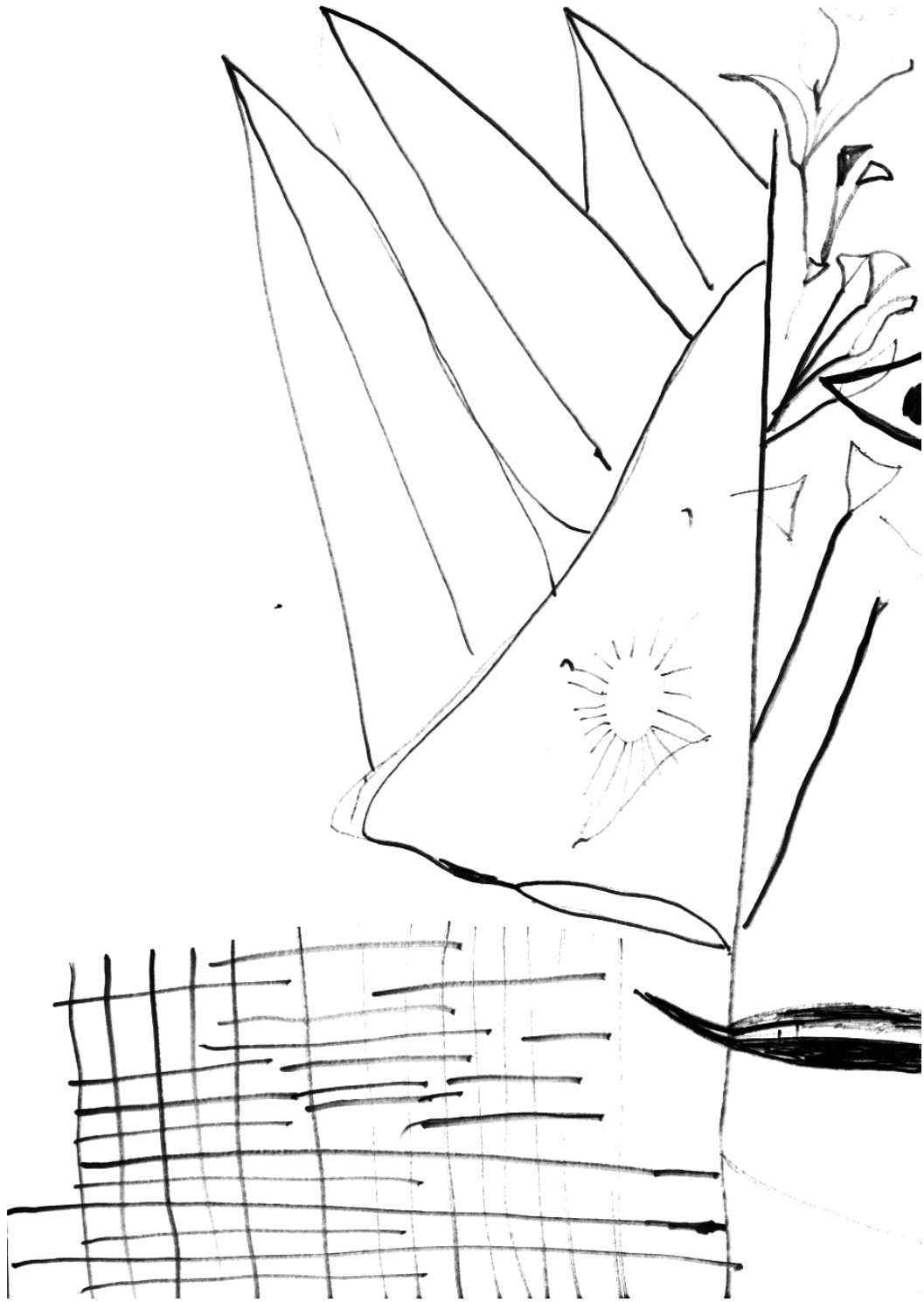


Imagen 74 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Yo que ahora vivo en el recipiente de mi cuerpo sin poder gobernarlo*

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Con el fin común de influir en el terreno de la autonomía y la libertad individual, esta tesis confirma la posibilidad de contribuir desde el arte y la educación a la rehabilitación de individuos que han sufrido accidentes cerebrovasculares.

Tras estudiar el significado del ictus, la investigación propone la praxis artística como canal donde intervenir en el refuerzo de conexiones sinápticas y con el entorno para la libre supervivencia. En función de un predominio de déficits como la apraxia en el campo de esta enfermedad, la intervención artístico-terapéutica se presenta como motor en los ciclos de percepción y acción entre contexto interno y contexto externo de personas que han sufrido ictus u otro tipo de lesiones cerebrales adquiridas. Para ello se presenta *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*, que viabilizada su estrategia en el protocolo clínico se propone instrumento que sostiene la posibilidad de educar la creatividad de individuos con daño cerebral adquirido por medio de la práctica artística, para contribuir de forma directa, sobre la intención de recuperar las relaciones del yo con su entorno, al mismo tiempo, sumando su operatividad en él.

Desde 1986 la práctica artística se presenta herramienta para la rehabilitación de personas que han sufrido ictus. Con el tiempo y hasta la actualidad, cada vez con más frecuencia, sus tipos de intervención son más específicos. Paralelo a otros estudios llevados a cabo en 2018, la finalidad de la intervención artística, con fines concretos sobre los objetivos presentados, se acota pretendiendo estimular la creatividad e imaginación de personas que han sufrido ictus (Lo, 2018). A partir de la primera década del Siglo XII, los diversos estudios muestran la posibilidad de desempeñar terapias artísticas en la mayoría de los individuos que han sufrido ictus, en consonancia con esta idea y viabilizada *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*, se demuestra la posibilidad de adaptarse a todos ellos, sin distinción entre procedencia y formas de lesión, sexo, edad o la propia participación artística previa a la enfermedad. A nivel cualitativo, la intervención también retoma y refuerza desde la participación grupal, y desde los resultados plásticos logrados durante el método abordado, otras ideas que argumentan y la definen cual lenguaje gratificante y complemento psicológico para expresar expectativas, metas, ideas, sentimientos y emociones (Kongkaswan, 2015), que, al mismo tiempo, implementan las interacciones sociales (Morris, 2015), la participación en la comunidad (Alston, 2011) y la reducción de aislamiento (Gammidge, 2014) de individuos que han sufrido esta enfermedad. Los resultados obtenidos a nivel cuantitativo además refuerzan los valores positivos alcanzados en el dominio de la autoexpresión (Sit, 2014) y otros que, indirectamente, se relacionan con el estado de ánimo, el bienestar general y la calidad de vida de los participantes, como la depresión (Hill, 2015). Desde la construcción de una propuesta basada en la percepción, expresión, memoria y proyección de sus participantes, a esta gama de mejorías, se apoyan otros valores significativos, señalando las capacidades cognitivas que, en este caso, con fines concretos, se pretenden adquirir durante las

propuestas artístico-terapéuticas para reforzar la resolución de problemas durante la acción participativa y resto de praxis rutinarias. La intervención artística finalmente se clasifica como método de rehabilitación útil en la planificación de objetivos específicos dedicados a la neurorrehabilitación y, en sintonía con el actual estudio, despliega sus herramientas con la intención de dirigir sus metodologías como complemento importante para la rehabilitación tradicional del ictus (Morris, 2015) y así lograr la máxima autonomía e independencia de estos individuos.

Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación plantea un espacio dedicado a la toma de decisiones y a la libertad de elección bajo un método general compuesto por diecinueve enunciados que, disfrazados de pintura y de dibujo, y resuelta la apatía a través de un aumento de la motivación, del sentido del disfrute y de la confianza en sí mismos de los participantes, estimulan la sensibilidad imaginativa mediante la subjetividad e interpretación, aumentando el número de perspectivas desde donde afrontar la resolución de problemas durante la ejecución de las praxis creativas, y durante el resto de las rutinas llevadas a cabo paralelamente en su rehabilitación. Alejándose del miedo al error y de persistentes coerciones personales y sociales, la infinitud de resultados plásticos obtenidos durante la observación participativa también reafirma el valor de la propuesta y muestra la posibilidad de florecer la creatividad mediante este tipo de canales. Para la cuantificación de datos y validación de resultados, se realiza un *Estudio Controlado Aleatorizado* que, por medio de algunas escalas de valoración utilizadas, como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, la Escala de Habilidades Sociales y la Escala Conductual de Sistemas Frontales, contribuye a demostrar los cambios estadísticamente significativos obtenidos tras la intervención artística en el contexto de neurorrehabilitación del daño cerebral adquirido: en el dominio de apatía se presentan cambios tanto en los tiempos como entre grupos. Por su parte, paralela a los cambios obtenidos entre grupos en áreas como la depresión, la desinhibición, la habilidad de llevar a cabo actividades cotidianas y la capacidad de hacer peticiones, la significación entre los tiempos también aparece, para a la reinserción cognitiva, emocional, psicológica y social de este colectivo, en otros terrenos como la autoexpresión, la defensa de derechos y las habilidades ejecutivas. Desde su carácter cualitativo, el análisis acompañado por las notas de campo, apoya desde un predominio de valores positivos la efectividad de la propuesta como nuevo recurso artístico-terapéutico dirigido a la neurorrehabilitación del ictus.

La tesis, en definitiva, verifica sus hipótesis y confirma la posibilidad de contribuir, a través de su inclusión en el protocolo de neurorrehabilitación, sobre la mejora de las habilidades cognitivas y las habilidades ejecutivas que permiten reforzar mediante la intervención artística y la praxis creativa los vínculos del individuo con su entorno y, así, ofrecer su máxima operatividad en él. Además de continuar sumando interrelaciones entre arte, educación y neurorrehabilitación para obtener una mayor significación en futuros estudios, y prolongado al periodo de cronicidad, se propone la intervención del arte y la educación desde la fase aguda de la enfermedad



Imagen 75 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *Vivo pululando entre el sueño y la realidad y así voy sumando tiempo*

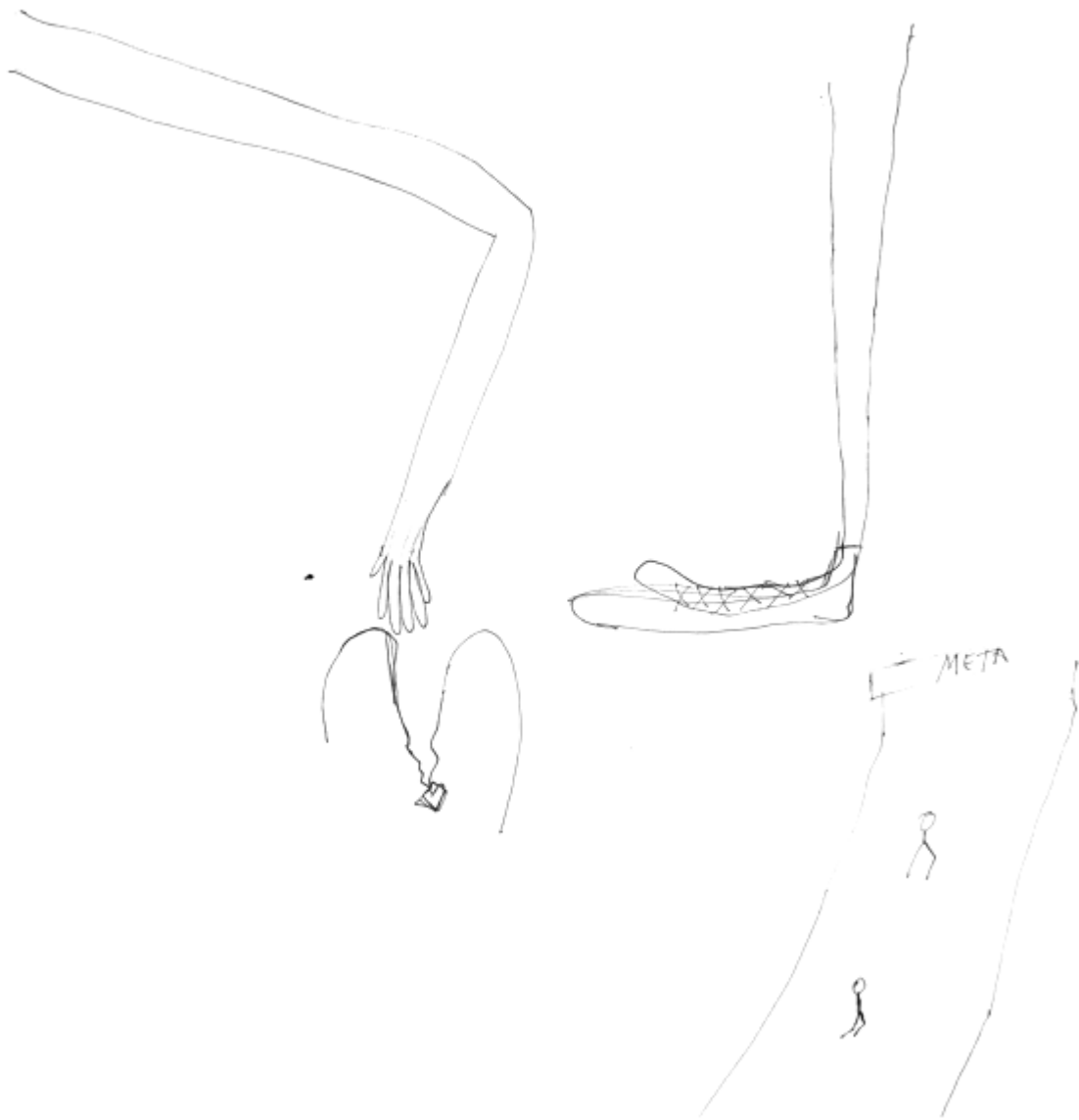


Imagen 76 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: *No soy la misma persona, no soy yo*

5. EPÍLOGO

Aprovechando la postura del investigador en cuanto recolector de todo aquello que, en este proceso como engranaje de campos, ofrece desde dentro hacia fuera, al lector, la posibilidad de acercamiento a una circunstancia o terreno difícilmente comprensible desde la lógica, a continuación y como conclusión del estudio, se presentan diversos ejemplos recogidos de distintos referentes abordados durante la tesis y que sirven para exponer, desde la postura de quien lo vive y de quien lo estudia, la aproximación del significado de ictus. Se trata de reafirmar sus relaciones con la identidad y circunstancia, así cerrando otro sentido de un discurso todavía incompleto sobre la realidad del daño cerebral adquirido y, por tanto, de este colectivo.

Entre la falta de palabras, se sobreentiende para primero prevenir y después curar esta enfermedad, antes y desde su carácter más sentiente que, con el tiempo, también se disipa su línea, a última hora, se deciden transcribir todos los recursos disponibles. Se aprovecha el momento en que las emociones son efervescentes, y recalcan la importancia que juega la identidad, dando paso a prevenir, y ubicando la comisura que, posteriormente, permite y necesita del arte y la educación para su rehabilitación.

"El modo narrativo de pensamiento da mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida, que es el elemento vital, siendo los puntos de unión entre los diversos aspectos de la experiencia vivida los generadores de significado" (White y Epston, 1993, p. 92).

5.1. DEJAR DE SER MIENTRAS ERES

Desde el principio, la identidad se ha entendido como proceso y no como cosa, desde sus vivencias narradas en primera persona Rueda (2018) soporta este planteamiento en varias oraciones, subraya de manera clara la diferencia de pasar de ser a no ser mientras todavía eres: la primera de ellas dice, "es imposible que vuelva a ser yo [énfasis agregado] si cuando la logopeda me pregunta por la capital de Dinamarca me quedo en blanco" (p. 133), la segunda de ellas, "han pasado seis años desde aquel viaje y siete desde el gran apagón. En todo este tiempo he aprendido a querer más a la nueva [énfasis agregado] Olivia" (p. 197), la tercera:

los peores días siento que la Olivia de antes [énfasis agregado] murió definitivamente. Es un cadáver que ni siquiera he enterrado y que va conmigo siempre. El cadáver de una persona a la que quise. Es como llevar una mochila llena de piedras [...] no tengo nada que agradecer. Esta enfermedad [...] no la necesitas para nada. (p. 181).

Y la cuarta dice:

El lenguaje te sirve para construirte un personaje. Yo no tengo tantas palabras como la Olivia de antes, pero de algún modo tengo que construir quién soy y quién quiero ser. Tengo que buscarme otro personaje [...] no puedo volver a ser ella [...] es una nueva etapa en la que voy a intentar ser yo" [énfasis agregados]. (p. 190).

Por otro lado, y unos años más tarde, Damasio (2017) también explica las consecuencias de varios casos de daño cerebral adquirido en dos hombres aparentemente sanos y robustos, pero con las estructuras necesarias para la toma de decisiones destruidas. Primero presenta a Cage quien, tras una lesión en el lóbulo frontal, mantiene "intactos los instrumentos necesarios para el comportamiento racional" (p. 21), pero sufre problemas en la planificación de futuro. "Hay un nuevo espíritu que lo anima" (p. 38), ya no puede describirse como poseedor de libre albedrío.

"¿Es justo decir que su alma estaba disminuida, o que había perdido su alma?" (p. 53).

Damasio (2017), deja en evidencia la dificultad de "aceptar la idea de que algo tan cercano al alma humana, como el juicio ético, o tan ligado a la cultura como conducta social, pudiera depender de forma significativa de una región específica del cerebro" (p. 55).

Seguidamente presenta a Elliot, otro cambio radical de personalidad tras extirpársele un tumor cerebral. En posesión del conocimiento, pero sin capacidad para conjugarlo y manipularlo, la voluntad en esta ocasión vuelve a ser arrebatada, "estaba mucho más dulcificado en su exhibición emocional de lo que había estado antes de su enfermedad [...] se daba cuenta de que temas que antes le habían despertado una fuerte emoción ya no le producían ninguna reacción, positiva o negativa" (pp. 86-87).

En definitiva, se sabe que la cantidad de ejemplos a lo que a cambios de identidad se refiere son infinitos; uno por cada caso.

5.2. EL CASO DE LA PARTICIPANTE ALFA

La detección del cambio es vital para la representación de significados y para experimentar agencia personal en la propia vida; y esta detección del cambio es engendrada por la introducción de una concepción lineal del tiempo. Pese a ello, la dimensión temporal ha sido frecuentemente ignorada en el mundo de la terapia. (White y Epston, 1993, p. 50).

Entre infinidad de ejemplos², junto a su pertinente autorización y sin que la cercanía implique preferencias desde el carácter investigador en la recogida y toma de datos para esta tesis, se proponen finalmente una serie de textos escritos en primera persona y recogidos del diario de nuestra participante alfa durante los años sucesivos al infarto cerebral. Sin olvidar el dominio que corresponde, el estudio y testimonio sobre su experiencia, se encabeza con su historial e informe clínico presentado por el Hospital Universitari i Politecnic La Fe y el equipo multidisciplinar de la Unidad de Daño Cerebral del Centro Sociosanitario N° Sra. del Carmen a partir de un primer ictus sin secuelas el 11 de octubre del 2011. En los controles posteriores, se detecta una aneurisma en la arteria central media derecha.

HISTORIAL CLÍNICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI POLITÈCNIC LA FE

2011	aviso. ictus sin secuelas
11.10.11	primer ictus sin secuelas ³
2012	antes del infarto cerebral
27.02.12	informe adormecimiento hemicuerpo izquierdo (11.10.11). radiología: eco doppler portatil. tac cráneo/fosa posterior
02.04.12	ingreso 2 días
-	se completa estudio de aneurisma sacular en la arteria cerebral media (acm) derecha (3,4 x 4,2 mm de diámetro máximo)
04.04.12	el examen consiste en un cateterismo que detecta un aneurisma sacular en la bifurcación de la arteria cerebral media.
04.04.12	alta
19.10.12	radiología: rx torax
15.11.12	ingreso 2 días
-	el estudio muestra un aneurisma sacular en la bifurcación de la arteria cerebral media. el aneurisma nace de la primera rama de la bifurcación y no es posible separar el cuello del origen de la rama prefrontal ascendente con cierto calibre que puede tener una repercusión clínica.
17.11.12	se explica a la paciente y su familia la opción de cirugía y solicitar consulta en neurocirugía ⁴ .
16.11.12	radiología: panarteriografía cerebral – neuro reconstrucción tridimensional – anestesia intervenosa adultos

² Ver 1.1.6. Incidencia y mortalidad del ictus

³ Ver punto 1.1.5. Síntomas que sugieren un ictus. La falta de representación o "silencios" en esta enfermedad dificultan su comprensión-prevención.

⁴ Desde el hogar, la falta de información priva sobre la condescendencia y juicios reales de la situación presentada. La ausencia de conocimiento real sobre lo que se habla; causas, formas, significado, procesos, posibles repercusiones etc, supone ninguna alerta en el contexto familiar.

17.11.12	alta
2013	antes del infarto cerebral
28.11.13	radiología: rx. torax preoperatorio
18.12.13	ingreso 1 día
-	la paciente ingresa para cirugía pero está tomando aspirina sin que se le hubiera advertido en la consulta de anestesia que debía dejarlo una semana antes.
19.12.13	se suspende la cirugía y se pospone a enero de 2014. en neurocirugía dr. beltrán le propone tratamiento quirúrgico que la paciente acepta pasando a la lista de espera.
19.12.13	alta ⁵
2014	infarto cerebral
24.10.14	radiología: rx. tórax, pa y lat sin hallazgos patológicos significativos
28.10.14	ingreso 8 días
-	craneotomía clipaje, dr. simal (cirujano 1) y dr. botella (anestésista 1).
04.11.14	complejidad quirúrgica: grado v/v-máxima disección en bloque de plano miocutáneo. [...] se realizan varios clipajes temporales inferiores a 5,5 min para colocar cuatro clips rectos pequeños neofормando el vaso a nivel proximal y excluyendo aneurisma. [...] cierre de piel y músculo con reabsorbible y agrafes.
31.10.14	radiología: tc cerebro estudio angiográfico cerebral tras cateterismo de carótida derecha. el aneurisma está excluido de la circulación.
04.11.14	alta ⁶ tac postoperatorio: descarta complicaciones – arteriografía cerebral: aneurisma excluido con preservación de la rama arterial de la que dependía. la paciente evoluciona de forma favorable sin alteraciones en la exploración. las pruebas de imagen diagnostican la exclusión del aneurisma. herida sin alteraciones. se decide alta. tratamiento: levetiracetam 500 mg. c/12h. oral. nimodipino 60 mg. c/8h 3días, 30 mg. c/8h. oral 3días, 30 mg. c/12h. oral 3 días, 30 mg. c/24h. oral 3 días y retirar. paracetamol 500 mg: 1000 mg. c/8h. oral.

⁵ Por cambios en la administración del Hospital Universitari i Politécnic La Fe, tras el alta de la participante, por error el servicio archiva el caso. Diez meses después y en el tercer intento de intervención, la participante entra en quirófano.

⁶ Tras la intervención y desde el carácter sentiente se perciben sutiles cambios en la identidad de la participante a los que no se dan importancia, se justifican con el aturdimiento postoperatorio. La falta de información e identificación de la identidad según la circunstancia interna como déficit relevante de la enfermedad, implica no se tome como aviso de cambios y opción de prevención ante las alteraciones presentadas.

metilprednisolona 16mg. 1/24h 3 días, 1/2 comp/24h 3 días, 1/4 comp/24h 3 días. omeprazol 1 comp/24h 9 días. clexane 20 mg/24h vía subcutánea 10 días.

continuar su tratamiento habitual. reponer el adiro en 5 días.

siguientes citas: martes, 11 de noviembre de 2014 agenda curas de enfermería y lunes, 15 de diciembre de 2014 agenda dr. simal.

15.11.14 ingreso 25 días

- paciente de 53 años derivada por inicio agudo hacia las 13.30 horas de la noche consistente en hemiplejía izquierda, desviación de la comisura bucal hacia la izquierda y desviación ocular conjugada contralateral. a su llegada obedece órdenes y mantiene lenguaje conservado, pero está con ojos cerrados constantemente y con tendencia al sueño. la paciente fue intervenida mediante craneotomía el pasado 28/10/14, de una aneurisma en la acm

10.12.14 derecha diagnosticado en 2012 tras un episodio de adormecimiento del hemicuerpo izquierdo. tras la intervención se realizó una arteriografía de control el día 3/11/14, en la que no se evidenciaron signos de vasoespasmo y el aneurisma estaba excluido de la circulación. actualmente se encontraba en el día 19 tras la intervención.

entre sus antecedentes no figuran alteraciones del ritmo cardiaco. hipertensión arterial en tratamiento. no otras enfermedades de interés.

a su llegada a nuestro hospital, ha sido valorada por el neurocirujano de guardia, y se ha realizado un tac en vacío en el que se objetiva colección subdural crónica y pequeñas burbujas de neumoencéfalo en relación con la craneotomía pterional derecha. además, se visualiza cierta asimetría, presentando sutil hipodensidad y desdiferenciación cortico-subcortical en hemisferio derecho sin efecto masa significativo.

se contacta con neurología (dra. aguiera) para valorar posible código ictus, pero nos comenta estar contraindicado ante la reciente cirugía abierta, por lo que no se realiza tac de perfusión (la paciente estaba agitada y no hubiese sido posible sin sedación).

ingreso en unidad de medicina intensiva.

uci: exploración neurológica: (valorada por neurología tras tres horas de la administración de 5 mg. de midazolam para la sedación durante el tac).

consciente con tendencia a la somnolencia, pero orientada en las tres esferas. obedece órdenes sencillas. hemianopsia homónima derecha por amenaza. hemianatención derecha. pupilas medias, reactivas. moe: centrados. dirige la mirada hacia ambos lados, con preferencia cefálica hacia la izquierda. facial izquierdo supranuclear. hemiparesia izquierda: no eleva contra gravedad pero moviliza en el plano de la cama.

nihs

tac craneal: cambios de craneotomía frontotemporal derecha con material de clipaje de aneurisma en segmento m1 de acm derecha. respecto a estudio previo ha disminuido la hipodensidad parenquimatosa frontal derecha, probablemente por disminución del edema. el neumoencéfalo postquirúrgico en convexidad frontal derecha ha disminuido y se ha rellenado parcialmente por contenido líquido. cambios postquirúrgicos de craneotomía.

- 16.11.14** isquemia aguda en la práctica totalidad del territorio de acm derecha observando hipodensidad con pérdida de diferenciación córtico-subcortical, asociando edema con borramiento de surcos y efecto masa sobre línea media (herniación subfalcianas de 6'6mm).
cambios de craniectomía frontotemporal derecha con material de clipaje de aneurisma en segmento m1 de acm derecha.
- 17.11.14** eco doppler transcraneal asimetría de flujo entre ambas arterias cerebrales medias (izquierda>derecha)
- 18.11.14** tc cerebro – tc de cráneo sin contraste
cambios postcraneotomía frontal derecha con material de clipaje en acm derecha. signos de isquemia crónica fronto-temporo-parietal derecha con mayor efecto masa respecto a estudio previo, con herniación subfalciana que desvía estructuras de la línea media 10mm (previa 6 mm) y herniación uncal derecha con borramiento de las cisternas supraselares.
no se observa signos de sangrado. colección subdural frontal derecha sin cambios.
- 20.11.14** rx tórax con portátil
- 24.11.14** eco doppler transcraneal – ecodoppler troncos supraaorticicos
- 25.11.14** extensa isquemia con restricción heterogénea de difusión que afectan a gran parte del territorio silviana derecha, con discreto efecto masa sobre línea media.
craniectomía, con pequeña colección dural temporal, identificando artefacto que condiciona al material de equipaje cerebral media derecha.
- 26.11.14** rm111 – rm cerebral
- 01.12.14** ecodoppler tc
- 02.12.14** tc cerebro
- 03.12.14** ecodoppler transcraneal
estacionaria neurológicamente, presentando una hemiplejía izquierda sin tono ni aparición actualmente de espasticidad, signos corticales derechos en mejoría (asomatognosia y anosognosia inicial quedando actualmente una mínima anosognosia). en los últimos días de hospitalización ha empezado a evidenciarse un inicio de espasticidad en las extremidades izquierdas.
- 05.12.14** estabilidad de la colección extraaxial frontotemporal derecha en lecho quirúrgico. incremento de los cambios hemorrágicos tanto en la región del clipaje como en territorio infartado de acm derecha.
no se llega a identificar permeabilidad aneurismica en dicha topografía.
rma01 anestesia en rm - rm111-rm cerebral – rv111c- rm vascular cerebral con contraste.
estudio realizado bajo supervisión anestesista dr. marín. indicación: paciente de 53 años, aneurisma de acm derecha clipado hace un mes con ictus isquémico sobre el mismo territorio en contexto de estenosis residual hace dos semanas.
respecto a últimos tac, aumento de edema y componente de hemorragia subaracnoideanpericipaje.
- 10.12.14** alta

	<p>diagnóstico toast al alta: ictus isquémico en territorio de la acm derecha de etiología inusual (secundario a estenosis residual post-clipaje de aneurisma).</p> <p>otros diagnósticos: disartria, dislipemia, ictus isquémico agudo, hipertensión arterial.</p> <p>se traslada con diagnóstico de ictus isquémico de la acm derecha a la udc del hospital dr. moliner para rehabilitación integral hasta el 30 de abril de 2015. ⁷</p>
15.12.14	monitorización intraoperatoria.
2015	cronicidad
25.02.15	<p>tc base cráneo</p> <p>accidente cerebrovascular isquémico en territorio acm derecha. descartar recidiva por empeoramiento crónico.</p>
28.08.15	rm111 – rm cerebral
21.12.15	<p>tc vascular arterias supraaórticas</p> <p>cambios por clipaje de aneurisma en rama de la acm derecha.</p> <p>se identifican dos pequeños aneurismas saculares en bifurcación de la acm izquierda de 2,3 y 2,5 mm.</p>
2016	cronicidad
15.02.16	cardiología adultos: ecocardiografía transtorácica con burbujas.
08.05.16	rm111 – rm cerebral
2017	cronicidad
09.03.17	<p>control aneurisma acm izquierda. angio-tc arterias intracraneales. se compara con tc de 17/12/15, sin cambios.</p> <p>estabilidad de los dos pequeños aneurismas saculares en bifurcación de la acm izquierda.</p> <p>extensa área de encefalomalacia isquémica crónica en territorio de la acm derecha.⁸</p>
28.3.18	rm cerebro y rm vascular cerebro.

INFORME CLÍNICO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL DEL “CENTRO SOCIO SANITARIO HERMANAS HOSPITALARIAS” (2016):

neuropsicología | a nivel cognitivo, se observa déficit en atención selectiva, sostenida, alternante, dividida y en velocidad de procesamiento.

⁷ En junio de 2015 la participante alfa es derivada a la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias para recibir tratamiento específico de las áreas de neuropsicología, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. Actualmente continúa su rehabilitación una hora dos veces por semana en Neurocén, Valencia.

⁸ Revisar 1.1.6. Incidencia y mortalidad del ictus.

por lo que se refiere a la memoria, se evidencian dificultades tanto en el aprendizaje como en la recuperación de información verbal abstracta, no obstante, se observa una mejoría significativa cuando la información se presenta dentro de un contexto lógico.

existencia de un síndrome disejecutivo, con un cambio en la personalidad (apatía e impulsividad) y dificultades en planificación y resolución de problemas.

a nivel psicopatológico, se observan algunas respuestas de tristeza, los pensamientos suelen estar relacionados con su situación actual, refiriendo mucho cansancio y percibiendo pocos refuerzos en su actividad diaria. además, aparece cierto aplanamiento y falta de iniciativa.

a nivel cualitativo se concluye que durante los últimos meses se ha observado una ligera mejoría en capacidad atencional y la resolución de problemas, no obstante, su falta de conciencia de déficit, la impulsividad y la apatía dificultan la generalización.

la apatía interfiere significativamente en la consecución de los objetivos, necesitando apoyo y supervisión constante de una tercera persona que la dirija.

fisioterapia

presenta una hemiparesia izquierda de predominio braquial.

tiende a trasladar todo el peso hacia el hemicuerpo, que es donde existe mayor actividad muscular. este patrón se acentúa en bipedestación [...]. en la rodilla izquierda, existe una falta de control selectivo, permaneciendo en semiflexión, tanto de pie como durante la marcha.

se observan alteraciones en el equilibrio.

consigue marcha para cortas distancias con ayuda de un cuadropode.

con umbral sensitivo bajo ante estímulos táctiles o movilizadores.

al exponerla al trabajo del equilibrio, aunque sea mediante pequeñas variaciones de su centro de gravedad, muestra respuestas exageradas de miedo e inseguridad a pesar de encontrarse en un ambiente controlado y ofrecerle diferentes puntos de referencia. esta situación limita la evolución de su proceso rehabilitador.

terapia ocupacional

referente a las actividades de la vida diaria, en el inicio del tratamiento requiere ayuda para todas ellas, tanto básicas como instrumentales.

se entrena vestido y desvestido, autonomía en aseo personal.

si bien es cierto que estos son los niveles de independencia alcanzados en la unidad, no se han extrapolado a su domicilio, que probablemente debido a las alteraciones comportamentales que presenta se le esté ofreciendo más ayuda que la que realmente necesita.

logopedia

presenta hemiparesia facial izquierda leve.

tras diagnosticar la parálisis facial se le recetan corticoesteroides y posteriormente se procede a inyectar toxina botulínica.

la exploración motora del VII par craneal muestra alteración de los siguientes músculos: corrugador de la ceja, orbicular del ojo, con incapacidad para el cierre palpebral voluntario del ojo derecho, orbicular de los labios, buccinador, risorio, canino, cigomático mayor, triangular de los labios, borla del mentón y elevador del labio superior.

a nivel articulatorio aparecen vocales imprecisas y consonantes distorsionadas. silorrea ocasional y pérdida de líquidos en la ingesta.

Los contenidos de las tablas y sus notas representan la falta de conciencia social como primera problemática del ictus. Pese a los avances quirúrgicos y frente a un alto porcentaje de irreversibilidad en sus déficits, la vital importancia que recae en el periodo de prevención ante enfermedades del cerebro. Por tanto, la necesidad de reconocer para informar de todos sus signos. El valor del tiempo y seriedad necesitados ante la falta de medios en un terreno todavía desconocido, antes y durante su intervención. La envergadura que cuenta con la identidad como protagonista.

"La identificación de la influencia del problema ha preparado el terreno para la identificación de la influencia de las personas" (White y Epston, 1993, p. 59).

5.2.1 CARTAS EN PRIMERA PERSONA SOBRE EL SENTIR DEL ICTUS

"La descripción previa de cómo repercute el problema facilita la atribución de esta relevancia" (White y Epston, 1993, p. 60).

Al igual que lo hacen M.White y D.Epston (1993), en este último punto, y a última hora, se deciden aprovechar los relatos o "acontecimientos extraordinarios" (p.55) disponibles para la objetualización del problema planteado.

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos [...]. La externalización del problema permite a las personas separarlas de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos dominantes que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante. (pp. 53-55).

Tomando como soporte la teoría particular de la experiencia, se transfiere testimonio en primera persona sobre la suma de unas narraciones lineales en el tiempo que, con carácter abierto, además de servir como medio terapéutico personal donde también la creatividad se manifiesta en sus formas, presentan o cosifican al lector otro significado de la enfermedad. Las narraciones ordenadas por 23 cartas seleccionadas, o fragmentos del diario de la participante alfa, por un lado, se basan en los enunciados propuestos por el investigador y al principio extrapolados de su contexto que, por otro lado, posteriormente decide sumarse como circunstancia del contenido expuesto que estudia las sutilezas y con ello realidades del ictus. En diferentes fechas el investigador propone desarrollar los siguientes enunciados o preguntas: **(XIII) ¿Qué recuerdas sentir cuando sufriste el ictus? (XIV) ¿Qué sentimientos te**

despierta ahora tu enfermedad? (XV) Háblame sobre tu percepción del tiempo (XVI) ¿Qué cambios percibes a nivel identitario entre el antes y el ahora? ¿te consideras la misma persona? ¿te reconoces mirando atrás? (XX) Explica el significado de la enfermedad del ictus ¿cómo ha cambiado tu rol en la familia del antes al después del ictus?

CARTA I: 17 de enero del 2016

Un año y dos meses después del infarto

Me he sentado en este momento a escribir sin tener ganas, obligada por mi hija que quiere que escriba y exprese mis sentimientos, y aquí estoy, sin saber siquiera qué voy a poner. Nací el 28 de junio de 1961, por lo visto fui una niña larga, fea, sin un pelo en la cabeza y, desde luego, sin presagiar por un momento todo el camino que me quedaba hacer en esta vida. Mi vida ha transcurrido siempre entre luces y sombras, situaciones bellas y feas, alegrías y penas. Nací en el seno de una familia muy humilde, los medios eran escasos e incluso difícil encontrar cómo conseguir trabajo. En mi casa trabajaba mi papá, mi mamá se ocupaba de siete hijos con lo que todo ello conlleva. Mi papá fue un hombre bueno y cariñoso, le gustaba jugar mucho con nosotros, la cama de mis padres era el rincón de juego; nos subíamos unos encima de los otros, y mi padre hacía pesas con nosotros a turnos, uno detrás de otro; las risas eran eufóricas y escandalosas. Todos estábamos enamorados de él, nos contaba cuentos que se inventaba, con todos a su alrededor para sentirlo, olerlo, saber que estaba cerca. En definitiva, mi infancia a nivel afectivo fue privilegiada. Mi padre nos hablaba y escuchaba como si fuéramos mayores, nos trataba con mucha condescendencia. A veces cuando hacíamos alguna travesura y mi madre manifestaba disgusto, el nos guiñaba el ojo o nos hacía alguna mueca para desenfadar la situación. Era un incansable trabajador, sus horas laborales eran incontables. Así como las de mi madre que, recuerdo que, lavaba toda la ropa a mano, éramos felices... aunque entre ellos dos, las cosas no siempre iban bien y de vez en cuando saltaban chispas y discutían por amor, por trabajo, por el dinero que no había para tantas bocas que alimentar, etc. Muchas anécdotas corretean en mis recuerdos [...] en definitiva mi alma y mi cuerpo se han fraguado de cosas y momentos bellos. Por eso he amado siempre tanto a mi familia. Fui toxicómana. Nunca me han gustado las drogas, pero me gustaba estar con la gente con quien me drogaba y esa fue mi perdición y seguramente la semilla que se gestó en mí para

que ahora esté viviendo y pasando por lo que estoy pasando⁹. Seguramente, todo el mal que haya causado en este mundo haya sido a mí misma, pero lo estoy pagando con creces. Hace más de un año me operaron de un aneurisma y tengo medio cuerpo paralizado y la mitad de mí; quien soy, de lo que soy, mitad desperdiciado. Tal vez por no haber valorado en su momento todo lo que tenía y la vida. Ahora me doy cuenta, pero estoy impedida y no puedo hacer nada, sólo sé que lo único que me mueve y motiva son mis hijos y mi marido, saber que dentro de esta situación soy privilegiada por todo el afecto que me rodea, por la calidad de vida que tengo y porque se lo debo a la vida. Dios sabe que quiero concluir esta situación con dignidad y hasta el final tener fuerzas para superar todos y cada uno de los pequeños obstáculos que me voy encontrando cada día. Mi parte izquierda del cuerpo me pesa, me molesta, no puedo gestionarla con mi cabeza, está ahí, inútil sin querer hacer nada porque no tiene movilidad.

En mi adolescencia también tuve de todo. Luego en 1982 ingresé en una comunidad para desintoxicarme de las drogas. Conocí personas maravillosas, personas interesadas [...]. En aquella comunidad, la base terapéutica era el trabajo y ayudar al que estaba a tu lado con las mismas penas que tú [...]. Todo aquel mundo me envolvió y conquistó e hizo de mi cura una forma de vida, me dieron responsabilidades que, con el tiempo, fueron teniendo más importancia. Una de mis primeras responsabilidades fueron las "tisanas"; me ocupaba de hacer infusiones que ayudaban a las personas que estaban mal a tener menos dolor, a tranquilizar los nervios, conciliar el sueño, facilitar la eliminación de toxinas, etc. Después me ocupé de la farmacia, de dar medicación a los enfermos, controlar temperaturas, hacer curas, etc. En fin, aquello me gustaba y empecé a ser feliz, mi vida empezó a tener un sentido, así pasé unos cuantos años. Estuve en Nicaragua donde me ocupaba de niños huérfanos y ancianos que no tenían familia ni hogar. Entre aquellas aventuras enredada nunca veía la hora de reemprender mi vida como todo el mundo. La droga había quedado atrás y yo estaba sana como una manzana y volvía a ser una persona llena de entusiasmo. Así que cuando di a luz a mi hija, la niña más hermosa del mundo, ojos azules, pelo rubio y tirabuzones ahí fue cuando decidí que la primera cosa que debía hacer era cuidar a mis hijos. Conocí al que hoy es mi marido. Aquella época fue una explosión de emociones y fue cuando mejor comprendí todo lo que

⁹ El consumo se produce entre 1979 y 1982, a partir de entonces la participante alfa lleva un estilo de vida estrictamente saludable, dieta equilibrada y actividad física y mental diaria. Consultar déficits, causas y factores de riesgo (p. 1.1.4).

mis padres y seres queridos habían sufrido por mí. En fin, me doy cuenta mirando atrás, que mi vida ha sido extraordinaria; hasta ahora he aprendido muchas cosas y me quedan muchas que aprender. Pero la verdad es que mi rehabilitación me ayudó a reconducir mi vida y estoy feliz por ello, porque viví y aprendí todo lo que soy hoy. Además, he viajado, conocido muchos sitios y personas, en ningún momento podría decir que mi vida ha sido una catástrofe, o una mierda, reconozco rápida e instintivamente cuando me rodean las cosas si son buenas o malas. Me gusta el arte, la música, tertuliar de cosas interesantes, me gusta la juventud y tengo facilidad para conectar con ella [...]. Me transmiten futuro y esperanza.

CARTA II: 17 de febrero del 2016

Un año y tres meses después del infarto

Éste no es un diario, no me gustan, por eso doy pasos grandes entre época y época, será más bien un resumen. Este no es un momento en el que mis emociones y sentimientos necesiten desplegarse en un montón de páginas. Si que es cierto que en cierta época me gustaba escribir, pinitos en la poesía de adolescente, etc, pero ya no estoy en este tiempo, aunque algo saltará, estoy segura. Poco a poco cogeré mi libretita y escribiré alguna cosa, bien sea un recuerdo, sentimiento o sencillamente pensamiento. Por ejemplo, recuerdo cuando entré en la comunidad; se llamaba El Patriarca. Cuando llegué y conocí a su fundador me enamoré totalmente del personaje, su aspecto:, un anciano de barba blanca vestido de hippie. Cuando lo vi relacionarse con toda aquella juventud, llena de entusiasmo por escucharlo, ayudarles y sentir en mí misma su comprensión [...], mi motivación fue inmediata y pensé, sí, esto, esto es lo que quiero hacer, cuidar de los demás, ayudarles, y así fue hasta 1999, que decidí reemprender mi vida con mi familia¹⁰.

Amo a las personas, yo pienso que todo el mundo es bueno, que a la mayor parte de las personas nos domina el afecto y buenas cosas que hemos vivido y eso es lo que fragua en nuestra actitud hacia la vida. Yo en estos momentos me siento encadenada, siento nostalgia del viento que acaricia tu cara cuando eres libre y tienes la posibilidad de hacer lo que te da la gana, deseo el bien a todos aquellos

¹⁰ Desde 1982 hasta 1983 la participante alfa se rehabilita en Lamothe (Toulouse, Francia). Entre 1984 y 1985 en Trigo Mont (Bélgica), se ocupa de la farmacia y del cuidado y de terapias para las mujeres menores que llegan al centro. En 1986, como directora-responsable, abre el Centro Croix Lez Rouveroy (Bélgica). En 1987 es directora-responsable de Lamothe, y una de las gestoras de Torres Vedras (Portugal). Entre 1988 y 1989 es directora-responsable de acción humanitaria en Masachapa, El Tránsito, Jinotepe, Rivas, Matagalpa, San Juan, Malinche y Finca Roma en Nagarote (Nicaragua). Entre 1990 y 1995 es directora-responsable de los centros que ocupan la región de las Islas Baleares, entre otros, Porreras y Almendros (Palma de Mallorca, España). En 1996 regresa a Nicaragua como responsable en la dirección de la acción social del país. Entre 1996 y 1999, la participante es directora-responsable de La Canière (Francia) y posteriormente es trasladada a Yecla (Murcia) donde, junto a su familia, retoma su vida fuera de la comunidad.

que conozco y a los que no. Quiero que el mundo se vuelva de una vez por todas un algodoncillo donde pasamos un tiempo, "la vida". Quiero que no hallan niños sufriendo frío y hambre, ni miedo por la próxima bomba que caerá. Hasta luego amigo.

CARTA III: 19 de febrero del 2016

Un año y tres meses después del infarto

Soy una ilusa, lo sé, pero da igual, lo mismo que sé y espero que saldré de ésta, pienso que la vida puede mejorar para todos, si uno lo quiere y lo visualiza, lo conseguirá. Ayer estuve haciendo un poco de jardinería. Bueno, poca cosa, retirando todas las hojas feas, hoy quería haber removido la tierra y abonar, pero no lo he hecho, me faltaban las fuerzas y aunque ayer me cansé bastante por estar tanto rato de pie, por la noche mi grado de satisfacción fue notable, así que como mañana se prevé buen día, haré lo imposible por concluir mi trabajo y poder disfrutar en mayo de mis calas. Son mis flores preferidas, aunque me gusten todas. El tiempo pasa muy lento y me angustio, estoy deseando que llegue el verano [...]. Antes había bastantes cosas que me sorprendían o emocionaban. Ahora la mayoría de las cosas me parecen banales y sin interés. Sé que toda la recuperación está en mi colaboración, trabajo, esfuerzo, voluntad, estado de ánimo etc, pero me cuesta tanto... hago mis reflexiones y me digo que no tengo que tirar la toalla, que debo seguir adelante y retomo las cosas, espero mejorar en breve [...]. Desde luego, en estos momentos, es él sólo, quien asume todas nuestras responsabilidades como padre; traer un sueldo a casa, cuidar de mis hijos, gestionar todo el restaurante, los quehaceres del hogar, todo, en fin, ya lo he dicho que mi calidad de vida es extraordinaria.

CARTA IV: 1 de marzo del 2016

Un año y cuatro meses después del infarto

Hace un día precioso, el frío ha descendido, luce el sol e invade mi hogar. Yo estoy aquí sobre la mesa del comedor intentando escribir algo, mi hija me pregunta todos los días si lo he hecho. Aquí estoy, la vida es como una montaña rusa, unas veces subes y otras bajas con vértigo hacia precipicios desconocidos. Yo en estos momentos estoy muy desorientada pues aunque mi ánimo me corresponde y me dice... ¡adelante! siento que mi cuerpo paralizado quiere parar para siempre. Sólo que soy muy Rica. Tengo muchas cosas y responsabilidades que no debo dejar. Menos mal que mis oraciones y el afecto de los niños me impulsa a seguir con mis

ejercicios, con mis ilusiones, con todo, creo que lo conseguiré, pero nadie sabrá nunca lo que me cuesta [...]. Todos esos bellos recuerdos son el muro en el que me apoyo cada momento en el que debo recobrar fuerzas. Me acuerdo de mí misma decidida y resuelta a conquistar cualquier obstáculo para conseguir lo que queríamos, siempre entusiasta, creativa, alegre e incrédula de lo feliz que era. No quiero volver atrás, quiero avanzar con todo lo que ello conlleva, no quiero atajos, ni desviaciones, pero me siento en un laberinto en el que no consigo encontrar el camino justo [...] y además hay cosas que no pueden repararse, sencillamente se deben hacer bien en el momento adecuado. Fui de Francia a Bélgica, donde más cosas descubrí de mi misma y puse en práctica. De Bélgica a Francia otra vez, de Francia a Portugal y de Portugal a Nicaragua, allí conocí a mi amor, al padre de mis hijos [...]. A partir de ese momento todo cambió, respiraba de otra forma, hablaba de otra forma, miraba de otra forma, de pronto me sentí poseída por una gracia que invadía mis movimientos, y mi vida me parecía estar flotando en una burbuja, esos fueron momentos irrepetibles y la esencia de la persona que soy, amor por cuatro costados. No es justo que yo me encuentre ahora así, porque no puedo transmitir todo ese amor, mi creatividad se ve frustrada, no puedo desarrollarla, no puedo devolverle a la vida ni un mínimo de lo que ella me ha regalado.

CARTA V: 28 de marzo de 2016

Un año y cuatro meses después del infarto

[...] Tengo una madre excepcional, una mujer valiente, alegre, repleta de recursos ha tenido siete hijos los cuales ha educado prácticamente sola. Bueno también mi padre. Pero mi padre desapareció a mitad del trayecto. Mi vida ha sido bastante común, que no mediocre, pero ha sido como la de la mayoría de las personas, contenida de buenos y malos momentos [...].

CARTA VI: 6 de abril de 2016

Un año y cinco meses después del infarto

Hoy he pasado el día con mi hija ¡estupendo! Su compasión me sosiega. A parte de haberme sentido muy contenta por compartir más tiempo con ella, hoy Valencia me ha parecido especialmente hermosa. El día no era especialmente soleado, pero hacía una temperatura perfecta, tibia. Me han llamado la atención los naranjos que sé que sus frutos no son comestibles, pero quedan preciosos en las calles, les da un colorido especial y elegante.

He ido a fisioterapia esta mañana, he asistido a un taller de pintura que ha hecho Rebeca, que por cierto me ha gustado mucho. El taller hoy consistía en escoger una palabra e interpretarla con nuestras pinceladas, las bases eran negras así que hemos pintado con pintura blanca y coloreado los que quisiéramos hacerlo. En fin, una jornada redonda...

CARTA VII: 6 de mayo de 2016

Un año y seis meses después del infarto

La vida es tan bella que su belleza es indescriptible. Pero yo me siento vacía es como si me hubieran arrancado todas mis vísceras.

[...] Recuerdo cuántos amigos hice en Nicaragua, eran más hermanos que amigos. Un día estábamos reunidos Filadelfo Donald y yo. Teníamos que recaudar fondos para construir una guardería en Nagarote y no teníamos ni idea de cómo hacer para conseguir dinero para cemento, gravilla y arena. Entonces pensamos que podíamos organizar un espectáculo de entradas a bajo precio con la colaboración de artistas importantes y conocidos en el país [...]. Fue todo un éxito, en el ambiente se palpaban las burbujas de alegría que flotaban en el aire. La recaudación fue importante y pudimos comprar todo lo que necesitamos.

CARTA VIII: 9 de mayo de 2016

Un año y 6 meses después del infarto

[...] Se vive la burbujeante víspera de fallas; luces en las calles, mucha gente paseando [...]. Estoy muy contenta. Por la mañana además de fisio y neuropsicología he ido a clase de pintura con mi hija que es la profesora, ha sido genial, hoy sí me ha parecido vivir con más normalidad, me he sentido en más sintonía con mi entorno, no sé por qué, hoy sí y otros días no¹¹. Quisiera dar una explicación coherente pero no lo consigo. Sigo sin comprender porqué me encuentro en esta situación, el tiempo no avanza y desde luego mi evolución no lleva el ritmo que yo quisiera. Intento esforzarme cada día en cumplir con todos los consejos que me dan los médicos, pero los resultados no me satisfacen [...]. Siguiente paso, cenar e irme a dormir. Y mañana vuelta a empezar.

CARTA IX: 28 de septiembre de 2017

¹¹ Llama la atención ser la segunda vez que, en sus cartas, la participante conecta la práctica creativa con un estado de ánimo positivo general.

Dos años y 10 meses después del infarto

[...] Me gusta lo que hace y cómo lo hace, me gustan sus gestos, su voz, su mirada, su actitud, su juventud y su forma de amarme. Me gusta cómo juega con la vida entre sus manos, cómo deshoja los días como si de una margarita se tratara, su entusiasmo y pasión por el arte y la pintura me maravillan y enorgullecen. Mi hija es un regalo divino al que no puedo renunciar ni por un segundo. Cuando una línea horizontal o vertical se multiplica y atrae tu mirada, el arte hace reverencia a sus emociones y no puedes dejar de mirar; te absorbe su sencillez, su ritmo pausado e infinito, como una canción que se te pega y no puedes dejar de cantar sin ostentar a su entendimiento. Simplemente mirar, mirar y ver la sencillez cuan rica es y cuantas emociones conlleva.

CARTA X: 30 de septiembre de 2017

Dos años y 10 meses después del infarto

Lejos de ostentación a cualquier comprensión o criterio que me encasille o compare, mis líneas horizontales y verticales sólo buscan el reposo de la mirada complicidad sin interrogante ni laberintos. Es lo que es líneas multiplicadas y sencillas cual diseño de un fular de seda que abrace tu espíritu reconfortando tu ser. Intento seducir tus emociones sin darles nombre

CARTA XI: 30 de octubre del 2017

Dos años y 11 meses después del infarto

Un flácido despertar se despereza en mi ser. La mañana me ha sorprendido. Buenos días a todos los que amo.

CARTA XII: 25 junio del 2018

Tres años y 7 meses después del infarto

Silencio,

Mi gran amigo silencio.

Sí, me divierto con él; mis pensamientos saltan en zig-zag. Como si fuera saltando en un río sobre las piedras salientes, de recuerdo en recuerdo, sin construir nada útil en mi cabeza completamente banal. Me relajo. Me pregunto y me respondo. Creo conversaciones estúpidas, sin sentido, pero al menos me siento viva, el tiempo se me hace interminable.

Llega un momento en que la rabia se pudre dentro de ti y empiezas a sentir un empacho visceral que cada día pesa más y más.

CARTA XIII: Agosto del 2018

Tres años y 9 meses después del infarto

- **¿Qué recuerdas sentir cuando sufriste el ictus?**

Ya queda muy atrás el principio de esta situación por la que estoy pasando y no me acostumbro. Algo en mí estaba cambiando. No llegaba a entender de qué se trataba. Siempre estaba cansada, desmotivada. Todo lo que sucedía a mi alrededor me chocaba, me impactaba. Por desgracia no me daba cuenta de que aquellos eran los últimos días de mi vida en los que iba a disfrutar de todas mis facultades. Un día después de las fiestas de mi pueblo, días de mucho trabajo y tensión, cuando me giraba a un lado o al otro, sentía un pequeño mareo. No me dolía nada. Eran sólo sensaciones, como un espesor extraño. Como si tuviera líquido en la cabeza. Al poco tiempo, noté que la parte superior de mi antebrazo izquierdo se dormía. Era entre un hormigueo y un "se me duerme el brazo". Pocos días después, no sé cuando, me levanté, desayuné como de costumbre y subí a la habitación a vestirme. Tenía cita para hacerme unas pruebas control por la operación que me habían hecho en Italia de una piedra en la vesícula. Mientras me vestía todo empezó a girar. Sin poder remediarlo, mi cuerpo se inclinaba hacia la izquierda. Por temor a caerme, me tendí en la cama. Volví a levantarme y fui al hospital. Me trataron muy bien. Me hicieron un tac, etc. La doctora que me atendió me remitió al neurólogo quien pidió que me hicieran pruebas, arteriografías, resonancias... Cuando leyó los resultados, vio el aneurisma y me dijo que no quería que lo tuviera por mi situación de riesgo, tensión alta, etc¹². A partir de ahí, pasaba mi tiempo a deambular por la Fe pidiendo noticias sobre la fecha en la cual me operarían. Pasaron muchos meses hasta que al final, me llamaron para decirme el día que estaba previsto y debía ingresar. Cuando entré en la sala de operaciones por mi propio pie y vi al cirujano sentado esperándome con cara de preocupación, le dije sonriendo: "no te preocupes. Todo va a salir bien". Me tumbé en la camilla y me operaron. Volví a casa. Y el 15 de noviembre, tuve un infarto cerebral. Estuve 25 días en la Fe. Fueron angustiosos, aunque tenía a toda mi familia a mis pies. Pasé en la UCI horas interminables y desprovistas de intimidad. Pero esos días pasaron. De allí, me

¹² Desde el contexto clínico, se justifican los avances actuales en este tipo de intervenciones propuestas y su alto número de éxitos.

trasladaron al hospital Dr. Moliner donde conocí a personas increíbles como la Dra. Roca, M^a Carmen, Teresa, Neus y otros. El sitio era maravilloso. Un caserón en medio del campo rodeado de árboles, olivos y palmeras. Estuve ingresada hasta el 30 de abril. La verdad es que allí mi evolución era perceptible. Me gustaba cómo las personas cuidaban de mí. Tenían un ritmo y una medida muy adecuada para motivarme. Después de eso, mi rehabilitación fue a través de consultas externas, iba todos los días con una ambulancia a rehabilitación. También ahí tenía mis buenos momentos. Hoy, dos de marzo de 2018, ya me resulta un recuerdo muy lejano, pero el camino ha sido largo y lento.

CARTA XIV: Agosto del 2018

Tres años y 9 meses después del infarto

- ¿Qué sentimientos te despierta ahora tu enfermedad?

La pregunta de cuándo podré moverme con normalidad es un permanente. Es una lucha continua interior. Sabes que debes continuar porque te motivan tus hijos, te motiva tu marido y todo el amor que te rodea. Las atenciones de cualquier persona son un regalo indescifrable. Sientes el cansancio de aquellos que durante tantos meses se han ocupado de ti. Hay momentos en los que, aunque ya sepas hacerlo, levantarte de una silla te cuesta un imposible y te da pesar pedirle a alguien que te eche una mano. Sabes que la carga del tiempo la llevan todos contigo.

La envidia está a la orden del día. Te sientas en un sitio, en un bar, en una sala de espera, en el coche, observando a todo aquel que pasa a tu alrededor; gordo, flaco, joven, mayor, cualquier personaje, y miras con envidia cómo su brazo izquierdo es útil para llevar un bolso colgando. Para ayudar a tu mano derecha a hacer alguna cosa. Se te cae la baba y dices: "Oh dios mío, menos mal que no todos estamos en el mismo estado, pero ¿cuándo podré volver a hacerlo yo?" A veces veo a alguien que está realizando una actividad de la que antes me encargada, barrer en casa, por ejemplo. Me muero de la envidia. No deseo estar más así y saltar de un sentimiento negativo a otro. Envidia, rencor, desconcierto y a veces casi rozando la malicia. Los éxitos de tus seres queridos son como un lago de agua en un desierto abrasador que te permiten refrescarte y seguir tu camino. Sientes lástima de ti mismo. Estás cansado, a punto de perder el aliento, aunque no quieres; el "venga", "anímate", "continúa", palpita en tu mente continuamente. "No te rindas", "sigue adelante", "quedan muchas cosas por ver". Así te vas conformando a ti mismo para seguir, no rendirte. Ves sitios en los que te recuerdas a ti misma habiendo estado normal y en plena actividad y no te reconforta, al contrario, sólo hacen que

recordarte tu situación. No hay tristeza tan indescifrable como la que sientes y no quieres contagiar, no quieres que tus seres queridos se den cuenta. No quieres que ellos adquieran tus sentimientos y te aguantas. Intentas mantener el tipo para que no se den cuenta y esa es la rutina cuando la enfermedad es crónica. Pasa un año, y pasan dos, y estás en el estado en que yo me encuentro en este mismo instante. El futuro irremediamente se te antoja en la situación que estás, porque aunque tú en tu mente estés predispuesto a avanzar, hay hechos que te desencantan. Mi brazo no se puede mover y mi pierna está limitada a pesar de hacer pequeños paseos todos los días. Levantarme de aquí, para allá para mis necesidades básicas. Pero da igual. Porque sabes que puedes refinar todos esos aspectos, pero no sabes cuándo llegará el momento en el que podré volver a movilizarme como una persona normal.

CARTA XV: Agosto del 2018

Tres años y 9 meses después del infarto

- **Háblame sobre tu percepción del tiempo**

El tiempo es como tu piel, está ahí. Pero estás tan acostumbrado a sorber de él todo lo que puedes, que ni te das cuenta. Como una gran roca que se ha posado sobre ti, no te deja mover y lo ves pasar maravillado sabiendo que es genuino y que te traerá buenas nuevas, pero no simpatizas con él. Es una espera continua por ver si llega algo que lo haga pasar más deprisa y me devuelva la tangibilidad con la que antes percibía las cosas. Es como cuando miras en el horizonte del mar un barco y parece que no se mueva. El tiempo también es esperanza pensando en que cualquier acontecimiento divino, sumado a mi esfuerzo, provocará un cambio positivo. Por otro lado, los acontecimientos van y vienen a una velocidad que yo no puedo concebir, esto me enfada. Me siento ajena a ese ritmo, no puedo seguirlo. Siento que me quedo atrás en todas y cada una de las iniciativas que tomamos. Llegar a un sitio, bajar del coche, todo es lento para mí. Me cuesta incluso visionar cuáles van a ser mis movimientos para ejecutar la próxima tarea; comer, beber, subir a la silla de ruedas, bajar de un coche, todo. Pronosticando el desastre a su llegada, la vida de pronto se vuelve lava cayendo lentamente, pero sin pausa, de una montaña. Eso siento continuamente. Si me dicen, "vamos a hacer tal cosa" para mí se hace un mundo porque sé que no la voy a desarrollar con la misma agilidad que van mis pensamientos. Mientras en mi cabeza ya he ejecutado un hecho, mi cuerpo ni siquiera lo ha asimilado. Constató que mis facultades están completamente mermadas en comparación a cualquier persona que me acompañe. Tienes la impresión de que nadie es consciente de tu minusvalía y de tu incapacidad para

reaccionar con más ímpetu. La ignorancia de las personas que te rodean para percatarse del impedimento que sobre el momento te acaece es total. Percibes la indiferencia y también percibes el cansancio acumulado tanto tiempo en el que te han asistido día tras día, sin un mal gesto, sin una palabra negativa, siempre voluntariosos a facilitarte cualquier movimiento. Pero, de pronto, ves que eso ya no está ahí, respuestas como: "tienes que avanzar", "tienes que moverte", "tienes que volver a adquirir tu independencia". "Hazlo sola que puedes". Todas esas palabras te torturan y te hacen sentir desprovista de todo lo que podrías decirles para persuadirles de tu estado y tú estas igual. Ni te vas ni te quedas. Sólo dejas que el tiempo pase, te arme de paciencia y puede que, a momentos, de una alegría ficticia que no sientes, pero es lo mejor para vivir en armonía con tu entorno.

CARTA XVI: 12 de septiembre del 2018

Tres años y 10 meses después del infarto

- **¿Qué cambios percibes a nivel identitario entre el antes y el ahora?**
- **¿Te consideras la misma persona? ¿te reconoces mirando atrás?**

Las lágrimas darían la respuesta. Pero no puedo llorar. Si, no, años. El placer de llorar cuando algo te ha hecho daño. Vivo amparada en una ilusión que nunca se cumplirá, pero bueno, yo vivo pululando entre el sueño y la realidad y así voy sumando tiempo y sólo la luz que provoca la chispa de nuestro amor.

Tengo la impresión de estar al principio de esta situación, como rebobinando¹³.

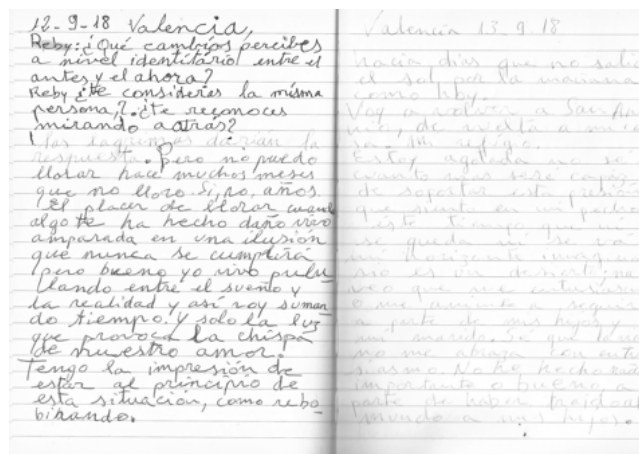


Imagen 77 (2018): Carta XVI Déficit traspasados a la escritura

¹³ En sintonía con el contenido de la carta, la habilidad caligráfica se altera en comparación al resto cartas. Visualmente se representa la veracidad del contenido en su forma.

CARTA XVII: 13 de septiembre del 2018

Tres años y 10 meses después del infarto.

hacía días que no salía el sol por la mañana como hoy.

Voy a volver a San Antonio, de vuelta a mi casa. Mi refugio.

Estoy agotada, no sé cuanto más seré capaz de soportar esta presión que siento en mi pecho, este tiempo que ni se queda ni se va, mi horizonte imaginario es un desierto; nada veo que me entusiasme o anime a seguir a parte de mis hijos y mi marido. No he hecho nada importante o bueno a parte de haber traído al mundo a mis hijos. Ciertamente no me reconozco. No soy aquella que despertaba cada mañana con un montón de tareas por hacer y toda la energía necesaria para afrontarlo. La voluntad no entra en juego porque bien sabe Dios que deseo con todas mis fuerzas animarme y conducir este cuerpo lo mejor posible. La pereza inunda mi ser y no deseo hacer nada

CARTA XVIII: 26 de septiembre del 2018

Tres años y diez meses después del infarto.

¡Ha llovido! me llena de satisfacción. La lluvia renueva el ambiente, refresca.

No soy la misma persona, no soy yo. Hay días que aún estando rodeada de personas que me aman y me cuidan, me siento sola; es como si los demás estuvieran en otra dimensión; es triste, pero esa es la realidad. Mi hija llena muchos de esos momentos en el que el corazón se rasga y no sabes por qué, la tristeza me inunda el alma. Sólo la paz de saber que está cerca me consuela. Pero son momentos como cuando has comido algo con un sabor desagradable y pruebas un helado delicioso. La vida es esquiva; aparece, te sucede, pero te das cuenta de que no puedes jugar con ella. Su camino es impredecible y tiene tramos en los que no sigo su ritmo. Hay vacíos que sé que ya nunca podré llenar y me conformo, pero me da rabia. Personas que ya no volveré a ver nunca más; mi abuela, mi hermano, mi hermana, algún amor perdido, pero bueno, tengo a lo más importante que son mis hijos y mi marido. Con ellos empecé algo muy hermoso y lo pienso terminar hasta el final.

CARTA XIX: 17 de abril del 2019

Cuatro años y cinco meses después del infarto

Tú que no abandonas, persistes, que estas entre lo que miramos y vemos, mi compañero de viaje; tu influencia da solemnidad a todo lo que nos rodea... el vino, el queso, el brote de una flor, el corazón y el pensamiento.

Tus pasos graban en nuestras vidas la experiencia, paciencia y nos ayudas a degustar cada momento; los hijos, el amor, la amistad, hasta el sufrimiento necesita de ti para mitigarse, eres mi compañero, a veces te abrazo y otras te rechazo, para ti tiempo; eterno, sin fronteras, sin miedo.

Begó

CARTA XX: 12 de agosto del 2019

Cuatro años y nueve meses después del infarto

- **Explica el significado de ictus para ti**

¡Qué gracioso! Mi hija me ha dado un bolígrafo MontBlanc para seguir escribiendo, como si estuviera escribiendo el "bestseller" del año, bueno no lo es, pero como me gusta complacerla, me hago el ánimo y ¡jala! a escribir.

Hace unos días tuve un accidente con mi silla eléctrica, la puse en marcha y, muy rápido, fui a toparme con un bordillo alto, mi silla volcó hacia atrás y mi cabeza recibió el golpe más fuerte que jamás había recibido. Fue horrible el dolor, la sorpresa, la preocupación de todos los que me rodeaban, fatal... A los dos, tres días, me dolía el cuello y el lugar donde me golpeé; como un chichón, pero no tiene nada que ver con un ictus o parecido. Fue un golpe nada más, duro y contundente, aunque ahora estoy bien, sólo es un desagradable recuerdo, no he tenido secuelas de ningún tipo, un suceso que pasó y ya está. Ahora, más de cuatro años después de mi ictus, todavía estoy en estas condiciones, es desesperante. La vida que me rodea es maravillosa pero no puedo ser feliz. Ruego en cada momento, no caer en una aguda depresión, pero me faltan argumentos y fuerza. Intento vivir cada momento lo mejor que puedo y ya está. Así voy pasando día tras día. Intentando disfrutar de las pequeñas cosas que nos pueden complacer, que me apetece un poco de agua muy fría pues la tomo [...] y los días me son mas agradables y menos pesados. No, nada tiene que ver un ictus con las secuelas de un golpe, espero que mi espera remita pronto y pueda marcharme. No, para mí ya no tiene sentido seguir caminando cada día, o subir y bajar escaleras. Tengo mucha rabia y frustración. Si pudiera llorar, vaciaría los océanos, pero no, no puedo llorar, no lo he hecho ni cuando mi hermana murió, ella, la persona que me cuidó hasta los últimos días de su vida. Al final, tus recuerdos se disipan poco a poco, te hacen sentir añoranza, pena, alegría, pero todo queda ahí, como en una bolsa con todo mezclado, nada suscita un sentimiento mayor o menor, sólo son recuerdos que pasan por tu mente y ya está. Sencillamente quisiera ser la persona de antes. Hay quien dice "¡sí! Pero eso no es posible, tú tienes que poner de tu parte y esforzarte más cada día". Sí, pero a mí no

me quedan ni fuerzas, ni ganas. Sólo quiero que la vida me lleve a donde tengo que ir y dejarme llevar.

CARTA XXI: 13 de agosto del 2019

Cuatro años y nueve meses después del infarto

- **¿Cómo ha cambiado tu rol en la familia del antes al después del ictus?**

Siempre he sido una refunfuñona. Siempre tenía algo que objetar [...]. Casi desde el principio de todo esto pensaba que lo que me ha sucedido es por no haber sabido apreciar todas las cosas que he vivido y aprendido, era todo a regañadientes. Y ahora que quisiera volver a todos instantes para hacerlo mejor, no puedo. Desde hace un tiempo he decidido no seguir comparando el ahora con el antes. Pues me duele mucho recordar como era y lo que hacía y lo que soy y hago. Esa persona que tenía siempre un proyecto en su cabeza, de cualquier índole, pero siempre. Me faltaban horas en el día para poder hacer todo lo que quería, pero siempre estaba empeñada en algo que hiciera feliz a alguien. Esa Begoña no volverá a mi vida y menos yo, no la interpretaré porque mis condiciones son otras y debo y quiero vivir según las circunstancias, y que los demás lo acepten en consecuencia.

CARTA XXII¹⁴: 11 de mayo del 2016

Un año y seis meses después del infarto

De Begoña a Rebeca;

La vida cala profundamente todas las capas de tu piel, tus carnes, tus huesos y hasta las vísceras. Se desborda sobre ti como un revoltoso chorro de agua. Te vuelve adicto a sus sonrisas, sus llantos, sus amores, su frescura. Verla pasar así desde el balcón del amor que sientes por tus hijos, tu compañero, tus amigos. Sin poder reaccionar es doloroso; marchitas cada gesto, cada intención, cada voluntad; amarla ajando el corazón, ajando tu deseo. Cuantas hojas trepan por las paredes tintineando al roce de una brisa; hermosas, verdes, recién nacidas. Primavera bendita de colores, formas, pálpitos que desprende el corazón de la tierra hacia fuera en forma de montañas, árboles, frutas, verduras, piedras. Los pájaros envían los mensajes de su nacimiento cada día; sin una sintonía establecida cantan gritos de alegría; cada flor, cada fruta. El sol vence las tinieblas de cada madrugada y brota

¹⁴ Transcritas literalmente del diario, las cartas se disponen en la misma linealidad temporal que presenta el orden original de sus páginas.

en cada ser vivo renovado [...] Mi fuerza para seguir adelante y luchar para sorber el último aliento de vida con dignidad. Si de luchar se trata, lucharé. No dejaré que el peso de mi pierna, de mi brazo, me retiren del reto; quiero andar, hacer comidas para mis hijos, poder limpiar mi hogar, poder perseguir mis ideas, mis deseos, quiero vivir, dejar que el ambiente que me rodea me roce cuando camino, quiero poder seguir dando alegrías a los seres que amo. Esa ha sido siempre mi motivación. No hay nada tan gratificante que sentir la satisfacción de alguien a quien amas, la sensación de cuando das algo que satisface a tu prójimo. La vida me reserva un espacio, lo sé. En tiempo y lugar sé que me queda un trecho por recorrer y lo haré.

CARTA XXIII: 18 de mayo del 2016

Un año y seis meses después del infarto

Los pasos que besan la tierra cuando caminan son hijos del futuro, las mentes que refuerzan el paño de sus ideas darán luz a nuestra oscuridad. Tachemos todas nuestras visiones y presumamos de nuestro chal de seda que nos ha regalado la vida.

Cada beso que retengo esconde un deseo; cada mirada que guardo es un recuerdo. Cuando los sentimientos se guardan, se esconden se encierran; una nube de voluntades y emociones se condensan y son sorbidos por un recipiente que los moldea; yo que ahora vivo en el recipiente de mi cuerpo sin poder gobernarlo.

GLOSARIO

Afasia: Trastorno adquirido consecuente de una lesión en la región izquierda del cerebro que afecta a las habilidades comunicativas y capacidad de comprender o emitir el lenguaje, hablar, entender, leer y escribir.

Aneurisma disecante: Anomalía producida en las arterias cerebrales a causa de desgarros en la capa interna de sus paredes, que permiten el ingreso de sangre a las capas de la arteria, obstruyendo el flujo sanguíneo a través de ellas. Su tratamiento puede ser quirúrgico o medicinal.

Aneurisma fusiforme: Anomalía producida en las arterias cerebrales con forma de circunferencia, que sobresale por todos los lados de la arteria y posibilita un derrame.

Aneurisma sacular: Anomalía producida en las arterias cerebrales con forma de circunferencia, que sobresale sólo en una parte de la arteria. Es la anomalía más común de aneurisma cerebral. También se conoce como baya.

Anisocoria: Asimetría en el tamaño de las pupilas.

Apoplejía: Síndrome neurológico que implica la suspensión de la actividad cerebral de manera súbita y con síntomas parecidos a los del ataque cerebral, se causa por sangrado intracerebral o por un coágulo de sangre situado en algún vaso sanguíneo del cerebro.

Apraxia: Déficit neurológico o bloqueo que implica la imposibilidad de realizar o poner en práctica una acción pensada. La persona afectada por esta enfermedad entiende lo que se le pide o sabe lo que quiere, está dispuesta a hacerlo, sin embargo, en el momento de re-accionar no logra llevar a cabo la tarea.

Arterias carótidas: Son ramas de la aorta que nacen a corta distancia del corazón hasta llegar al cerebro.

Arterias coronarias: Arterias encargadas de suministrar sangre al corazón.

Arteriografía cerebral: Igual que el estudio angiográfico cerebral, es una intervención por medio de catéter que examina los vasos sanguíneos en el cerebro.

Asomatognosia: Incapacidad para reconocer, diferenciar e integrar las diferentes partes del esquema corporal.

Líquido cefaloraquíteo: Líquido que baña el encéfalo y la médula espinal.

Bipedestación: Andar sobre dos extremidades inferiores.

Braquial: Término anatómico referido a las extremidades superiores.

Cardiopatía embolígena: Enfermedad compuesta por un grupo de condiciones heterogéneas que tienen en común un elevado riesgo de producir infartos en las vísceras. Suelen ser causa de trombos

originados por la ruptura de aneurismas. Se pueden prevenir mediante un cambio en el estilo de vida sano, intervención médica o quirúrgica.

Catéter: Dispositivo médico para uso clínico con forma de tubo delgado, normalmente hecho de plástico. Se utiliza como vía intravenosa para administrar medicamentos u otros fluidos directamente en la sangre, medir la presión y llegar hasta el corazón y el cerebro mediante la vena o la arteria.

Cíngulo: Área media del cerebro que cumple funciones determinantes en la actividad cerebral del sistema límbico se encuentra hacia el borde o limbo de la corteza cerebral

Clipado microvascular: Intervención quirúrgica de alto riesgo que previene la ruptura de un aneurisma. Bajo anestesia general, se extrae una sección del cráneo y se aísla el vaso sanguíneo con un clip metálico en el cuello de el aneurisma, se vuelve a colocar el trozo de cráneo y se cierra el cuero cabelludo. Los aneurismas cerrados completamente, normalmente no regresan.

Corticoesteroides: Sustancia producida de forma natural por el organismo del ser humano para atenuar las respuestas del cuerpo.

Daño axonal: Lesiones del tronco cerebral y del cuerpo calloso (zona que une ambos hemisferios del cerebro). Suelen deberse a fuertes golpes en la cabeza que, en muchos casos, causan el coma del individuo.

Diabetes mellitus: Concentraciones elevadas de glucosa en sangre que repercuten en el funcionamiento del metabolismo.

Disartria: Trastorno de la programación motora del habla. La lesión cerebral puede debilitar o paralizar los músculos, cuerdas vocales, lengua, labios y diafragma.

Dissección carotídea: Estrechamiento, obstrucción o filtración en el revestimiento de las arterias carótidas. Es una de las principales causas de ictus isquémico en gente joven y adultos.

Dislipemia: Desequilibrio en los niveles de lípidos (compuestos orgánicos) en sangre.

Embolia: Obstrucción repentina de un vaso sanguíneo por un coágulo sólido, líquido o gaseoso en la corriente sanguínea.

Embolización endovascular: Alternativa a la cirugía en la prevención del derrame de aneurismas. Se introduce un catéter dentro de una arteria, generalmente en la ingle. Usando un alambre guía, se pasan espirales removibles o pequeños balones de látex a través del catéter y se liberan dentro del aneurisma. Los espirales o balones llenan el aneurisma, lo bloquean de la circulación, y hacen que la sangre se coagule. Normalmente se realiza más de una vez en la vida del paciente.

Encefalopatía: Causas muy variadas de daño cerebral.

Encefalopatía anóxica: Casos donde los niveles de oxígeno en el cerebro son bajos durante cuatro minutos o más. El tipo de lesión puede ser leve, moderada o severa.

Estenosis carotídea: Estrechamiento de las grandes arterias que transportan sangre desde el corazón hacia la cabeza, la cara y el cerebro. Generalmente son el resultado de una acumulación de placa dentro de las arterias. La estenosis puede empeorar a lo largo del tiempo hasta bloquear completamente la arteria y causar un derrame cerebral.

Estudio angiográfico cerebral: Intervención por medio de catéter que examina los vasos sanguíneos en el cerebro.

Espacio subaracnoideo: Espacio entre el hueso del cráneo y el cerebro que rodea todo el cerebro.

Espasticidad: Trastorno motor permanente del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen contraídos.

Fibrilación auricular: Arritmia en la velocidad o el ritmo de los latidos del corazón.

Hemianopsia homónima: Síndrome bilateral que afecta a la mitad derecha o izquierda del campo visual de ambos ojos.

Hemiinatencción: Síndrome neuropsicológico que se presenta en adultos como resultado de un daño en el algún hemisferio cerebral. El paciente con esta lesión tiende a ignorar los objetos que se encuentran en el lado de su campo visual opuesto al hemisferio dañado.

Hemiparesia: Pérdida temporal o permanente en la motricidad de uno o varios músculos del cuerpo. Afecta uno de los lados del cuerpo.

Hemorragia epidural: Acumulación de sangre durante el parto que produce un aumento en la presión intracraneal.

Hemorragia subdural: Acumulación de sangre en el cerebro por un traumatismo craneal grave. El sangrado llena el área cerebral rápidamente, comprimiendo el tejido del cerebro y ocasionando lesiones cerebrales temporales y permanentes.

Herniación subfalciana: Lesiones expansivas en el lóbulo frontal que empujan la circunvolución del cíngulo por debajo de la hoz del cerebro.

Herniación uncal: Protrusión en la fosa posterior del lóbulo temporal, que provoca, en la mayor parte de los casos, la compresión del tronco cerebral. Es debida al aumento de la presión intracraneal.

Hipertermia: Elevación de la temperatura corporal por encima de cifras normales. Se produce como consecuencia de la incapacidad de control en los mecanismos de ajuste internos.

Hipertensión arterial: Incremento considerable de la presión en el interior de las arterias. Se genera por el aumento del ritmo cardíaco. Se considera que la presión arterial está elevada cuando se registran valores superiores a 140/90 mmHg (milímetros de mercurio).

Hipercolesterolemia: Niveles elevados de colesterol en la sangre. Se considera un desajuste metabólico secundario a muchas enfermedades que contribuyen a muchas otras formas de enfermedad en las arterias coronarias.

Hipertrofia del ventrículo: Aumento del grosor del músculo cardíaco que conforma las paredes ventriculares derecha e izquierda. Es secundaria a una alteración en la que el ventrículo debe esforzarse más para contraerse.

Lóbulo occipital izquierdo: Área ubicada en la zona posterior del cerebro encargada de procesar las imágenes.

Meninge: Membranas del tejido conectivo que cubren todo el sistema nervioso central.

Meningoencefalitis: Enfermedad causada por una infección o inflamación de las meninges y del cerebro.

Neoplasia: Masa anormal de tejido que va creciendo de forma descontrolada, debido a la multiplicación de algunas células. Este tipo de tumor, benigno o maligno, puede manifestarse como un tejido localizado que altera de forma gradual los órganos a los que ataca.

Oclusión: Proceso similar al clipado microvascular. Se ocluye la arteria completa que lleva el aneurisma. Esta intervención se suele realizar cuando la arteria también está dañada en otra de sus zonas.

Pared ventricular: Pared de la cavidad inferior del corazón o de la cavidad del cerebro que contiene el líquido cefalorraquídeo.

Radiación ionizante: Partículas u ondas electromagnéticas de muy alta frecuencia con la suficiente energía como para producir la ionización de un átomo y romper los enlaces atómicos que mantienen las moléculas unidas en las células.

Sapere aude: Locución latina utilizada por Kant que significa "atrévete a saber", tener el valor de usar la propia razón y el propio entendimiento.

Siloreo: Patología causada por la incapacidad de mantener la saliva dentro de la boca.

Sinápsis: Forma en la que las neuronas se comunican y unen entre sí. La mayoría de las sinapsis son químicas, otras sinapsis son eléctricas.

Sistema límbico: Región cerebral formada por varias estructuras que regulan las emociones y comportamiento humano.

Tálamo: Estructura cerebral que se halla en el centro de la corteza cerebral y sirve como filtro para seleccionar los estímulos sensoriales que acceden al cerebro.

Tejido penumbra: Periferia cerebral de la zona dañada por un ictus.

Trombo: Coágulo sanguíneo que se forma en un vaso y permanece allí obstruyendo la circulación de la sangre e impidiendo el suministro de oxígeno a los tejidos circundantes.

Trombosis: Trastorno de la sangre al coagularse durante la circulación formando un trombo que colapsa los circuitos sanguíneos regulares.

Ventrículo: Una, de entre dos, de las cuatro cavidades del corazón encargadas de bombear sangre a las arterias.

6. BIBLIOTECA DE IMÁGENES



Imagen 78: Resultados plásticos 1 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 2 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 3 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 4 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 5 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 6 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 7 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 8 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 9 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 10 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 11 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 12 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 13 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 14 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 15 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* ;

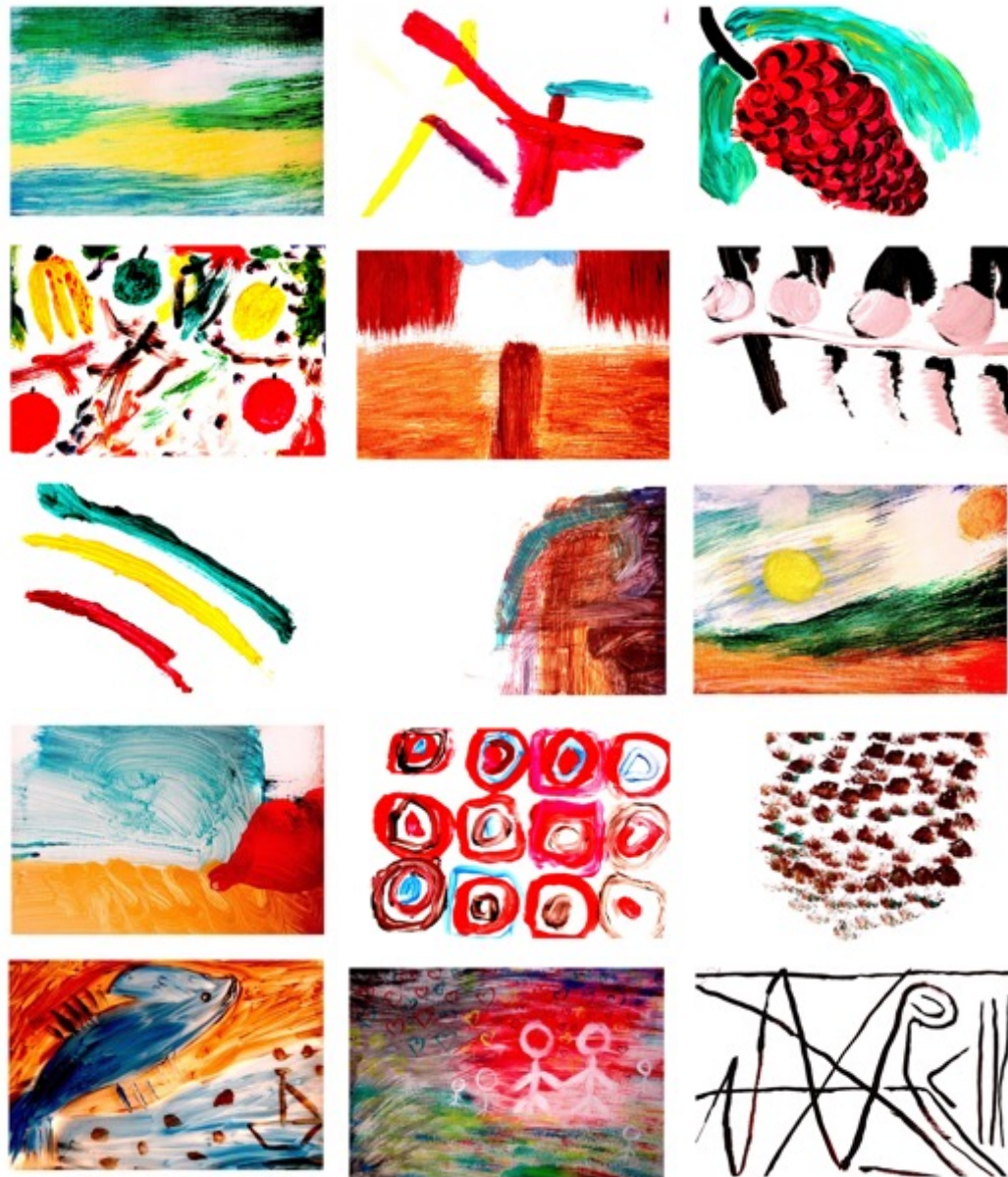


Imagen 79: Resultados plásticos 16 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 17 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 18 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 19 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 20 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 21 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 22 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 23 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 24 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 25 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 26 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 27 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 28 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 29 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*



Imagen 80: Resultados plásticos 30 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 31 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 32 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 33 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 34 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 35 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 36 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 37 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 38 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 39 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 40 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 41 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 42 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 43 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 44 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*



Imagen 81: Resultados plásticos 45 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 46 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 47 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 48 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 49 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 50 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 51 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 52 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 53 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 54 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 55 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 56 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 57 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 58 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 59 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*



Imagen 82: Resultados plásticos 60 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 61 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 62 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 63 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 64 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 65 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 66 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 67 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 68 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 69 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 70 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 71 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 72 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 73 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 74 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*;

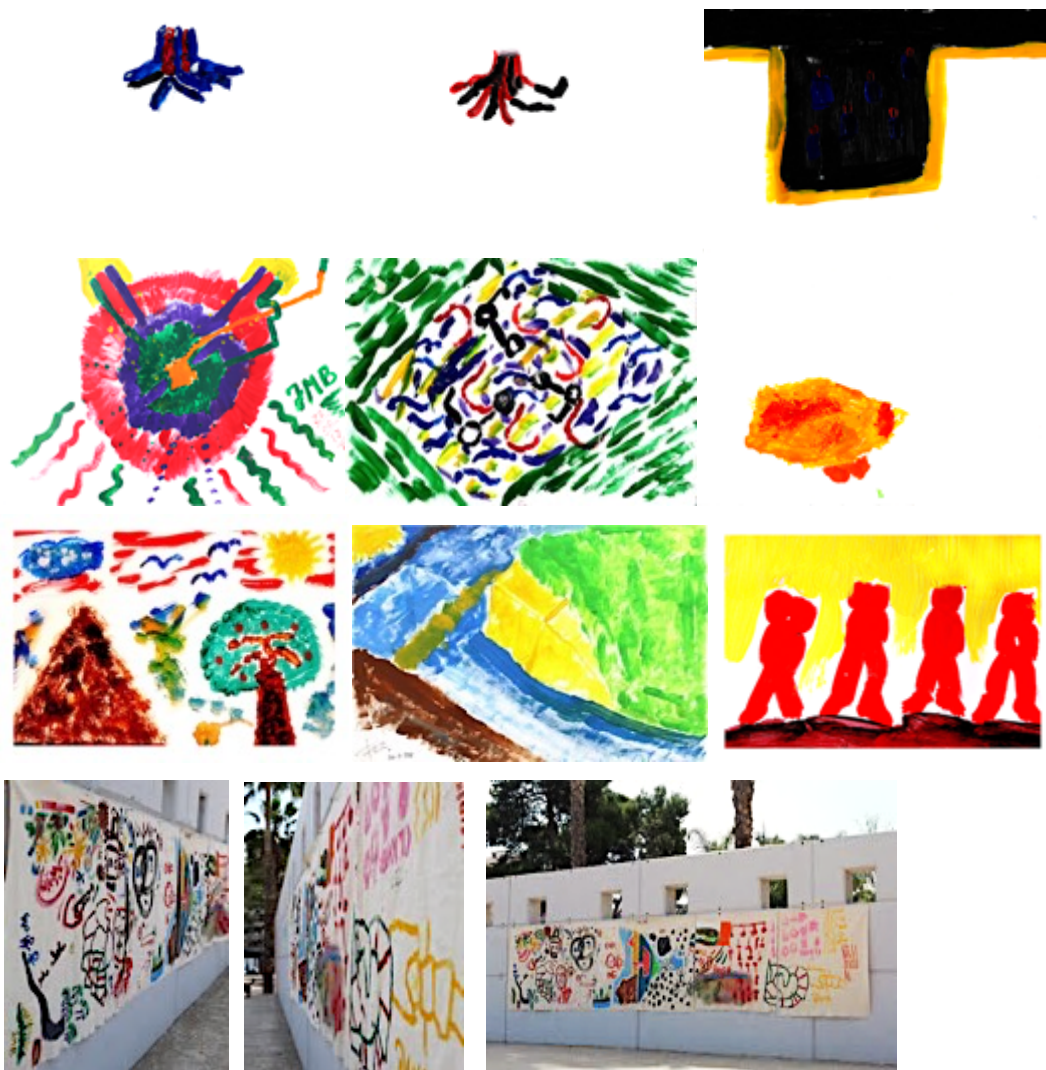


Imagen 83: Resultados plásticos 75 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 76 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 77 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 78 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 79 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 80 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 81 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 82 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 83 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 84 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 85 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 86 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 87 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*; Resultados plásticos 88 obtenidos en *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

7. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Etiología y causas del daño cerebral adquirido	43
Tabla 2: Principales características del ictus	47
Tabla 3: Tipos de ictus.....	48
Tabla 4: Principales manifestaciones del ictus	52
Tabla 5: Campos incluidos en el protocolo de neurorrehabilitación.....	58
Tabla 6: Tipos de emociones y tipos de sentimientos.....	72
Tabla 7: Intervenciones artísticas en el dominio del ictus recogidas en Pubmed.....	107
Tabla 8: Tipos de metodologías empleadas	113
Tabla 9: Primeras pistas para la inmersión en el campo.....	121
Tabla 10: Intervenciones de <i>Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación</i>	145
Tabla 11: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (OTA)	146
Tabla 12: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (1BF)	147
Tabla 13: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (2AN)	147
Tabla 14: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (3LD)	148
Tabla 15: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (4LB)	148
Tabla 16: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (5PB)	149
Tabla 17: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (6PO)	149
Tabla 18: Muestra empleada para el estudio de viabilidad (7MQ).....	150
Tabla 19: Ficha de la actividad 1 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	152
Tabla 20: Notas actividad 1, <i>Estrategias Creativas para Neurorrehabilitación</i>	153
Tabla 21: Ficha de actividad 2 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	154
Tabla 22: Ficha de actividad 3 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	156
Tabla 23: Ficha de actividad 4 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	158
Tabla 24: Ficha de actividad 5 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	162
Tabla 25: Ficha de actividad 6 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	164
Tabla 26: Ficha de actividad 7 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	166
Tabla 27: Ficha de actividad 8 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	168

Tabla 28: Ficha de actividad 9 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	170
Tabla 29: Ficha de actividad 10 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	171
Tabla 30: Ficha de actividad 11 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	172
Tabla 31: Ficha de actividad 12 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	174
Tabla 32: Ficha de actividad 13 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	176
Tabla 33: Ficha de actividad 14 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	177
Tabla 34: Ficha de actividad 15 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	179
Tabla 35: Ficha de actividad 16 llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Hermanas Hospitalarias.....	181
Tabla 36: Datos de los cuestionarios de los participantes sobre <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	182
Tabla 37: Datos de los cuestionarios del equipo de neuropsicología sobre <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	183
Tabla 38: (2016): Datos de los cuestionarios de los terapeutas ocupacionales sobre <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	184
Tabla 39: Resultados de los totales por bloques	185
Tabla 40: Resultados de los totales por actividades.....	186
Tabla 41: Resultados de los cuestionarios de los pacientes sobre <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	187
Tabla 42: Resultados de los cuestionarios de los neuropsicólogos sobre <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	187
Tabla 43: Resultados de los cuestionarios de los terapeutas ocupacionales sobre <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	187
Tabla 44: Muestra empleada para el estudio de efectividad (1EB)	194
Tabla 45: Muestra empleada para el estudio de efectividad (2JA)	195
Tabla 46: Muestra empleada para el estudio de efectividad (3FN)	195
Tabla 47: Muestra empleada para el estudio de efectividad (4BF)	196
Tabla 48: Muestra empleada para el estudio de efectividad (5JD)	196
Tabla 49: Muestra empleada para el estudio de efectividad (6JB)	197
Tabla 50: Muestra empleada para el estudio de efectividad 7(FH)	197

Tabla 51: Muestra empleada para el estudio de efectividad (8AS)	198
Tabla 52: Muestra empleada para el estudio de efectividad (9AM)	198
Tabla 53: Muestra empleada para el estudio de efectividad (10AG)	199
Tabla 54: Muestra empleada para el estudio de efectividad (11OB)	199
Tabla 55: Muestra empleada para el estudio de efectividad (12CM)	200
Tabla 56: Muestra empleada para el estudio de efectividad (13JR)	200
Tabla 57: Muestra empleada para el estudio de efectividad (14TS)	201
Tabla 58: Muestra empleada para el estudio de efectividad (15VV)	201
Tabla 59: Muestra empleada para el estudio de efectividad (16BR)	202
Tabla 60: Muestra empleada para el estudio de efectividad (17LI)	202
Tabla 61: Grupos de participantes del Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	203
Tabla 62: Ficha de la actividad 1 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	204
Tabla 63: Ficha de la actividad 2 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	205
Tabla 64: Ficha de la actividad 3 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	206
Tabla 65: Ficha de la actividad 4 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	207
Tabla 66: Ficha de la actividad 5 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	208
Tabla 67: Ficha de la actividad 6 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	209
Tabla 68: Ficha de la actividad 7 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	210
Tabla 69: Ficha de la actividad 8 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	211
Tabla 70: Ficha de la actividad 9 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	212
Tabla 71: Ficha de la actividad 10 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	213
Tabla 72: Ficha de la actividad 11 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	214
Tabla 73: Ficha de la actividad 12 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	215

Tabla 74: Ficha de la actividad 13 llevada a cabo por cada grupo en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	216
Tabla 75: Áreas de evaluación propuestas para el <i>Estudio Controlado Aleatorizado</i>	218
Tabla 76: Muestra del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	224
Tabla 77: Valores y totales del Índice de Barthel en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	225
Tabla 78: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	226
Tabla 79: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	227
Tabla 80: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	228
Tabla 81: Índice de Barthel, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	229
Tabla 82: Valores y totales de la Escala de Rosenberg en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	230
Tabla 83: Escala de Autoestima de Rosenberg, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	230
Tabla 84: Valores y totales de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	231
Tabla 85: Valores y totales de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	231
Tabla 86: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (ansiedad). Datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	232
Tabla 87: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (depresión). Datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Nisa Valencia al Mar"	233
Tabla 88: Valores y totales de la Euroqol-5D en el Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	234
Tabla 89: Euroqol-5D, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	234
Tabla 90: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	235
Tabla 91: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	236
Tabla 92: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	237

Tabla 93: EuroQol-5d, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	238
Tabla 94: Valores y totales de la Escala de Habilidades Sociales en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	239
Tabla 95: Dominios de la Escala de Habilidades Sociales	239
Tabla 96: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	240
Tabla 97: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	241
Tabla 98: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	242
Tabla 99: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	243
Tabla 100: Escala de Habilidades Sociales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del Hospital Nisa Valencia al Mar	244
Tabla 101: Valores y totales de la Escala Conductual de Sistemas Frontales en el Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	245
Tabla 102: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	245
Tabla 103: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	246
Tabla 104: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	247
Tabla 105: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	248
Tabla 106: Escala Conductual de Sistemas Frontales, datos de los participantes del Servicio de Neurorrehabilitación del “Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar”	249
Tabla 107: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Autoestima de Rosenberg	250
Tabla 108: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	251
Tabla 109: Resultados del análisis cualitativo en la Escala EuroQol-5D	252
Tabla 110: Resultados del análisis cualitativo en la Escala EuroQol-5D	253
Tabla 111: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Habilidades Sociales	255
Tabla 112: Resultados del análisis cualitativo en la Escala de Habilidades Sociales	256
Tabla 113: Resultados del análisis cualitativo en los subapartados de la Escala Conductual de Sistemas Frontales	258
Tabla 114: Resultados cuantitativos del Índice de Barthel totales (actividades cotidianas)	260

Tabla 115: Resultados cuantitativos de la Escala de Rosenberg totales (autoestima)	261
Tabla 116: Resultados cuantitativos de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria totales.	261
Tabla 117: Resultados cuantitativos de la Escala de la Escala de Euroqol-5D	262
Tabla 118: Resultados cuantitativos de la Escala de Habilidades Sociales totales.....	263
Tabla 119: Resultados cuantitativos de la Escala Conductual de Sistemas Frontales totales	264
Tabla 120: Resultados obtenidos tras la intervención I.....	266
Tabla 121: Resultados obtenidos tras la intervención II.....	267

8. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 (2019): Etapas del ictus.....	55
Figura 2 (2019): Curva de recuperación en la fase aguda y post-aguda del ictus.....	56
Figura 3 (2019): Fase crónica con dificultades.....	57
Figura 4 (2019): Fase crónica esperada.....	57
Figura 5 (2019): Fase crónica sin rehabilitación	57
Figura 6 (2019): Método de intervención.....	131
Figura 7 (2019): Bloques abordados por <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	134
Figura 8 (2019): Direcciones de la estrategia durante el primer bloque	135
Figura 9 (2019): Direcciones de la estrategia durante el segundo bloque	135
Figura 10 (2019): Direcciones de la estrategia durante el tercer bloque	136
Figura 11 (2016): Gráfica 1 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 2 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 3 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 4 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 5 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 6 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios de los pacientes en la Unidad; Gráfica 1 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 2 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 3 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 4 sobre los resultados recogidos de los cuestionarios del equipo de la Unidad; Gráfica 1 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad; Gráfica 2 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad; Gráfica 3 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad; Gráfica 4 sobre las medias de los resultados obtenidos entre los cuestionarios de los pacientes y del equipo de la Unidad de los pacientes en la Unidad	191
Figura 12 (2018): Estructura del <i>Estudio Controlado Aleatorizado</i>	193

9.ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Me siento encadenada, siento nostalgia del viento que acaricia tu cara cuando eres libre y tienes la posibilidad de hacer lo que te da la gana</i>	22
Imagen 2 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Antes había bastantes cosas que me sorprendían o emocionaban. Ahora la mayoría de las cosas me parecen banales y sin interés</i>	26
Imagen 3 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>La vida es como una montaña rusa, unas veces subes y otras bajas con vértigo hacia precipicios desconocidos; Me acuerdo de mí misma decidida y resuelta a conquistar cualquier obstáculo para conseguir lo que queríamos, siempre entusiasta, creativa, alegre e incrédula de lo feliz que era</i>	27
Imagen 4 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Mis líneas horizontales y verticales solo buscan el reposo de la mirada complicidad sin interrogante ni laberintos.....</i>	28
Imagen 5 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>No puedo transmitir todo ese amor, mi creatividad se ve frustrada, no puedo desarrollarla, no puedo devolverle a la vida ni un mínimo de lo que ella me ha regalado</i>	29
Imagen 6 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Siento que mi cuerpo paralizado quiere parar para siempre</i>	30
Imagen 7 (2020): Obra de Dubuffet: <i>Henri Michaux Actor Japonés (1946)</i>	32
Imagen 8 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>El tiempo es como tu piel, está ahí. Una espera continua por ver si llega algo que lo haga pasar más deprisa y me devuelva la tangibilidad con la que antes percibía las cosas</i>	33
Imagen 9 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Yo que ahora vivo en el recipiente de mi cuerpo sin poder gobernarlo</i>	34
Imagen 10 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Hoy sí me ha parecido vivir con más normalidad, me he sentido en más sintonía con mi entorno, no sé por qué, hoy sí y otros días no</i>	38
Imagen 11 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>El futuro irremediabilmente se te antoja en la situación que estás, porque, aunque, tú en tu mente, estés dispuesto a avanzar, hay hechos que te desencantan</i>	41
Imagen 12 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>La pregunta de cuándo podré moverme con normalidad es un permanente</i>	42
Imagen 13 (2019): Partes del encéfalo que puede afectar el daño cerebral adquirido	43

Imagen 14 (2019): Imagen de los nombres en <i>National September 11 Memorial</i> (2011); Imagen de las fotografías en el Museo de Genocidio Tuol Sleng S-21 (2015); Imagen de las calaveras en el Centro de Genocidio de Choeung Ek (2005); Imagen de los relojes en <i>Prime time</i> (2006)	54
Imagen 15 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: Todo es lento para mí, me cuesta incluso visionar cuáles van a ser mis movimientos para ejecutar la próxima tarea ; Me acuerdo de mí misma decidida y resuelta a conquistar cualquier obstáculo para conseguir lo que queríamos, siempre entusiasta, creativa, alegre e incrédula de lo feliz que era.....	59
Imagen 16 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>No dejaré que el peso de mi pierna, de mi brazo, me retiren del reto</i>	60
Imagen 17 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Los acontecimientos van y vienen a una velocidad que yo no puedo concebir</i>	74
Imagen 18 (2019): <i>Readymade</i> de Duchamp: <i>Secador de botellas</i> (1914).....	75
Imagen 19 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Una espera continua por ver si llega algo que lo haga pasar más deprisa y me devuelva la tangibilidad con la que antes percibía las cosas</i>	81
Imagen 20 (2016): Pintura post-ictus de Katherine Sherwood: <i>Tiresia</i> (1975).....	82
Imagen 21 (2005): Pintura 1 del paciente 2 - antes de sufrir el ictus; Pintura 2 del paciente 2 - después de sufrir el ictus.....	85
Imagen 22 (2007): Pintura post-ictus de Anton Räderscheidt: <i>Portraits</i> ; Pintura pre-ictus de Anton Räderscheidt: <i>Painter and model</i> ; Pintura post-ictus de Anton Räderscheidt: <i>Self-portrait 1</i> ; Pintura post-ictus de Anton Räderscheidt: <i>Portraits</i>	88
Imagen 23 (2007): Serie de pinturas pre y post ictus de Otto Dix: <i>Photographic portrait</i> ; <i>Self-portrait before stroke</i> (1964); <i>Self-portrait with black collar</i> (1968); <i>Small self-portrait</i> (1968); <i>Self-portrait with a hand</i> (1968)	89
Imagen 24 (2007): Pinturas 1 y 2 post-ictus de Wolfgang Aichinger-Kassek.....	90
Imagen 25 (2007): Pinturas 1, 2 y 3 post-ictus de Reynold Brown.....	91
Imagen 26 (2012): Pintura post -ictus de Katherine Sherwood; Pintura post -ictus de Katherine Sherwood: Aldrich Ames (1995); Pintura post -ictus de Katherine Sherwood: Facility of Speech (1999); Pintura II post-ictus de Katherine Sherwood; Pintura III post -ictus de Katherine Sherwood	94
Imagen 27 (2012): Carta de colores. Izquierda, fase temprana, derecha, fase tardía. Las elipses son los pacientes y los rectángulos sus cuidadores.....	96
Imagen 28 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>El tiempo no avanza</i>	108
Imagen 29 (2015): Representación libre por la participante alfa.....	109
Imagen 30 (2019): Representación libre por la participante alfa II.....	110

Imagen 31 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Silencio, Mi gran amigo silencio</i>	120
Imagen 32 (2014): Identificación de heminegligencia visual y de falta de conciencia sobre la circunstancia unos días después de sufrir el ictus I.....	122
Imagen 33 (2014): Identificación de heminegligencia visual y de falta de conciencia sobre la circunstancia unos días después de sufrir el ictus II.....	123
Imagen 34 (2014): Identificación de heminegligencia visual y de falta de conciencia sobre la circunstancia unos días después de sufrir el ictus III	124
Imagen 35 (2011): I Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; II Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; III Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; IV Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; V Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa; VI Estilo plástico pre-ictus de la participante alfa	125
Imagen 36 (2015): Dibujo I del estilo plástico post-ictus de la participante alfa	126
Imagen 37 (2015): Dibujo II del estilo plástico post-ictus de la participante alfa	127
Imagen 38 (2015): Dibujo III del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo IV del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo V del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo VI del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo VII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo VIII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo IX del estilo plástico post-ictus de la participante alfa.....	128
Imagen 39 (2015): Dibujo X del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XI del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XIII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XIV del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XV del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XVI del estilo plástico post-ictus de la participante alfa;.....	129
Imagen 40 (2015): Dibujo XVII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo XVIII del estilo plástico post-ictus de la participante alfa; Dibujo del estilo plástico post-ictus de la participante alfa XIX; Dibujo del estilo plástico post-ictus de la participante alfa X; Dibujo del estilo plástico post-ictus de la participante alfa XI.....	130
Imagen 41 (2019): Obra de Duchamp: <i>La fuente</i> (1917)	133
Imágenes 42: Obras utilizadas como referentes para la interpretación de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> : Divididas en cuatro columnas de arriba abajo y de izquierda a derecha: Robert Delaunay, <i>Formas circulares</i> (1930); Henri Matisse, <i>La danza</i> (1910); Henri Matisse, <i>La alegría de vivir</i> (1906); Vasili Kandinsky, <i>Estudio de color, cuadrados con círculos concéntricos</i> (1913); Vasili Kandinsky, <i>Composición IV</i> (1913); Jean Dubuffet, <i>Epanouissement</i> (1984), Henri Matisse, <i>Retrato de Lydia Delectorskaya</i> (1947) y Henri Matisse, <i>Desnudo azul</i> (1952).....	138
Imagen 43 (2019): Serie de Picasso (1945).....	139

13 de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados 60 de los participantes en la actividad 13 de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados 61 de los participantes en la actividad 13 de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados 62 de los participantes en la actividad 13 de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados 63 de los participantes en la actividad 13 de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	177
Imagen 58 (2016): Resultados 4 de los participantes en la actividad 1 de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i>	180
Imagen 59 (2018): Resumen de los resultados 1 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 2 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	204
Imagen 60 (2018): Resumen de los resultados 3 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 4 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	205
Imagen 61 (2018): Resumen de los resultados 5 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 6 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	206
Imagen 62 (2018): Resumen de los resultados 7 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 8 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	207
Imagen 63 (2018): Resumen de los resultados 9 de las actividades propuestas en el programa <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 10 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	208
Imagen 64 (2018): Resumen de los resultados 11 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 12 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	209

Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 28 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 29 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 30 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 31 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"; Resumen de los resultados 32 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	217
Imagen 73 (2018): Resumen de los resultados 33 de las actividades propuestas en el programa de <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar"	218
Imagen 74 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Yo que ahora vivo en el recipiente de mi cuerpo sin poder gobernarlo</i>	268
Imagen 75 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>Vivo pululando entre el sueño y la realidad y así voy sumando tiempo</i>	271
Imagen 76 (2019): Representación plástica por la participante alfa del contenido de sus cartas: <i>No soy la misma persona, no soy yo</i>	272
Imagen 77 (2018): Carta XVI Déficit traspasados a la escritura	292
Imagen 78: Resultados plásticos 1 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 2 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 3 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 4 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 5 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 6 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 7 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 8 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 9 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 10 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 11 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 12 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 13 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 14 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ; Resultados plásticos 15 obtenidos en <i>Estrategias Creativas para Neurorehabilitación</i> ;	302

10. FUENTES REFERENCIALES

- Alonso, A. (2014-2015). Innovación docente e Iniciación a la Investigación educativa. Clases impartidas en, Máster Universitario en Profesora/a de Educación Secundaria, Universitat de València.
- Arad, M. & Walker, P. (2011). National September 11 Memorial [Arquitectura]. One Liberty Plaza 20, Nueva York.
- Arias, A. (2009, julio). Rehabilitación del Accidente Cerebrovascular: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica, Sociedad Gallega de Medicina Interna*, 70 (3), 25-38.
- Adsit, P. A. & Lee, J. (1986, noviembre-diciembre). The use of art in stroke group therapy [El uso del arte en la terapia grupal de lesión cerebrovascular]. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 11 (3), 18-19. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1986.tb00530.x>
- Álvarez Sabín, J. & Masjuan Vallejo, J. (2013). *Comprender el ictus (Infarto y hemorragia cerebral)*. Barcelona: Amat.
- Andrews, K., Brocklehurst, J. C., Richards, B. & Laycock, P. J. (1980, agosto). The prognostic value of picture drawings by stroke patients [El valor de pronóstico de los dibujos de pacientes con lesión cerebrovascular]. *Rheumatology*, 19 (3), 180-188. DOI: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/19.3.180>
- Annoni, J. M., Devuyst, G., Carota, A., Bruggimann, L. & Bogousslavsky, J. (2005, junio). Changes in artistic style after minor posterior stroke [Cambios en el estilo artístico tras menor lesión cerebrovascular en parte posterior]. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 76 (6), 797-803. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2004.045492>
- Bäzner, H. & Hennerici, M. G. (Eds.). (2007, mayo). Painting after right-hemisphere stroke - case studies of professional artists [Pintura después de un derrame cerebral en el hemisferio derecho: estudios de casos de artistas profesionales]. *Neurological Disorders in Famous Artists – Part 2. Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 22, 1-13. DOI: 10.1159/000102820
- Beesley, K., White, J. H., Alston, M. K., Sweetapple, A. L. & Pollack, M. (2011, abril). Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme [Arte después de la lesión cerebrovascular: la experiencia cualitativa de una comunidad de supervivientes a un accidente cerebrovascular en un programa de arte grupal]. *Disability and Rehabilitation*, 33 (23-24), 2346-2355. DOI: 10.3109/09638288.2011.571333

- Bogousslavsky, J. (2005, setiembre). Artistic creativity, style and brain disorders [Creatividad artística, estilo y trastornos cerebrales]. *European Neurology*, 54, 103-111. DOI: <https://doi.org/10.1159/000088645>
- Bohm, D. (2012). *Sobre el diálogo* (González Raga, D. y Mora F., trads.) (3ª ed.). Barcelona: Kairós. (Obra original publicada en 1995).
- Boller, F., Sinforiani, E. & Mazzucchi., A. (2005). Preserved painting abilities after a stroke. The case of Paul-Elie Gernez [Capacidades de pintura preservadas después de un accidente cerebrovascular. El caso de Paul-Elie Gernez]. *Functional Neurology*, 20(4), 151-155. PMID: 16483452
- Cabanne, P. (2013). *Conversaciones con Marcel Duchamp* (Gallego Urrutia, M. T., trad.). Madrid: This Side Up Libros. (Obra original publicada en 1971).
- Cardenal, M. (Febrero de 2017). Las capacidades de la mente para crear y pensar. Vínculos y salud. Simposio llevado a cabo en, Sede del Colegio Oficial de Psicología de la Comunitat Valenciana (COPCV), Valencia.
- Camicia, M., Lutz, B., Markoff, N. & Catlin, A. (2018, 3 de enero). Determining the Needs of Family Caregivers of Stroke Patients during Inpatient Rehabilitation Using Interview, Art, and Survey [Determinación de las necesidades de los cuidadores familiares de pacientes con lesión cerebrovascular durante la rehabilitación hospitalaria mediante entrevistas, arte y encuesta]. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. DOI: 10.1097/RNJ.0000000000000129
- Cid-Ruzafa, J. & Damián-Moreno, J. (1997, marzo). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (2), 127-137. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
- Damasio, A. (2014a). *En busca de Spinoza* (Ros, J., trad.) (3ª impr.). Barcelona: Editorial Planeta. (Obra original publicada en 2003).
- Damasio, A. (2014b). *Y el cerebro creó al hombre* (Meler Ortí, F., trad.) (3ª impr.). Barcelona: Ediciones Destino. (Obra original publicada en 2010).
- Damasio, A. (2017). *El error de Descartes* (Ros, J., trad.) (6ª impr.). Barcelona: Editorial Planeta. (Obra original publicada en 1995).
- Derrida, J. (1989). *Márgenes de la filosofía*. Madrid: Cátedra (Obra original publicada en 1972).
- Derrida, J. (2014). *Posiciones* (Arranz, M., trad.). Valencia: Pre-Textos. (Obra original publicada en 1977).

- Dewey, J. (2008). El arte como experiencia. Barcelona: Paidós Iberica. (Obra original publicada en 1934).
- Dewey, J. (2010). Experiencia y Educación. Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1938).
- Dubuffet, J. (1946). Henry Michaux actor japonés [Pintura]. Valencia, Institut Valencià d'Art Modern.
- Duchamp, M. (1914). Secador de botellas [Readymade]. Buenos Aires, Fundación Proa.
- Ellis-Hill, C., Gracey, F., Thomas, S., Lamont-Robinson, C., Thomas, P. W., Marques, E. M., ... Jenkinson, D. F. (2015, agosto). 'HeART of Stroke (HoS)', a community-based Arts for Health group intervention to support self-confidence and psychological well-being following a stroke: protocol for a randomised controlled feasibility study [una intervención grupal de Artes por la Salud basada en la comunidad para apoyar la autoconfianza y el bienestar psicológico después de una lesión cerebrovascular: protocolo para un estudio de factibilidad controlado aleatorizado]. *BMJ Open*, 5(8), e008888. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008888
- Ellsworth, E. (2005). Posiciones en la enseñanza: diferencia, pedagogía y el poder de la direccionalidad. Madrid: Akal.
- EuroQol Group (1990, diciembre). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life [Una nueva facilidad para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud.]. *Health Policy*, 16 (3), 199-208. PMID: 10109801
- Évole, J. (Productor y Director) & Lara, R. (Productor). (2014). Salvados: Entrevista a José Mujica [Programa de televisión]. Madrid: Atresmedia Corporación de Medios de Comunicación. Recuperado de https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-8/capitulo-12-entrevista-jos-mujica_5ad0951f7ed1a88d4ef81290/
- Foucault, M. (2003). Historia de la sexualidad. Vol. 2. El uso de los placeres (Hurley, R., trad.). Madrid: Siglo XXI. (Obra original publicada en 1984).
- Fuster, J. M. (2016). Cerebro y libertad: los cimientos cerebrales de nuestra capacidad para elegir (Soler Chic, J., trad.) (1ª ed. Colección Booket). Barcelona: Ariel. (Obra original publicada en 2013).
- Gámiz Serrano, A. C. (2016, enero). La expresión de los más profundos pensamientos. *Tercio Creciente*, 9, 25-32. Recuperado de <http://www.terciocreciente.com>
- Garrido, M. (1983). El yo y la circunstancia. *Teorema: Revista internacional de filosofía*, 13 (3-4), 309-344. Recuperado de <file:///C:/Users/yo/Desktop/tesiss/Dialnet-EIYoYLaCircunstancia-2043893.pdf>

- Garrido, M. (1998). En Nietzsche, F. Sobre verdad y mentira en sentido extramoral (Prólogo). Madrid: Editorial Tecnos.
- Generalitat. Conselleria de Sanitat (Ed.). (2011). Plan de Atención al Ictus en la Comunidad Valenciana 2011-2015. La Pobla Llarga.
- Gismero González, E. (2000). EHS: Escala de Habilidades Sociales. Madrid: TEA.
- Guzmán Lozano, S. (2016). Manual práctico de salud mental en Terapia Ocupacional. Madrid: Síntesis.
- Khalid, A., Gammidge, T. & Waller, D. (2014, junio). Fight like a ferret: a novel approach of using art therapy to reduce anxiety in stroke patients undergoing hospital rehabilitation [Lucha como un hurón: un enfoque novedoso del uso de la arteterapia para reducir la ansiedad en pacientes con lesión cerebrovascular sometidos a rehabilitación hospitalaria]. *Medical Humanities*, 40(1), 56-60. DOI: 10.1136/medhum-2013-010448
- Krakowski, A. (2015). Prime Time [Arquitectura]. Esquina c/ Roís de Corella y c/ Mestre Sosa con Sant Vicent, Valencia.
- Kim, M. K. & Kang, S. D. (2013, enero). Effects of art therapy using color on purpose in life in patients with stroke and their caregivers [Efectos de la arteterapia empleando el color con la intención de usarlo en el día a día de los pacientes con lesión cerebrovascular y sus cuidadores]. *Yonsei Medical Journal*, 54(1), 15-20. DOI: 10.3349/ymj.2013.54.1.15
- Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J. & Kupniratsaikul, V. (2015, septiembre). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a randomized controlled trial [Terapia de arte creativo para mejorar la rehabilitación de pacientes con lesión cerebrovascular: un ensayo controlado aleatorizado]. *Clinical Rehabilitation*, 30(10), 1016-1023. DOI: 10.1177/0269215515607072
- Lanzmann, C. (Productor y Director). (1985). Shoah [Documental]. París: New yorker films.
- Lo, T. L. T., Lee, J. L. C. & Ho, R. T. H. (2018, septiembre). Creative Arts-Based Therapies for Stroke Survivors: A Qualitive Systematic Review [Terapias creativas basadas en las artes para los supervivientes de un accidente cerebrovascular: una revisión sistemática cualitativa]. *Frontiers in Psychology*, 9:1646. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01646
- López Fernández-Cao, M. (Noviembre de 2018). Hacia la levedad. Simposio llevado a cabo en, Facultat de Belles Arts de San Carles, Universitat Politècnica de València.
- López Fernández-Cao, Marián; Martínez Díez, Noemí. *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. 1ª edición. Madrid: Ediciones Tutor, 2006. ISBN: 84-7902-5557.

- Lloréns Rodríguez, R. (2014). Intervenciones basadas en realidad virtual para el entretenimiento de las estrategias de equilibrio en sujetos crónicos con daño cerebral adquirido, (Tesis doctoral). Universitat Politècnica de València, Valencia, España.
- Lusebrink, Vija B. "Art therapy and the brain. an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy". *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, [en línea] 21(3):125-135, 2004. [citado en abril 2013]. ISSN: 0742-1656 (Print). Disponible en: [http://www.arttherapycourses.com.au/pdfs/Lusebrink,%20V.%20B.%20and%20Alto,%20P.%20\(2004\).%20ArtTherapy%20and%20the%20Brain.pdf](http://www.arttherapycourses.com.au/pdfs/Lusebrink,%20V.%20B.%20and%20Alto,%20P.%20(2004).%20ArtTherapy%20and%20the%20Brain.pdf)
- Marín Viadel, R. (2012). Las Metodologías Artísticas de Investigación y la Investigación Educativa basada en las Artes Visuales. En Roldán Ramírez, J. & Marín Viadel, R., Metodologías artísticas de Investigación en educación (pp. 14-39). Málaga: Ediciones Aljibe.
- Marina, J. A. (2011). Teoría de la Inteligencia creadora. Barcelona: Anagrama. (Obra original publicada en 1993).
- Marshall, B. K. (1992). Teaching the postmodern: Fiction and theory [Enseñando la posmodernidad: Ficción y teoría]. Nueva York: Routledge and Kegan Paul.
- Miralles, P. (Noviembre de 2016). FICAE, un punto de encuentro entre la cultura y el sector sanitario. Presentación publicada en Cambra Rufino, L. Actas del III Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud (p. 66). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/331864945_LCR_actas_III_congreso_internacional_de_espacios_de_arte_y_salud
- Morris, J. H., Toma, M., Kelly, C., Joice, S., Kroll, T., Mead, G. & Williams, B. (2015, junio). Social context, art making processes and creative output: a qualitative study exploring how psychosocial benefits of art participation during stroke rehabilitation occur [Contexto social, procesos de creación artística y producción creativa: un estudio cualitativo que explora cómo se producen los beneficios psicosociales de la participación artística durante la rehabilitación de la lesión cerebrovascular]. *Disability and Rehabilitation*, 38(7), 661-672. DOI: 10.3109/09638288.2015.1055383
- Morris, J. H., Kelly, C., Joice, S., Kroll, T., Mead, G., Donnan, P., ... Williams, B. (2017, enero). Art participation for psychosocial wellbeing during stroke rehabilitation: a feasibility randomised controlled trial [Participación artística para el bienestar psicosocial durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular: un ensayo controlado aleatorizado factible]. *Disability and Rehabilitation*, 41(1): 9-18. DOI: 10.1080/09638288.2017.1370499
- Morris, J. H., Kelly, C., Toma, M., Kroll, T., Joice, S., Mead, G., ... Williams, B. (2014, septiembre). Feasibility study of the effects of art as a creative engagement intervention during stroke rehabilitation on

improvement of psychosocial outcomes: study protocol for a single blind randomized controlled trial: the ACES study [Estudio de viabilidad de los efectos del arte como una intervención de compromiso creativo durante la rehabilitación del accidente cerebrovascular en la mejora de los resultados psicosociales: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorizado simple ciego: el estudio ACES]. *Trials*, 15, 380. DOI: 10.1186/1745-6215-15-380

Motos, T. (2009, diciembre). Construyendo ciudadanía creativamente: el teatro legislativo de Augusto Boal. *Ñaque. Teatro Expresión Educación*, 61, 18-26. Ciudad Real: Ñaque Editora.

Muñoz López, B. (2011). ¿Es real la realidad en tiempos de postmodernidad?. En Senabre Llabata, C., Sívestre, R. & Pérez Pont, J. L. (Coords.), *La imagen mundializada. ¿una iconicidad global?* (pp. 51-68). Valencia: Universitat de València, Servei de Publicacions.

Nietzsche, F. (1871). *El origen de la tragedia*. Barcelona: Austral.

Nietzsche, F. (1998). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral* (Garrido, M., trad.). Madrid: Editorial Tecnos. (Obra original publicada en 1873).

Ortega y Gasset, J. (1924). Ni vitalismo ni racionalismo. *Revista de Occidente*, 16, 1-16. Madrid: Fundación Ortega y Gasset.

Ortega y Gasset, J. (1985). *Estudios sobre el amor*. Navarra: Salvat Editores. (Obra original publicada en 1939).

Ortega y Gasset, J. (2017). *Meditaciones del Quijote*. (11ª ed.). Madrid: Cátedra. (Obra original publicada en 1914).

Pérez, D. (2014-2015). *Razones de la sinrazón: La crisis de la modernidad*. Clases impartidas en, Máster de Producción Artística, Universitat Politècnica de València.

Peris Roca, E. (2013). *Hacia el paradigma biopsicosocial: el arte como herramienta en entornos de Salud*. (Trabajo final de máster). Universitat Politècnica de València, Valencia, España.

Petcu, E. B., Sherwood, K., Popa-Wagner, A., Buga, A. M., Aceti, L. & Miroiu, R. I. (2016, mayo). Artistic Skills Recovery and Compensation in Visual Artists after Stroke [Recuperación de habilidades artísticas y compensación en artistas visuales después de una lesión cerebrovascular]. *Frontiers in Neurology*, 7, 76. DOI: 10.3389/fneur.2016.00076

Picasso, P. (1945-1946). *Serie La Tauromaquia* [Litografía]. Málaga, Museo Casa Natal de Picasso.

Ramírez Ramírez, C. (2002). *La Inteligencia perdida de la verdad real a la verdad de la razón*. Montes de Oca, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Reguera, I. & Muñoz, J. (Trads.). (2017). En Wittgenstein, L., *Tractatus logico-philosophicus* (Introducción) (3ª ed., 5ª reimp.). Madrid: Alianza. (Obra original publicada en 1921).

- Reid-Arndt, S. A., Nehl, C. & Hinkebein, J. (2007, diciembre). The Frontal Systems Behaviour Scale (FrSBe) as a predictor of community integration following a traumatic brain injury [La Escala de Comportamiento de Sistemas Frontales (FrSBe) como un vaticinador de integración comunitaria tras una lesión cerebral traumática]. *Brain Injury*, 21(13-14), 1361-1369. DOI: 10.1080/02699050701785062
- Reynolds, M.V.; Nabors, L.; Quinlan, A. "The effectiveness of art therapy: does it work?." *Art therapy*, [en línea] 17(3): 207-213, 2000. [citado en mayo 2013]. ISSN: 0742- 1656. Disponible en: <http://update-sbs.update.co.uk/CMS2Web/tempPDF/12001005001.pdf>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* [Sociedad y la autoimagen adolescente]. Middeltown: Wesleyan University Press. (Obra original publicada en 1965).
- Rueda, O. (2018). *No sabes lo que me cuesta escribir esto. La historia de cómo recuperé el lenguaje*. Barcelona: Blackie Books.
- Sanchez, M. (Productor), Veneklasen, N. (Productor) & Goorjian, A. M. (Director). (2009). *The Shift* [Cine independiente]. Estados Unidos: Liceum fims.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M. & Huotilainen, M. (2013, julio). Music perception and cognition: development, neural basis, and rehabilitative use of music [Percepción y cognición musical: desarrollo, base neural y uso rehabilitador de la música]. *Wiley interdisciplinary reviews. Cognitive science*, 4(4), 441-451. DOI: 10.1002/wcs.1237
- Sherwood, K. (2012, abril). How a cerebral hemorrhage altered my art [Cómo una hemorragia cerebral alteró mi arte]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 55. DOI: 10.3389/fnhum.2012.00055
- Simis, M., Bravo, G. L., Boggio, P. S., Devido, M., Gagliardi, R. J. & Fregni, F. (2013, julio). Transcranial direct current stimulation in de novo artistic ability after stroke [Estimulación transcraneal de corriente continua en la habilidad artística de novo tras la lesión cerebrovascular]. *Neuromodulation. Technology at the Neural Interface*, 17 (5), 497-501. DOI: 10.1111/ner.12140
- Sit, J. W., Chan, A. W., So, W. K., Chan, C. W., Chan, A. W., Chan, H., ... Wong E. M. (2014, septiembre). Promoting Holistic Well-Being in Chronic Stroke Patients Through Leisure Art-Based Creative Engagement [Promoviendo el bienestar holístico en pacientes con accidente cerebrovascular crónico a través del compromiso creativo basado en el arte]. *Rehabilitation Nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 42(2), 58-66. DOI: 10.1002/rnj.177
- Tse, L. (2018). *Tao Te Ching* (García-Noblejas Sánchez-Cendal, G., trad.) (3ª ed., nueva traducción). Madrid: Alianza Editorial. (Obra original publicada en s.f.).

- Vaihinger, H. (1996). La voluntad de ilusión en Nietzsche. En Nietzsche, F. & Vaihinger, Sobre verdad y mentira en sentido extramoral. La voluntad de ilusión en Nietzsche (Valdés Villanueva, L. M. y Orduña, T., trads.) (3ª ed.) (pp. 39-87). Madrid: Tecnos. (Obra original publicada en 1913).
- Villamizar Acevedo, G. (2012, septiembre). La creatividad desde la perspectiva de estudiantes universitarios. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 10(2), 213-237. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551/55124596015>
- White, M. & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Wittgenstein, L. (2013). Remarks on Colour (Bassols, A. T., trad.) (1ª ed., en esta prestación). Barcelona: Paidós Ibérica. (Obra original publicada en 1977).
- Wittgenstein, L. (2017). Tractatus logico-philosophicus (Requera, I. y Muñoz, J., trads.) (3ª ed., 5ª reimp.). Madrid: Alianza. (Obra original publicada en 1921).
- Zaidel, D. W. (2014, junio). Creativity, Brain, and Art: Biological and Neurological considerations [Creatividad, Cerebro y Arte: consideraciones Biológicas y Neurobiológicas]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 389. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00389
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983, junio). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [La escala de ansiedad y depresión hospitalaria]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zubiri, X. (2013), Inteligencia sentiente: edición abreviada por Francisco González de Posada" (2004). Madrid: Tecnos (1ª reimp.). (Obra original publicada en 1980-1983).
- Zurru, R. (2018, mayo). Creatividad y Daño Cerebral Adquirido por Ictus. *Creativity and educationalInnovation Review (CEIR)*, (1), 126-140 DOI: 10.7203/Creativity. 1.12066
- Zurru, R. (2015). Cómo influye la estandarización educativa sobre la creatividad del alumnado, (Trabajo Final de Máster). Universitat de València, Valencia, España.
- Zurru, R. (octubre de 2018). Creatividad y Daño Cerebral Adquirido. Ponencia en, Centro de atención diurna para personas con Daño Cerebral Adquirido del Institut Valencià d'Atenció Social - Sanitaria, Valencia.
- Zurru, R., Mestre J., & Silvestre R. (Noviembre de 2016). Estrategias Creativas para la operatividad de tratamientos Neuropsicológicos y de Terapia Ocupacional en Accidente Cerebrovascular. Presentación publicada en Cambra Rufino, L. Actas del III Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud (p. 66). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/331864945_LCR_actas_III_congreso_internacional_de_espacios_de_arte_y_salud

Zurru, R., Mestre J., Silvestre, R., & Llorens, R., (Noviembre de 2018). Estrategias Creativas para la operatividad de pacientes en periodo de rehabilitación por Accidente Cerebrovascular. Estudio Controlado Aleatorizado en Adultos con Daño Cerebral Adquirido. Presentación publicada en Cambra Rufino, L. Actas del IV Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud (p. 66). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/331864945_LCR_actas_IV_congreso_internacional_de_espacios_de_arte_y_salud

INSTITUCIONES Y DOCUMENTOS EN LÍNEA

American Art Therapy Association [AATA] (2017). Arttherapy.org. Recuperado de <https://arttherapy.org/>

Asociación Profesional Española de Arteterapeutas [ATe] (2019). Arteterapia.org. Recuperado de <http://arteterapia.org.es/>

Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia [FEAPA] (2019). Feapa.es. Recuperado de <http://feapa.es/>

López Fernández-Cao, M. (s.f.). Breve historia de la arteterapia. Extensión Universitaria UNED. Recuperado de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4786/02historiadelaarteterapia.pdf

Normas APA (2019). Nosmasapa.com. Recuperado de: <https://normasapa.com/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Who.int. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Real Academia Española [RAE] (2018). Diccionario de la lengua española. Edición Tricentenario. Rae.es. Recuperado de <https://dle.rae.es>

Sociedad Española de Neurología [SEN] (2019). Sen.es. Recuperado de <http://www.sen.es>

11. APÉNDICES

APÉNDICE 1. DATOS DE LOS RESULTADOS EN EL ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LA ESTRATEGIA

tabla I: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 2

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	3	4	5	5	5	4	4
2an	3	4	4	3	3	4	4	4
3ld	3	5	5	3	4	4	5	5
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	5	5	5	5	5	3	5	4
6po	4	5	5	5	4	5	5	5
7mq	x	x	x	x	x	x	x	x

tabla II: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 3

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	5	5	5	5	4	5	5	5
3ld	x	x	x	x	x	x	x	x
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	4	4	4	4	3	3	4	3
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	4	5	5

tabla III Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 4

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	5	5	5	5	4	5	5	5
3ld	x	x	x	x	x	x	x	x
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	4	4	5	4	4	4	4	4
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla IV: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 5

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	x	x	x	x	x	x	x	x
3ld	5	5	5	5	5	5	5	3
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	3	4	5	4	3	3	2	4
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla V: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 6

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	4	5	5	5	5	5	4	5
2an	4	3	3	4	4	5	3	3
3ld	3	4	4	5	3	5	4	4
4lb	x	x	x	x	x	x	x	x
5pb	5	5	5	5	4	3	5	5
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla VI: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 7

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	4	3	3	4	3	3	3	3
3ld	4	4	4	4	3	4	3	3
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	4	5	5	5	5	3	5	5
6po	4	5	5	5	3	5	5	3
7mq	5	4	5	5	5	5	5	5

tabla VII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 8

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	5	5	5	5	5	5	5	4
3ld	5	5	5	5	5	5	5	5
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	5	5	5	5	5	3	5	5
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla VIII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 9

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	4	3	3	4	4	5	4	3
2an	5	5	5	5	5	5	5	5
3ld	5	5	5	5	5	5	5	5
4lb	3	4	4	4	4	5	4	4
5pb	3	4	4	5	3	3	4	4
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla IX: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 10

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	5	5	5	5	4	5	5	5
3ld	5	5	5	5	4	5	5	5
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	2	2	1	1	1	1	1	1
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla X: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 11

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	4	5	5	5	4	5
2an	5	5	4	5	5	5	4	5
3ld	5	5	5	5	5	5	4	5
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	3	4	3	3	2	3	2	5
6po	5	5	4	5	5	5	5	3
7mq	5	5	5	5	5	5	4	4

tabla XI: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 12

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	4	5	4	5	5	5
2an	5	5	5	5	4	5	4	5
3ld	5	5	5	5	5	5	4	5
4lb	5	5	4	5	5	5	5	5
5pb	4	5	4	4	4	1	5	5
6po	5	5	5	5	4	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla XII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 13

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	5	5	5	5	5	5	5	5
3ld	5	5	5	5	5	5	5	5
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	5	5	5	5	5	3	5	5
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

tabla XIII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 14

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	x / 4	x / 4	x / 3	x / 4	x / 4	x / 4	x / 4	x / 4
2an	x // x	x // x	x / x	x / x	x / x	x / x	x / x	x / x
3ld	4 / 5	4 / 5	4 / 4	5 / 5	3 / 4	4 / 4	4 / 4	3 / 4
4lb	4 / x	5 / x	3 / x	5 / x	5 / x	5 / x	4 / x	4 / x
5pb	4 / 4	4 / 4	4 / 4	4 / 5	4 / 4	4 / 4	5 / 5	5 / 5
6po	5 / 5	5 / 5	5 / 4	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 4	5 / 5
7mq	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5

tabla XIV: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 15

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	x	x	x	x	x	x	x	x
3ld	x	x	x	x	x	x	x	x
4lb	5	5	5	5	5	5	5	5
5pb	4	5	5	4	5	4	5	5
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	x	x	x	x	x	x	x	x

tabla XV: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 16

	del 1 al 5 comprensión propuesta	del 1 al 5 implicación propuesta	del 1 al 5 placer propuesta	del 1 al 5 desenvoltura técnica	del 1 al 5 desenvoltura conceptual	del 1 al 5 puesta en común	del 1 al 5 satisfacción propuesta	del 1 al 5 satisfacción personal
1bf	5	5	5	5	5	5	5	5
2an	x	x	x	x	x	x	x	x
3ld	x	x	x	x	x	x	x	x
4lb	5	5	5	5	4	5	5	5
5pb	x	x	x	x	x	x	x	x
6po	5	5	5	5	5	5	5	5
7mq	5	5	5	5	5	5	5	5

APÉNDICE 2. FICHAS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PARTICIPANTES CONTROLES

Tabla XVI: Fichas del estado clínico de los participantes controles (18SH)

referencia	18sh
edad	74 años
sexo	hombre
diagnóstico	traumatismo craneoencefálico
comunicación	alteración en
e. cognitivo	déficit en atención selectiva, atención sostenida, alternante y la velocidad de procesamiento. alteración en la memoria de trabajo. dificultades para planificar. Dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales
e. motor	bipedestación inestable
e. emocional	sin evaluación
n. independencia	dependencia total
n. estudios	primer grado
ocupación	empresario
fecha lesión	02/02/13

Tabla XVII: Fichas del estado clínico de los participantes controles (19PC)

referencia	19pc
edad	63 años
sexo	hombre
diagnóstico	tce
comunicación	afasia general
e. cognitivo	déficit en atención selectiva, atención sostenida, alternante y la velocidad de procesamiento. alteración en la memoria de trabajo. Dificultades para planificar. Dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales
e. motor	hemiparesia derecha. desplazamiento en silla de ruedas
e. emocional	sin evaluación
n. independencia	dependencia total
n. estudios	secundarios
ocupación	monitor de autoescuela
fecha lesión	03/09/11

Tabla XVIII: Fichas del estado clínico de los participantes controles (20NG)

referencia	20ng
edad	71 años
sexo	hombre
diagnóstico	traumatismo craneoencefálico, alzheimer y enolismo
comunicación	afasia general
e. cognitivo	déficit en la memoria a corto y largo plazo. déficit en atención selectiva, atención sostenida, alternante y la velocidad de procesamiento. alteración en la memoria de trabajo. Dificultades para planificar. Dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales
e. motor	hemiparesia derecha. desplazamiento en silla de ruedas. bipedestación con ayuda.
e. emocional	sin evaluación
n. independencia	dependencia total
n. estudios	sin estudios
ocupación	jubilado
fecha lesión	02/07/16

Tabla XIX: Fichas del estado clínico de los participantes controles (21FC)

referencia	21fc
edad	68 años
sexo	hombre
diagnóstico	traumatismo craneoencefálico
comunicación	afasia general
e. cognitivo	déficit en atención selectiva, atención sostenida, alternante y la velocidad de procesamiento. alteración en la memoria de trabajo. dificultades para planificar. Dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales
e. motor	hemiparesia derecha. desplazamiento en silla de ruedas
e. emocional	sin evaluación
n. independencia	dependencia total
n. estudios	primer grado
ocupación	carpintero
fecha lesión	11/09/12

Tabla XX: Fichas del estado clínico de los participantes controles (22RM)

referencia	22rm
edad	58 años
sexo	mujer
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	sin alteración
e. cognitivo	alteración en la memoria de trabajo. dificultades para planificar. Dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales
e. motor	hemiparesia derecha. desplazamiento en silla de ruedas. bipedestación con ayuda.
e. emocional	sin evaluación
n. independencia	dependencia total
n. estudios	terciarios
ocupación	maestra
fecha lesión	01/03/11

Tabla XXI: Fichas del estado clínico de los participantes controles (23JS)

referencia	23js
edad	64 años
sexo	hombre
diagnóstico	ictus isquémico
comunicación	afasia general
e. cognitivo	déficit en atención selectiva, atención sostenida, alternante y la velocidad de procesamiento. alteración en la memoria de trabajo. Dificultades para planificar. Dificultades y limitaciones en resolver situaciones novedosas con éxito, de establecer nuevos repertorios conductuales
e. motor	hemiplejía derecha y anisocoria, con midriasis izquierda
e. emocional	apatía y depresión
n. independencia	dependencia total
n. estudios	sin estudios
ocupación	jubilado
fecha lesión	08/04/09

APÉNDICE 3. OTRAS INTERVENCIONES

UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL HERMANAS HOSPITALARIAS

Para el Día del Daño Cerebral de 2016 en la Unidad de Daño Cerebral del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias", se realiza una de las actividades propuestas durante la estrategia con un grupo de 13 niños de entre 4 y 7 años con daño cerebral, sus padres, y el equipo de Neurorehabilitación que, también, participa observando. Con un resultado general positivo en la práctica de interpretación de conceptos, se demuestra la posibilidad de adaptación de las actividades y enunciados a cualquier edad que componen *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

SERVICIO DE NEURORREHABILITACIÓN DEL "HOSPITAL VITHAS NISA VALENCIA AL MAR"

Para la celebración de Fallas 2018 en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar", se expone una obra de cada participante en la estrategia. En esta ocasión, también los espectadores forman parte de la actividad y las rutinas aplicadas durante la intervención intentando adivinar el concepto representado por sus familiares. Tanto autores, como títulos, se ordenan en dos columnas verticales, a su vez subdivididas, que corresponden a la disposición en la que se exponen los trabajos.

Por otro lado, en 2018 se celebra nuevamente el Día del Daño Cerebral, en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar", se realizan varias propuestas, entre las que se encuentra arteterapia. Se propone a los pacientes y sus familiares autoretratarse e interpretar a su gusto su imagen sobre soportes de acetato que transparentan el reflejo de sus rostros sobre el papel de plata. Tanto en la primera como en la segunda intervención, una vez más, las notas obtenidas de la experiencia son positivas y se demuestra la adaptabilidad de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en diferentes edades y contextos.

DIVULGACIÓN DE CONTENIDOS

Estudio de efectividad. *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar". Taller realizado por la investigadora Rebeca Zuru Fernández:

Título: *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Destinatarios: Adultos con daño cerebral adquirido.

Fecha: Desde enero del 2018 hasta junio del 2018.

Lugar: Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar".

Formato: Talleres prácticos.

Estudio de viabilidad. *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en la Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias", Valencia. Taller realizado por la investigadora Rebeca Zuru Fernández:

Título: *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Destinatarios: Adultos con daño cerebral adquirido.

Fecha: Desde febrero del 2016 hasta junio de 2016.

Lugar: Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias", Valencia.

Formato: Talleres prácticos.

Comunicación de Estrategias Creativas para la operatividad de pacientes en periodo de rehabilitación por Accidente Cerebrovascular. *Estudio Controlado Aleatorizado* en adultos con Daño Cerebral Adquirido en el IV Congreso Internacional de espacios de Arte y Salud.

Autores: Zuru Fernández Rebeca; Mestre Froissard Joël; Ricard Silvestre Vañó; Roberto Llorens Rodríguez.

Título: Estrategias Creativas para la operatividad de pacientes en periodo de rehabilitación por Accidente Cerebrovascular. *Estudio Controlado Aleatorizado* en adultos con Daño Cerebral Adquirido.

Lugar: Hospital de Dénia Marina y Salud.

Fecha: Noviembre del 2018.

Referencia: Actas del IV Congreso Internacional de espacios de Arte y Salud, Hospital de Denia Marina y Salud.

Comunicación y publicación de Estrategias Creativas para la operatividad de tratamientos Neuropsicológicos y de Terapia Ocupacional en el accidente cerebrovascular en el III Congreso Internacional de espacios de Arte y Salud.

Autores: Zuru Fernández Rebeca; Mestre Froissard Joël; Ricard Silvestre Vañó

Título: Estrategias Creativas para la operatividad de tratamientos Neuropsicológicos y de Terapia Ocupacional en el accidente cerebrovascular

Lugar: Hospital de Dénia Marina y Salud.

Fecha: Noviembre del 2016.

Referencia: Actas del III Congreso Internacional de espacios de Arte y Salud, Hospital de Denia Marina y Salud.

Clave: ISBN: 978-84-09-02289-2

Artículo científico nacional sobre Creatividad y Daño Cerebral Adquirido por Ictus.

Autora: Zuru Fernández Rebeca.

Título: Creatividad y Daño Cerebral Adquirido por Ictus.

Referencia: Creativity and Educational Innovation Review (CEIR) clave: ISSN: 2603-6061.

Charla práctico-teórica sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* durante la Semana de Actividades Complementarias en el Departamento de Expresión Plástica de la Facultat de Magisteri, Universitat de València. Taller realizado por la investigadora Rebeca Zuru Fernández.

Responsable: Doctor Ricard Silvestre Vañó.

Título: *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*

Destinatarios: Alumnado de magisterio.

Fecha: 3 de abril del 2019.

Lugar: Facultat de Magisteri. Universitat de València. Campus Tarongers.

Formato: Charla práctico- teórica.

Charla sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Centro de Atención Diurna para personas con Daño Cerebral Adquirido. Charla realizada por la investigadora Rebeca Zuru.

Título: *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Destinatarios: Equipo, pacientes y familiares del centro.

Fecha: 25 de octubre del 2018.

Lugar: Centro de Atención Diurna para personas con Daño Cerebral Adquirido.

Formato: Charla.

Talleres prácticos sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* en el Gabinete de Pedagogía y Logopedia M^o Jesús Rubio León. Talleres realizados por la investigadora Rebeca Zuru Fernández.

Responsable: Psicóloga M^o Jesús Rubio León.

Título: Talleres individuales para alumnos de infantil y primaria con dificultades en habilidades sociales y comunicativas.

Destinatarios: Alumnado de infantil y de primaria.

Fecha: Desde el 2 de septiembre del 2019 hasta actualidad.

Lugar: Gabinete de Pedagogía y Logopedia M^o Jesús Rubio León, Valencia.

Formato: Talleres prácticos.

Taller práctico sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* realizado en Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar". Taller realizado por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández:

Título: Autorretratos de pacientes con daño cerebral adquirido y de sus familiares.

Destinatarios: Pacientes (adultos y niños) con daño cerebral adquirido y sus familiares y cuidadores.

Fecha: 26 de octubre del 2018.

Lugar: Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar".

Formato: Talleres prácticos.

Taller práctico-teórico sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* realizado en Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias". Taller realizado por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández:

Título: Taller práctico-teórico "Daño Cerebral y Creatividad" a través de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Destinatarios: Niños con daño cerebral, padres, tutores y equipo de la unidad.

Fecha: 26 de octubre del 2016.

Lugar: Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias", Valencia.

Formato: Talleres prácticos.

Taller práctico sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* realizado en el Centro de Investigación Innomedix, Valencia. Taller realizado por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández:

Título: Introducción de *Estrategias Creativas Adaptadas* en el alumnado de primaria.

Destinatarios: alumnado de primaria.

Fecha: 22 de diciembre de 2017.

Lugar: Centro de Investigación Innomedix.

Formato: Taller práctico.

Charla práctico-teórica sobre *Estrategias Creativas Adaptadas* realizada en el Círculo Artístico de Requena, Valencia. Taller realizado por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández:

Título: "Fomento de la subjetividad individual a través de la práctica artística", *Estrategias Creativas Adaptadas*.

Destinatarios: Alumnado extraescolar de Primaria y ESO.

Fecha: 22 de octubre del 2016.

Lugar: Círculo Artístico de Requena, Valencia.

Formato: Charla práctico-teórica.

Charla práctico-teórica sobre *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* realizada en el Círculo Artístico de Requena, Valencia. Taller realizado por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández:

Título: "Técnicas para estimulación de la creatividad" a través de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Destinatarios: Padres y tutores de alumnado extraescolar de Primaria.

Fecha: 7 de mayo del 2016.

Lugar: Círculo Artístico de Requena.

Formato: Talleres prácticos.

Exposición colectiva de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* llevada a cabo en el Servicio de Neurorehabilitación del "Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar. Exposición realizada por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández.

Título: Exposición colectiva *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

Destinatarios: Equipo, pacientes y familiares del servicio.

Fecha: 16 de marzo del 2018.

Lugar: Servicio de Neurorehabilitación del Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar.

Formato: Exposición colectiva de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* .

Exposición colectiva de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación* llevada a cabo en la Unidad de Daño Cerebral Adquirido del "Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias". Exposición realizada por la investigadora Rebeca Zurrú Fernández.

Título: Exposición colectiva "Daño Cerebral y Creatividad".

Destinatarios: Equipo, pacientes y familiares del servicio.

Fecha: 19 de octubre del 2016.

Lugar: Unidad de Daño Cerebral Adquirido del Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias.

Formato: Exposición colectiva de *Estrategias Creativas para Neurorehabilitación*.

ÍNDICE DE TABLAS (APÉNDICES)

Tabla I: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 2	333
Tabla II: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 3.....	333
Tabla III Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 4.....	334
Tabla IV: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 5.....	334
Tabla V: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 6.....	334
Tabla VI: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 7.....	335
Tabla VII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 8.....	335
Tabla VIII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 9	335
Tabla IX: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 10.....	336
Tabla X: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 11	336
Tabla XI: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 12.....	336
Tabla XII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 13	337
Tabla XIII: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 14	337
Tabla XIV: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 15.....	337
Tabla XV: Datos de los resultados en la evaluación de la Actividad 16	338
Tabla XVI: Fichas del estado clínico de los participantes controles.....	338
Tabla XVII: Fichas del estado clínico de los participantes controles.....	339
Tabla XVIII: Fichas del estado clínico de los participantes controles	340
Tabla XIX: Fichas del estado clínico de los participantes controles	341
Tabla XX: Fichas del estado clínico de los participantes controles.....	342
Tabla XXI: Fichas del estado clínico de los participantes controles	343