

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES DE ARTE EN UN HOSPITAL DE DÍA
PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

AUTOR: ALBERTO NICOLÁS CARBIA NAGASHIMA

TUTOR: DR. RICARDO ZAIDENBERG

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1 El trastorno mental grave.....	4
3.2 Psicopatología de la psicosis.....	6
3.2.1 Síntomas positivos.....	8
3.2.2 Síntomas negativos y otras alteraciones.....	10
3.3 Tratamiento de la psicosis.....	11
3.3.1 Tratamiento farmacológico.....	12
3.3.2 Tratamiento psicosocial.....	14
3.4 Hospitalización.....	15
3.4.1 El hospital de día.....	17
3.5 Arte terapia.....	21
3.5.1 La arte terapia en el tratamiento de la psicosis.....	23
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1 Tipo de estudio.....	25
4.2 Participantes.....	25
4.3 Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento.....	26
5. DESARROLLO.....	27
5.1 Presentación de la institución.....	27
5.2 El dispositivo de talleres y su inserción dentro del hospital de día de la institución	28
5.2.1 Taller de Escritura.....	29
5.2.2 Taller de Musicoterapia.....	30
5.2.3 Taller de Teatro.....	31
5.2.4 Taller de Arte.....	31

5.3 Función de los talleres dentro del hospital de día de la institución. Ventajas Y dificultades de su implementación como un dispositivo no clínico dentro de un ámbito terapéutico, desde la perspectiva del equipo clínico.....	32
5.4 Función de los talleres dentro del hospital de día de la institución. Ventajas y dificultades de su implementación como un dispositivo no clínico dentro de un ámbito terapéutico, desde la perspectiva de los talleristas.....	36
5.5 La experiencia de los talleres desde la perspectiva de los pacientes.....	39
6. CONCLUSIONES.....	40
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional se llevó a cabo dentro del dispositivo de hospital de día de una institución de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución es una organización sin fines de lucro cuyo objetivo es dar tratamiento e integrar socialmente a las personas con trastornos mentales graves.

El hospital de día se recomienda cuando la situación del paciente reviste cierto riesgo, gravedad, y suele indicarse como alternativa a la internación, luego de varias internaciones cuando no se ha logrado totalmente la estabilización, o cuando, a partir del trastorno psiquiátrico, la persona queda aislada o con dificultades en los entornos sociales, familiares o laborales. El dispositivo funciona de lunes a viernes en forma de medio turno, con un programa intensivo que consiste en actividades psicoterapéuticas y comunitarias, como así también talleres artísticos, corporales y ocupacionales. La práctica se desarrolló en un período de 280 horas, concurriendo cinco veces por semana al hospital de día durante el turno tarde (13 a 17 horas), durante las cuales se participó en calidad de observador de todas las actividades del dispositivo. Esto incluyó la participación en las prácticas comunitarias, como los almuerzos, meriendas y asambleas junto a los pacientes, la participación en todos los talleres, y la asistencia a instancias clínicas como las admisiones, reuniones de equipo y supervisiones.

El enfoque de la dirección de la institución con respecto a los talleres es que, en la medida de lo posible, se encuentren coordinados por profesionales reconocidos que puedan brindar contenidos y posibilidades concretas en las actividades sin limitarse a un abordaje puramente clínico. Dado que existen hoy en día, tanto en el país como en el mundo, diversos enfoques y formas de abordar la arte terapia y los talleres artísticos para pacientes con trastornos mentales graves, durante esta práctica se decidió realizar entrevistas semi-dirigidas a miembros del equipo clínico, talleristas y pacientes a fin de recabar sus ideas, opiniones y experiencias con respecto al sistema bajo el cual se desarrollan los talleres en esta institución en particular.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir los talleres de arte que funcionan dentro del hospital de día en una institución que trabaja con pacientes con trastornos mentales graves.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Describir el dispositivo de talleres y su inserción dentro del hospital de día de la institución.
- 2) Analizar la función de los talleres dentro del hospital de día de la institución, y las ventajas y dificultades de su implementación como un dispositivo no clínico dentro de un ámbito terapéutico, desde la perspectiva del equipo clínico.
- 3) Analizar la función de los talleres dentro del hospital de día de la institución, y las ventajas y dificultades de su implementación como un dispositivo no clínico dentro de un ámbito terapéutico, desde la perspectiva de los talleristas.
- 4) Analizar la experiencia de los talleres desde la perspectiva de los pacientes.

3. MARCO TEÓRICO

A continuación se desarrolla, en primer lugar, el concepto de trastorno mental grave, ya que permite caracterizar a casi la totalidad de participantes de los talleres observados. Dado que la mayoría de estos pacientes presentan trastornos psicóticos, se desarrolla luego la psicopatología y el tratamiento de este tipo de trastornos. Finalmente se desarrollan las características, objetivos y funciones del hospital de día y de la arte terapia en el tratamiento de la psicosis, haciendo énfasis en la variedad de enfoques y modelos posibles para su implementación.

3.1 El trastorno mental grave

Los trastornos mentales graves y crónicos como la esquizofrenia u otras psicosis presentan una problemática compleja, ya que su impacto en quienes los sufren no se limita a la sintomatología psicopatológica, sino que afecta otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad (Rodríguez González & González Cases, 2002). Si bien el término trastorno mental grave (TMG) se ha convertido en los últimos años en una categoría casi universalmente aceptada que suele utilizarse ampliamente a nivel internacional para describir e investigar este conjunto de trastornos, los criterios utilizados para su definición son heterogéneos y no existe una definición con acuerdo internacional (Belloso Roper, 2012).

La definición de TMG con mayor consenso sigue siendo aún hoy la del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (Grupo de Trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). Según esta definición, se trata de “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (p. 21). Más específicamente, la definición del NIMH propone la evaluación de tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Este criterio incluye a las personas que sufren trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad severos tales como el trastorno límite de personalidad.

Quedan excluidas las personas que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen después de los 65 años, ya que el tratamiento prioritario en estos casos se recibe en servicios distintos a los de salud mental (Rodríguez González & González Cases, 2002).

Incluye a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10 (Grupo de Trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental

Grave, 2009): Trastornos esquizofrénicos (F20.x), trastorno esquizotípico (F21), trastornos delirantes persistentes (F22), trastornos delirantes inducidos (F24), trastornos esquizoafectivos (F25), otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), trastorno bipolar (F31.x), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), trastornos depresivos graves recurrentes (F33), trastorno obsesivo compulsivo (F42).

La inclusión de los trastornos de personalidad es objeto de cierta controversia debido a la dificultad de su diagnóstico, la baja especificidad y consistencia del mismo y la gran variabilidad de curso y pronóstico que presentan (Rodríguez González & González Cases, 2002). Sin embargo, en algunos casos estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales y del funcionamiento psicosocial que pueden durar toda la vida. Dado que estos pacientes pueden utilizar extensamente los servicios de salud mental, se considera que pueden clasificarse dentro de los TMG (Belloso Roper, 2012).

2. Discapacidad: Tiene en cuenta que muchas de las personas presentan como consecuencia de estos trastornos déficits o dificultades para desenvolverse en forma autónoma en diferentes áreas de la vida personal y social (Rodríguez González & González Cases, 2002). Este criterio incluye por lo tanto a aquellas personas con una disfunción moderada o severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, medida a través de escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (con valores menores a 50) y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I) (con valores mayores que 3 en todos los ítems) (Grupo de Trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

3. Duración: Se utiliza como criterio una evolución de trastorno o del tratamiento de al menos dos años, si bien algunas guías utilizan como criterio solo la duración del tratamiento y no del trastorno, al considerar que es frecuente que exista un período premórbido o sin tratar difícil de delimitar en el tiempo (Rodríguez González & González Cases, 2002). El objetivo de este criterio es descartar los casos con síntomas o diagnósticos de gravedad, pero que debido a su corto tiempo de evolución aún no tienen un pronóstico claro.

Los criterios del NIMH (1987) definen además los siguientes criterios alternativos:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez en la vida.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

Las personas con TMG suelen presentar características comunes que representan un obstáculo para su plena integración social y favorecen la dependencia económica y la marginación: mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, pérdida de redes sociales de apoyo y situaciones de aislamiento social, dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales, dificultades para tener acceso y mantenerse en el mundo laboral. Con respecto al tratamiento, pueden presentar dificultades tales como poca conciencia de enfermedad,

baja adherencia al tratamiento, dificultades para vincularse con los profesionales y los dispositivos, factores de riesgo asociados tales como abuso o dependencia de tóxicos, escaso autocuidado y dificultad para la estabilización clínica, lo cual supone un riesgo casi continuo de situación aguda (Belloso Roper, 2012).

3.2 Psicopatología de la psicosis

Desde su primera aparición a mediados del siglo XIX, el término psicosis ha tenido numerosas definiciones y ha abarcado múltiples psicopatologías y síndromes (Bürgy, 2008).

Si bien aún hoy existen variaciones en la definición exacta del término psicosis según los autores y modelos teóricos utilizados, existe general acuerdo en que se trata de un TMG que afecta el juicio de realidad de las personas, junto con alteraciones de la percepción, del pensamiento, de estado de ánimo y la conducta, hasta el punto de interferir seriamente en actividades sociales como el trabajo o el estudio (US National Library of Medicine, 2016).

Según Kaplan (1999), se trata de un trastorno mental en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la capacidad para reconocer la realidad y la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás están alterados. Este mismo autor señala que, tomado en su significado tradicional, el término psicosis pone acento en la pérdida de sentido de la realidad y en el deterioro del funcionamiento mental, el cual suele manifestarse bajo la forma de ideas delirantes, alucinaciones, confusión y deterioro de la memoria. Es frecuente también hacer referencia a la pérdida de las fronteras del yo, que es la carencia de un sentido claro de dónde acaba el propio cuerpo, la propia mente y la propia influencia, y dónde empieza la del resto de los objetos animados e inanimados, lo cual suele provocar ideas auto-referenciales e incluso la sensación de desintegración o fusión con otro objeto o persona (Kaplan & Sadock, 1999). Dentro del uso psiquiátrico habitual del término, se incluye el importante deterioro en el funcionamiento social y personal, caracterizado por retraimiento social y grandes dificultades para desempeñarse socialmente. Otro uso del término, basado en conceptos psicoanalíticos, hace referencia a la psicosis como una estructura posible que puede adoptar el aparato psíquico, contraponiéndola con la estructura neurótica (Bürgy, 2008). Los trastornos psicóticos suelen ser poco comprendidos por la sociedad y se encuentran asociados a un importante estigma y temor. Muchas veces quienes los padecen se ven excluidos de la sociedad, con pocas oportunidades de re-insertarse en el sistema educativo o laboral (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

En este trabajo se seguirá la definición de psicosis del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), que incluye bajo la categoría de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos al trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos, el trastorno psicótico debido a otra afección médica y el trastorno de personalidad esquizotípico. El DSM-5 define estos trastornos por desórdenes en uno o más de las siguientes cinco áreas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o

catatonía, que suelen denominarse síntomas positivos, y síntomas negativos, tales como la apatía, la falta de motivación y el retraimiento social.

Cada trastorno, y cada individuo afectado por estos trastornos, presentará una combinación única de síntomas y experiencias (NIHCE, 2014). Se indica además, que estos síntomas, a los cuales denomina síntomas psicóticos, pueden presentarse también en el trastorno bipolar, la depresión unipolar psicótica y el trastorno de personalidad límite, sin que por ello estos sean considerados dentro del grupo de los trastornos psicóticos (APA, 2013). También pueden causar síntomas psicóticos el consumo de alcohol y ciertos medicamentos, ciertos tumores cerebrales, infecciones del cerebro y un ataque cerebrovascular (US National Library of Medicine, 2016).

3.2.1 Síntomas positivos

Las ideas delirantes son creencias erróneas o falsas que se sostienen con absoluta convicción a pesar de evidencia contradictoria (Kaplan & Sadock, 1999). Son irreductibles, lo cual significa que no pueden ser modificadas mediante la razón o la experiencia y condicionan la conducta total o parcialmente (Marchant, 2002). Se caracterizan por una pérdida del juicio de realidad, es decir la capacidad para discernir entre lo real y lo irreal, un contenido casi siempre imposible o irreal, y bajo un examen detenido y riguroso, generalmente se muestran como imposibles e irreales (Marchant, 2002). Según el DSM-5 pueden clasificarse según su contenido, siendo las ideas delirantes persecutorias (creencia del individuo de que están conspirando en su contra y que va a ser dañado o está siendo perseguido o acosado por un individuo u organización) las que se observan con más frecuencia. Otras categorías son las ideas delirantes de tipo erotómano (creencia falsa de que otra persona está enamorada del individuo), de grandeza (convicción de tener cierto talento o conocimiento o de haber hecho un descubrimiento importante), tipo celotípico (creencia de por parte del individuo de que su pareja, cónyuge o amante le es infiel) y somático (preocupación referida a la salud y funcionamiento de los órganos corporales) (APA, 2013).

Otra clasificación utilizada en el DSM-5 es la de delirios extravagantes, aplicable cuando sus contenidos son inverosímiles, incomprensibles para gente de la misma cultura que el individuo y fuera de la experiencia de la vida cotidiana. Los delirios relacionados con la pérdida de control del cuerpo o de la mente, tales como los de robo de pensamiento, inserción de pensamiento o de que una fuerza externa manipula el cuerpo o la conducta del individuo, suelen ser considerados extravagantes (APA, 2013).

Las alucinaciones son experiencias perceptivas que ocurren sin estímulo externo.

Suelen ser vívidas y claras, a veces indistinguibles de las percepciones normales, y fuera del control de la persona que las padece (APA, 2013). Si bien pueden afectar cualquiera de los cinco sentidos, en el caso de la esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados las alucinaciones auditivas son las más frecuentes. Éstas se manifiestan en forma de voces que pueden ser o no familiares, y suelen ser amenazadoras, obscenas, acusatorias o insultantes.

Después de las alucinaciones auditivas, las que les siguen en frecuencia son las alucinaciones visuales, siendo las más inusuales las táctiles, olfativas y gustativas, generalmente asociadas a trastornos neurológicos o médicos subyacentes. En ocasiones pueden presentarse alucinaciones cenestésicas, sensaciones de alteración corporales como quemazón, hormigueo, presión en los vasos sanguíneos o una sensación cortante en la médula ósea, llegando incluso a una distorsión de la imagen corporal (Kaplan & Sadock, 1999).

El pensamiento desorganizado es también llamado trastorno formal del pensamiento en contraposición con los trastornos de contenido, es decir los delirios. Generalmente se infiere a partir del discurso de la persona (Kaplan & Sadock, 1999). El individuo puede saltar de un tema a otro que no tiene relación (descarrilamiento o asociaciones laxas), responder a las preguntas de manera oblicua, tangencial o irrelevante (tangencialidad), o el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprendible (incoherencia o esquizoafasia) (APA, 2013). Otras alteraciones que pueden observarse son la circunstancialidad, en la que la persona divaga en detalles y pensamientos inapropiados alejados de la idea central, la creación de neologismos, la ecolalia, la verbigeración, y el mutismo (Kaplan & Sadock, 1999). El DSM-5 requiere para el diagnóstico que la desorganización sea lo suficientemente grave como para dificultar significativamente la comunicación, dado que una desorganización leve del discurso es una característica común y poco específica (APA, 2013).

Los pacientes pueden presentar una conducta desorganizada o anormal, que puede manifestarse de distintas maneras, desde agitación y poco control de los impulsos a la inmovilidad. También puede aparecer una reducción de su sensibilidad social y respuestas impulsiva que generan dificultades en las actividades diarias (Kaplan & Sadock, 1999).

El DSM-5 incluye a la catatonia dentro de la categoría de comportamiento muy desorganizado y define la conducta catatónica como una disminución importante de la reactividad al ambiente. La presencia o no de conducta catatónica es un especificador para la mayoría de los trastornos psicóticos y el diagnóstico de este cuadro requiere la presencia de al menos tres de los siguientes síntomas: falta de respuesta verbal o motora (mutismo y estupor), mantenimiento activo o pasivo de posturas rígidas, inapropiadas o extrañas (catalepsia), flexibilidad cérea, negativismo (ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos), manierismo (caricatura extraña de acciones normales), estereotipia (movimientos repetitivos no dirigidos hacia un objetivo), agitación, muecas, imitación del habla o los movimientos de otra persona (ecolalia y ecopraxia). Estos síntomas son considerados no específicos y pueden ocurrir asociados a enfermedades médicas y a otros trastornos psiquiátricos, tales como el trastorno bipolar o trastornos depresivos (APA, 2013).

3.2.2 Síntomas negativos y otras alteraciones

Los síntomas negativos son más característicos de la esquizofrenia, en la cual son responsables de una buena parte de la morbilidad asociada a este trastorno, pero son menos prominentes en los otros trastornos psicóticos (APA, 2013). Han sido propuestos como un dominio separado del resto de los síntomas, con características fisiopatológicas e implicaciones terapéuticas distintivas, y las investigaciones sugieren

que la intensidad de los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia es un buen predictor de una evolución desfavorable, con baja funcionalidad y calidad de vida (Kirkpatrick, Fenton, Marder & Carpenter, Jr., 2006).

Los síntomas negativos incluyen: pobreza o aplanamiento afectivo, que se caracteriza como una disminución de la expresión de las emociones y sentimientos y puede manifestarse como reducción en las expresiones faciales, disminución de movimientos espontáneos y ademanes expresivos, escaso contacto visual y ausencia de inflexiones vocales; la alogia hace referencia al empobrecimiento del pensamiento, el cual se manifiesta en un lenguaje pobre y una latencia incrementada de la respuesta; la abulia se observa como falta de energía, de interés y dificultad para iniciar actividades por sí mismos (Belloch, Sandín & Ramos, 1999).

Otros síntomas son la anhedonia, o capacidad disminuida para experimentar placer, y la insociabilidad, la cual hace referencia a la falta de interés en las interacciones sociales (APA, 2013). Cabe señalar que en ocasiones algunos síntomas negativos tales como el aplanamiento afectivo y la abulia pueden ser el resultado de los efectos adversos de la medicación antipsicótica o de una depresión comórbida (Kaplan & Sadock, 1999).

Los trastornos psicóticos se encuentran asociados además a otros síntomas y alteraciones que, si bien no forman parte de los criterios diagnósticos, están estrechamente relacionados con la evolución y pronóstico del paciente, y tienen por lo tanto valor clínico a la hora de planificar el tratamiento (Kaplan & Sadock, 1999).

Se ha demostrado que los individuos con psicosis suelen presentar un deterioro cognitivo en áreas tales como atención, función ejecutiva, memoria de trabajo y memoria episódica (Kaplan & Sadock, 1999). Estas alteraciones se encuentran presentes en la mayoría de los trastornos psicóticos (Barch & Sheffield, 2014), pero son más graves en la esquizofrenia, encontrándose también en forma atenuada en los familiares no psicóticos de los pacientes con esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 1999). Existe evidencia de que la función cognitiva puede llegar a ser un determinante de la calidad de vida y funcionalidad de las personas con este trastorno, incluso sobrepasando la importancia de otros síntomas más evidentes como los delirios y las alucinaciones (Barch & Sheffield, 2014).

Síntomas afectivos tales como depresión o ansiedad forman parte de los criterios de trastornos del espectro psicóticos como el trastorno esquizoafectivo (APA, 2013). Además, es muy común que se presenten en la esquizofrenia, donde se han reportado síntomas depresivos hasta en el 80% de los pacientes y síntomas de manía en el 20% (Morrisette & Stahl, 2011).

Los síntomas depresivos en la esquizofrenia pueden aparecer en forma de un trastorno depresivo mayor comórbido o como una depresión subclínica con síntomas que no llegan a cumplir los criterios para una depresión mayor. La presencia de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia suele incrementar el riesgo de recaída y hospitalización, aumenta significativamente el riesgo de suicidio y se encuentra asociado con un menor funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes (Morrisette & Stahl, 2011).

3.3 Tratamiento de la psicosis

El tratamiento de la psicosis ha sido, desde el nacimiento de la psiquiatría hace más de dos siglos, su tarea central. Hasta la década de 1950, la esquizofrenia era tratada en grandes manicomios. La introducción de los antipsicóticos eficaces, como la clorpromazina, tioridazina y el haloperidol, junto con cambios en la actitud política y social frente al tratamiento y derechos de las personas con trastornos mentales, han modificado el modelo de hospitalización y permitieron a muchos de estos pacientes regresar a la comunidad (NIHCE, 2009).

En la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales en todas las etapas del trastorno y su interacción resulta en las dificultades a nivel interpersonal, en habilidades diarias y funcionamiento social que experimentan las personas con TMG (Shean, 2013). Actualmente, la medicación antipsicótica sigue siendo el tratamiento primario para la psicosis. Sin embargo, incluso con tratamiento farmacológico, la probabilidad de reingreso durante los dos años posteriores al alta después de la primera hospitalización en pacientes con esquizofrenia es de entre el 40% y el 60%, y éstos ocupan alrededor del 50% de las camas de los hospitales psiquiátricos (Kaplan & Sadock, 1999).

Se cree que esto se debe a que si bien los antipsicóticos son efectivos para reducir los síntomas positivos y el riesgo de recaída, muchos individuos continúan presentando importantes déficits funcionales y sociales aún después de haber remitido sus síntomas específicos (Shean, 2013). A esto se suma que el tratamiento a largo plazo con antipsicóticos conlleva numerosos efectos adversos, baja adherencia y altas tasas de discontinuación de la medicación por parte de los pacientes, aproximadamente el 40% de los cuales obtendrá cierta mejoría pero manifestará síntomas residuales (Guo et al., 2010). Puesto que los tratamientos farmacológicos están dirigidos al tratamiento de los supuestos desequilibrios bioquímicos, deben implementarse además estrategias terapéuticas para tratar los aspectos no biológicos.

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos requieren programas de tratamiento multimodales que complementen el tratamiento farmacológico e incluyan el acceso a terapias psicosociales y asistencia para la reinserción comunitaria (Kaplan & Sadock, 1999). La evidencia acumulada hasta el momento señala que el uso combinado de antipsicóticos y tratamiento psicosocial brinda mayores beneficios a los pacientes con trastornos psicóticos que cualquiera de los tratamientos implementados en forma aislada (Guo et al., 2010; Kaplan & Sadock, 1999).

3.3.1 Tratamiento farmacológico

Desde el descubrimiento de la clorpromazina en 1952 los antipsicóticos han sido el principal tratamiento para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El tratamiento con antipsicóticos provoca una disminución de la manifestación de los síntomas psicóticos y reduce la tasa de recaídas con una eficacia de aproximadamente el 60% (Kaplan & Sadock, 1999). En el tratamiento de la esquizofrenia en particular, los antipsicóticos se usan actualmente para el tratamiento de episodios agudos, reducción de síntomas, prevención de recaídas y tratamiento de emergencia en los casos de agitación psicomotora (NIHCE, 2009).

Los antipsicóticos pueden administrarse en forma oral, intramuscular e intravenosa y pueden clasificarse en dos grupos principales: los convencionales, también llamados de primera generación por ser los más antiguos, y los fármacos más nuevos, que se han denominado antipsicóticos de segunda generación o antipsicóticos atípicos, cuya mayor ventaja radica en una menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales (Kaplan & Sadock, 1999). En 1970 se introduce la clozapina, y es retirada rápidamente debido a un incremento en el riesgo de agranulocitosis, la cual es potencialmente fatal. Sin embargo, vuelve a utilizarse a partir de la década de 1980 al descubrirse su eficacia para el tratamiento de formas de esquizofrenia resistentes a los otros antipsicóticos disponibles hasta ese momento, bajo la condición de un monitoreo hematológico riguroso (NICHE, 2009).

Una de las principales dificultades del tratamiento antipsicótico es la baja adherencia a largo plazo. Se estima que hasta el 75% de los pacientes incumplen con el tratamiento después de dos años. Suele suceder debido a efectos adversos intolerables, la persistencia de síntomas psicóticos residuales, o una alianza terapéutica inadecuada (Lally & MacCabe, 2015). La interrupción de la medicación, sobre todo si es abrupta, está asociada con un peor pronóstico, aumentando significativamente el riesgo de recaída, rehospitalización y suicidio a corto y largo plazo. Incluso una discontinuación gradual o una adherencia parcial incrementa el riesgo de recaída, estimándose que al menos la mitad de los pacientes recae dentro de los seis meses (Lally & MacCabe, 2015; NIHCE, 2009).

Todos los fármacos antipsicóticos presentan efectos adversos, los cuales varían según el tipo de fármaco y su mecanismo de acción. Éstos suelen experimentarse incluso antes de que se observen mejoras en el estado clínico, ya que si bien la respuesta clínica puede tardar entre unos días a semanas, los efectos adversos aparecen casi inmediatamente (Kaplan & Sadock, 1999). Debido a su acción sobre un amplio rango de receptores, los efectos adversos de los antipsicóticos son variados e incluyen efectos extrapiramidales, tales como parkinsonismo, distonía aguda, acatisia y disquinesia tardía, sedación, convulsiones, hipotensión ortostática y efectos autonómicos tales como visión borrosa, aumento de presión intra-ocular, sequedad de boca y ojos, constipación y retención urinaria. La disquinesia tardía se caracteriza por movimientos involuntarios anormales de los labios, mandíbula, lengua y músculos faciales y es un efecto adverso grave que se presenta en un 20% de las personas que reciben antipsicóticos de primera generación y puede llegar a ser fatal (NIHCE, 2009). De hecho, la principal ventaja de los antipsicóticos de segunda generación reside en que producen mínimos efectos extrapiramidales a dosis clínicamente efectivas, si bien tienen otros efectos adversos como el aumento de peso y efectos sobre la función cardíaca que pueden incrementar el riesgo cardiometabólico y el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2 (Lally & MacCabe, 2015; Meltzer, 2013). Cada fármaco presenta una distribución de afinidades características por cada tipo de receptor, y tendrá en consecuencia un perfil particular de eventos adversos. Por ejemplo, existe variabilidad en la susceptibilidad a generar efectos metabólicos, tales como el aumento de peso, desregulación lipídica y disrupción de la regulación de la glucosa, los cuales pueden tener impacto en la salud a largo plazo (NIHCE,

2009). El aumento en los niveles plasmáticos de prolactina es otro efecto adverso importante de los antipsicóticos, tanto de los de primera como de los de segunda generación. Puede provocar irregularidad del ciclo menstrual y galactorrea. A largo plazo, la supresión de la hormona liberadora de gonadotropina provocada por los niveles aumentados de prolactina puede traer como consecuencia una disminución de la libido y disfunción sexual. Otro problema asociado a la elevación de prolactina es la reducción en la densidad ósea y riesgo aumentado de osteoporosis (Kaplan & Sadock, 1999).

3.3.2 Tratamiento psicosocial

En las últimas tres décadas, terapias psicológicas y psicosociales han ganado peso en el tratamiento de la psicosis, debido en gran medida al reconocimiento de la importancia de los procesos psicológicos en la psicosis, y al reconocimiento del impacto que tiene la psicosis sobre el bienestar individual, funcionamiento psicosocial y oportunidades de vida (NIHCE, 2009). Las investigaciones llevadas a cabo durante este período han confirmado que las intervenciones psicológicas y psicosociales cumplen un rol importante en la mejoría clínica de los pacientes (Kaplan & Sadock, 1999). A pesar del buen control sintomatológico que puede lograrse generalmente a través del tratamiento farmacológico, muchos pacientes conservan déficit y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Las intervenciones psicosociales, se tornan así esenciales para que puedan reintegrarse a la vida normalizada en la comunidad, como así también una integración en sus entornos sociales y familiares (Gisbert, 2002). Si bien las intervenciones psicosociales en pacientes con trastornos psicóticos pueden tener objetivos variados, suelen estar dirigidas a reducir al mínimo los síntomas, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y mejorar habilidades de comunicación y afrontamiento. Esto permite disminuir la vulnerabilidad de la persona, reducir el impacto de eventos y situaciones estresantes, disminuir la angustia y la discapacidad y por lo tanto reducir el riesgo del paciente y mejorar su calidad de vida (NIHCE, 2009).

La intervención psicosocial con mayor evidencia empírica de eficacia es la psicoterapia cognitivo-conductual, la cual busca reducir ciertos síntomas y mejorar la funcionalidad ayudando a los pacientes a comprender sus experiencias y ofreciéndoles perspectivas racionales alternativas. Los métodos suelen consistir en identificar colaborativamente los puntos problemáticos y el desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales específicas para lidiar con ellos (Shean, 2013). Se ha empleado en pacientes con esquizofrenia a fin de mejorar las distorsiones cognitivas, reducir la distractibilidad y corregir los errores de juicio (Kaplan & Sadock, 1999). Los estudios indican que puede ser efectiva para mejorar los síntomas positivos como los delirios y alucinaciones, pero no se han encontrado beneficios consistentes sobre los síntomas negativos (Shean, 2013).

Dado que muchos pacientes con psicosis suelen recibir el alta en un estado de remisión parcial, se recomienda psicoterapia familiar para informar a los familiares sobre las características del trastorno, brindar apoyo emocional y entrenamiento que

les permita afrontar los síntomas y dificultades relacionadas (Kaplan & Sadock, 1999; Shean, 2013).

Tiene como objetivo aumentar la comprensión del trastorno, reducir la sensación de aislamiento, estrés y carga de los familiares, mejorar sus habilidades de afrontamiento y establecer una buena relación entre el equipo clínico y los familiares. Estudios indican que las intervenciones familiares pueden mejorar la adherencia a la medicación, reducir los síntomas y las tasas de rehospitalización, así como mejorar la funcionalidad y el estrés percibido en los pacientes (Shean, 2013).

Se recomienda que los pacientes con dificultades en habilidades necesarias para la interacción social cotidiana participen de programas de entrenamiento en habilidades sociales. Estos suelen incluir instrucciones conductuales, modelado, prácticas con retroalimentación correctiva y refuerzo positivo. Existe evidencia de que las personas con trastornos mentales graves son perfectamente capaces de aprender habilidades interpersonales y de cuidado diario, y que esto reduce las tasas de recaída (Kaplan & Sadock, 1999; Shean, 2013).

Otras intervenciones con apoyo empírico son la psicoterapia grupal, la psicoeducación, las terapias psicodinámicas y las arte terapias, las cuales muchas veces se encuentran integradas en instituciones de atención comunitaria como los hospitales de día (NIHCE, 2009).

3.4 Hospitalización

Las personas con TMG siempre han sufrido un importante estigma y marginación.

Hasta la década de 1950, el principal modelo de tratamiento de esta población se articulaba alrededor del internamiento durante largos períodos de tiempo en instituciones psiquiátricas, donde las personas permanecían encerradas la mayor parte de sus vidas (NIHCE, 2009).

Los manicomios, hospitales psiquiátricos o instituciones de gran tamaño ubicados lejos de los núcleos urbanos, solían tener como objetivo el aislamiento asilar y custodial. Ofrecían una asistencia psiquiátrica escasa y deficitaria y las condiciones de vida de quienes eran internados eran muy pobres debido a la masificación y la despersonalización, así como la falta de un objetivo real de reinserción en la comunidad. Por estas razones los pacientes internados en manicomios históricamente han tendido a la cronificación de sus trastornos, deterioro personal, marginación y aislamiento social, perdiendo en algunos casos incluso contacto con sus familiares (Gisbert, 2002).

En las últimas décadas la situación ha mejorado bastante gracias a la confluencia de diferentes factores: la introducción de antipsicóticos eficaces, el desarrollo de formas más eficaces de tratamiento psiquiátrico y psicosocial, junto con cambios en la actitud política y social frente al tratamiento y derechos de las personas con trastornos mentales, los cuales han modificado el modelo de hospitalización y permitieron a muchas con TMG regresar a la comunidad (NIHCE, 2009). Esta llamada reforma psiquiátrica, cuyos comienzos los autores concuerdan en ubicar en la década de 1960, con la introducción del término desmanicomialización por el psiquiatra italiano Franco

Basaglia. Inspirado por la obra de Foucault “Historia de la Locura en la Época Clásica” y sus propias experiencias, Basaglia estaba convencido de que el sistema manicomial y sus prácticas eran moralmente incorrectas y no beneficiaban a los pacientes (Foot, 2014). Las políticas de la reforma psiquiátrica se pusieron en marcha en EEUU, Francia, Inglaterra e Italia entre las décadas de 1960 y 1970, buscando abordar los problemas de salud mental desde un modelo de atención basado en la comunidad, a fin de evitar la marginación e institucionalización. Algunos de los elementos más importantes de la reforma son (Gisbert, 2002):

- Crítica al hospital psiquiátrico y busca transformarlo, ya sea recuperando su rol terapéutico o reemplazándolo por dispositivos alternativos con menor aislamiento.
- Busca desplazar el eje de la atención del hospital a la comunidad.
- Avanza en el proceso de desinstitucionalización y reinserción en la comunidad de la población crónica internada.
- Reconoce los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo, curso y evolución del trastorno.
- Sostiene la hospitalización como un complemento de los servicios comunitarios, y no como respuesta preponderante frente a los trastornos mentales crónicos.
- Un enfoque de la salud mental que integra prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo multidimensional (biológico-psicológico-social) del individuo.

Actualmente existen evidencias de que los ingresos breves, de cuatro a seis semanas de duración, son igual de eficaces que las hospitalizaciones prolongadas. La hospitalización se indica a fin de poder realizar un diagnóstico, estabilizar la administración de la medicación, por razones de seguridad en caso de que la persona presente ideación suicida u homicida, o cuando el nivel de desorganización del comportamiento incapacita al individuo para atender necesidades básicas tales como la alimentación y vivienda. Los planes de tratamiento se centran en objetivos prácticos de cuidado personal, mejora de la calidad de vida, reinserción laboral y en fomentar los vínculos sociales. Se recurre a los hospitales de día y terapia individual y acompañantes terapéuticos para reducir las recaídas y reingresos, permitiendo a los pacientes largas estancias extra hospitalarias y mejorar sus calidad de vida diaria (Kaplan & Sadock, 1999).

3.4.1 El hospital de día

El primer hospital de día para pacientes psiquiátricos aparece en 1933 en Moscú, Rusia, en respuesta a una escasez de camas para albergar a estos pacientes. En Canadá, el primer programa de hospital de día psiquiátrico comenzó en 1946 en el instituto Allen Memorial, donde se utiliza el término “hospital de día” por primera vez (Whitelaw & Perez, 1987).

Aproximadamente para la misma época, el concepto fue adoptado en Inglaterra y los Estados Unidos, pensados ya sea como alternativa a la institucionalización (Inglaterra) o como un dispositivo de transición (Estados Unidos). A pesar de haber aparecido tempranamente, estos programas de hospitalización parcial fueron pocos casos aislados, y recién tomaron relevancia varias décadas después con el surgimiento de la reforma psiquiátrica en la década de 1960, cuando estudios sociológicos comenzaron a documentar los graves efectos negativos que tenía la institucionalización sobre los pacientes. Los hospitales de día permitían la creación de un ambiente de contención y tratamiento a tiempo parcial con una disrupción mínima del sistema social del paciente y sus lazos con la comunidad (Whitelaw & Perez, 1987).

Se puede definir entonces el hospital de día como un dispositivo de salud ambulatorio específico para pacientes con trastornos mentales graves, con régimen de hospitalización parcial, que ofrece tratamientos intensivos, durante el tiempo preciso en cada caso, con el objetivo de promover un cambio en el funcionamiento psicológico del paciente (Gisbert, 2002), reducir y evitar internaciones, en especial en casos de psicosis agudas (brotos, episodios de confusión, cuadros de despersonalización), y buscar una resocialización activa en los casos crónicos (Grimson, 1983). Su objetivo principal es preservar el vínculo existente entre el paciente, su familia y la comunidad a fin de evitar el desarraigo extremo que provoca la institucionalización prolongada (Gisbert, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el hospital de día cumple con tres funciones fundamentales: proveer una alternativa a la internación de tiempo completo, acortar su duración y promover la recuperación de los pacientes y su permanencia en la comunidad.

Esta última función se apoya en dos conceptos que configuran uno de los principales objetivos del tratamiento del hospital de día: resocialización y rehabilitación. Pensado desde un modelo de atención comunitario, se plantea no aislar al paciente de sus vínculos y la sociedad, sino que el objetivo es lograr su atención y mantenimiento dentro de la comunidad.

En este modelo, la rehabilitación cumple la función de ayudar a los pacientes a reintegrarse en la sociedad y posibilitar que se desenvuelvan en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible (Gisbert, 2002).

Gisbert (2002) remarca además la importancia de la motivación, actitud y compromiso de los profesionales involucrados en los programas de rehabilitación. Señala que la intervención en rehabilitación es esencialmente una cuestión de trabajo en equipo entre profesionales de distintas disciplinas, y si bien es necesario que cuenten con la mejor formación posible, es sobre todo crucial una actitud de respeto, comunicación y flexibilidad la que requieren estos procesos de rehabilitación debido a su gran complejidad.

Adicionalmente, en la literatura se han identificado las siguientes funciones principales para el hospital de día, algunas ya mencionadas previamente en este trabajo (Gisbert, 2002; Whitelaw & Perez, 1987):

- Alternativa a la internación.

- Dispositivo de transición entre la internación y el reingreso a la comunidad y red social.
- Espacio de rehabilitación para las personas con trastornos crónicos.
- Un espacio de diagnóstico, al ser un lugar privilegiado de observación para realizar diagnósticos diferenciales.
- Lugar de abordaje de tratamientos familiares.
- Servicio dirigido a poblaciones especiales tales como adolescentes o la población geriátrica.

Distintos estudios indican por ejemplo que los hospitales de día podrían albergar y dar tratamiento a entre un 30% y 40% de los pacientes que ingresan por urgencias en las unidades de hospitalización breve (Gisbert, 2002). Para el tratamiento de los TMG, el hospital de día es recomendado como alternativa a la internación y es considerado por lo tanto un dispositivo de gran importancia, tanto por sus aportaciones específicas al tratamiento como porque su utilización reduce la carga sobre los dispositivos de internación sin sobrecargar a los familiares ni afectar negativamente las tasas de recuperación o el funcionamiento social de los pacientes (NIHCE, 2009).

El hospital de día se indica en el caso de personas con TMG, cuando el paciente no tiene una indicación de internación a tiempo total, pero presenta cierto riesgo o gravedad que hace que necesite una atención intensiva que no puede ser cubierta por un tratamiento en un consultorio privado o en una clínica externa de un hospital (Apollon, Bergeron & Cantin, 1997; Gisbert, 2002). Esto incluye situaciones agudas, donde el hospital de día se indica como alternativa a la internación, luego de una o más internaciones psiquiátricas, si el paciente se encuentra totalmente estable y se presume cierta fragilidad, cuando la persona tiene problemas importantes con sus vínculos sociales o familiares, y para reinsertarse académica o laboralmente y cuando presenta dificultades en la adherencia a los tratamientos (Proyecto Suma, 2017).

Por otra parte, se considera que no están indicados los casos graves de consumo de alcohol o sustancias si éste constituye el diagnóstico principal, las personas que representan un riesgo para sí o para terceros, personas con diagnóstico de sociopatía o con fuertes rasgos psicopáticos, personas con trastornos de la conducta alimentaria como diagnóstico principal, personas con retraso mental moderado o severo y personas sin sostén social. Es importante que los pacientes tengan una capacidad mínima de autocontrol y un soporte social y familiar que pueda realizar una labor de contención y apoyo (Gisbert, 2002; Proyecto Suma, 2017).

Además, los hospitales de día no resultan adecuados para tratamientos involuntarios (NIHCE, 2009).

3.4.1.1 Actividades del hospital de día

Generalmente los programas de actividades de los hospitales de día requieren una asistencia de entre cuatro y seis horas diarias todos los días de la semana, pudiendo estos tiempos y frecuencia ajustarse según el dispositivo en particular y las necesidades y posibilidades del paciente (Gisbert, 2002). El programa incluye

espacios de psicoterapia individual, terapia grupal, terapia familiar, actividades de socialización y reinserción, y diversos talleres de actividades que suelen incluir talleres de terapia ocupacional, talleres de movimiento o psicomotricidad y arte terapia (Apollon et al., 1997). El paciente es cuidado y acompañado por un equipo terapéutico responsable de su seguimiento y de mantener el encuadre, las normas de funcionamiento del hospital de día, a fin de permitir la movilización psíquica de los pacientes mediante las relaciones que puedan surgir y establecerse en las distintas actividades (Gisbert, 2002).

Las actividades apuntan a restablecer el vínculo social poniendo a los pacientes en situaciones en las que deben entrar en contacto con las ventajas y obligaciones de la vida social; brindar apoyo mutuo y asumir responsabilidades en un marco en donde deben respetarse un conjunto de reglas que rigen la coexistencia (Apollon et al., 1997). El conjunto del encuadre y las actividades del hospital de día brindan a los pacientes un ambiente que permite la creación de un espacio interpersonal continuo donde, a través la escucha de la problemática interna que brindan los psicoterapeutas, y el cuidado y acompañamiento del resto del equipo, puede sostenerse el proceso terapéutico (Gisbert, 2002). Cumple en este sentido una función primordial el carácter grupal de todas las actividades. Hay una eficacia de la actividad grupal y la convivencia que permite trabajar con una amplia gama de situaciones potencialmente terapéuticas. En este campo psicológico de “convivencia asistida”, se favorecen la expresión de afectos y conflictos personales encubiertos en un ambiente resguardado (Gisbert, 2002).

Existe variabilidad en el formato y objetivos con los que se implementan estas actividades y talleres. En el Reino Unido, fuertemente cognitivo conductual, los lineamientos nacionales indican que todas las actividades deben ser coordinadas por personal de salud registrado, con entrenamiento clínico y experiencia trabajando con personas con psicosis o esquizofrenia; siempre en combinación con técnicas psicoterapéuticas. El objetivo principal del tratamiento promover la expresión artística de los participantes, a fin de permitirles experimentarse en forma distinta y organizar su experiencia en un producto estéticamente satisfactorio (NIHCE, 2009). Otros modelos piensan estos espacios como una forma de terapia ocupacional, buscando brindar al paciente la posibilidad de manifestarse en el área de la acción y buscando objetivos diagnósticos. Se pone a disposición de los participantes distintos materiales (papel, cartulina, arcilla, cuero, madera, metal, hilo) que posibilitan formas de expresión y se les permite elegir la actividad, material o el objeto. A través de la actividad se observa cómo los participantes se manejan en el área operacional y a nivel comunicacional (Grimson, 1983).

Apollon et al. (1997), por otro lado, plantean un encuadre menos protegido, donde las actividades del hospital de día deben ser útiles y servir para algo, no ocupacionales, improductivas y repetitivas. Señalan que al apelar a la creatividad de cada uno de los participantes, permiten movilizar recursos, gustos y capacidades de los pacientes. La posibilidad de descubrir intereses hasta entonces desconocidos ayuda a crear relaciones con la comunidad y puede permitir el desarrollo de un proyecto personal que ocupe el lugar del delirio. Además, bajo la premisa de que es importante tratar al psicótico en un medio social normal, y no en un medio protegido, proponen que estos espacios funcionen a partir de las mismas obligaciones y reglas de juego que las de la

sociedad, muy diferentes que las usuales en una institución psiquiátrica. Esto permitiría mejorar su evolución, limitar la cronicidad y sobre todo minimizar la marginalización y exclusión, siendo el objetivo principal de este tipo de enfoque la rearticulación social de los pacientes y su reinserción en la comunidad (Apollon et al., 1997). Siguiendo este razonamiento, para coordinar los talleres de arte se contratan artistas con cierto reconocimiento social que trabajan en la ciudad. Los artistas no forman parte del personal clínico de la institución y por lo tanto no suelen tener formación clínica y no tienen acceso a información sobre el tratamiento o las historias clínicas. Los talleres son similares a los que se les ofrece a la población y el arte se utiliza para el desarrollo de las capacidades creativas de cada paciente en un lugar exento de toda intervención clínica o terapéutica. El objetivo en este caso es que representen una exterioridad que lleve a los pacientes a comportarse como lo harían en público, además de procurarles un medio no protegido donde pueden descubrir sus dificultades a fin poder manejar mejor sus períodos de crisis y favorecer su vínculo social.

3.5 Arte terapia

Podemos buscar los orígenes de la arte terapia en los Estados Unidos y Europa a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando dentro de los hospitales, los médicos comenzaron a utilizar actividades artísticas como ayuda para la recuperación de los pacientes. Esta práctica se volvió más frecuente en la década de 1940 cuando se comenzó a utilizar para ayudar a la recuperación de los veteranos de guerra. Este auge llevó al desarrollo de entrenamientos formales y a la formación de agrupaciones profesionales tales como las de arte terapia, musicoterapia, dramaterapia y terapia de danza y movimiento. Estos tratamientos continuaron siendo desarrollados en ambientes psiquiátricos durante la segunda mitad del siglo veinte (NIHCE, 2009). La escritura y los talleres literarios también han sido utilizados con fines terapéuticos.

La arte terapia se basa en la idea de que el proceso creativo involucrado en hacer arte es curativo, además de proveer una forma no verbal para comunicar pensamientos y sentimientos. Puede ser utilizada en una amplia variedad de contextos (niños, adultos, familias, individualmente, grupalmente) para promover el crecimiento personal, aumentar el auto-conocimiento, aliviar emociones desbordadas o traumas, resolver conflictos y lograr un mayor bienestar (Malchiodi, 2003). Todas las formas de arte terapia parten de la creencia de que todos los individuos tienen la capacidad de expresarse a través del arte y reconocen que el proceso terapéutico de creación artística es más importante que el producto final en sí. En consecuencia, el foco nunca se encuentra en la ejecución correcta de una técnica o el mérito artístico de una obra, sino en cuanto y como se involucran los participantes. El rol del arte terapeuta es entonces el de elegir y facilitar actividades que sean apropiadas y útiles para cada participante, ayudándolos a la vez a que disfrutar y encontrar sentido en el proceso creativo, así como a compartir esta experiencia con el terapeuta y con el resto del grupo (Malchiodi, 2003).

La arte terapia puede utilizar diversos modelos teóricos, estructuras y formas de implementación. Al ser una síntesis de varias disciplinas, se ha ido diversificando a lo largo de su desarrollo durante los últimos 50 años. A esto se suma que un gran porcentaje de arte terapeutas, al ser consultados por su modelo teórico, indican un

enfoque ecléctico, es decir, utilizan más de un modelo en función del paciente, el ámbito de aplicación y las circunstancias (Malchiodi, 2003). Existe también discrepancia sobre sus funciones y alcances.

Algunos terapeutas consideran la arte terapia como un suplemento de la psicoterapia, donde cumpliría una función de apoyo al ayudar a los pacientes a verbalizar sus sentimientos, creencias y dificultades. Otros consideran al arte en sí mismo y el proceso creativo que involucra, como terapéutico (Malchiodi, 2003). Esta variabilidad a veces dificulta la distinción entre arte terapia y el simple uso del arte como entretenimiento y para adquirir habilidades artísticas (Attard & Larkin, 2016).

La Asociación Británica de Arte Terapia (BAAT), de corte cognitivo-conductual, define la arte terapia como una forma de psicoterapia que utiliza medios artísticos como forma primaria de expresión y comunicación a fin de ayudar a personas que sufren angustia, en general en contextos individuales o grupales (Attard & Larkin, 2016). El NIHCE(2009), a su vez, define la arte terapia como un conjunto de intervenciones llevadas a cabo por arte terapeutas calificados que combinan técnicas psicoterapéuticas con actividades artísticas que tienen como objetivo promover la expresión creativa, y reconoce oficialmente como arte terapias a la arte terapia propiamente dicha, la terapia de danza y movimiento, la terapia corporal, la dramaterapia y la musicoterapia. Lista como características de todas las arte terapias:

- El uso del proceso creativo con el objetivo de facilitar la auto-expresión dentro de un marco terapéutico
- El uso de la forma estética con el objetivo de contener y dar sentido a la experiencia de la persona
- El uso de un medio artístico como puente para posibilitar un diálogo verbal y un *insight* que permita un desarrollo psicológico
- Se plantea como objetivo permitir a la persona experimentarse a sí misma en una forma novedosa y desarrollar otras formas de relacionarse con otros

Desde el modelo humanista, autores como Natalie Rogers suman a la arte terapia los conceptos de potencial personal y auto-realización. La autora se basa en su propia experiencia como psicoterapeuta y como artista en la utilización del arte con fines terapéuticos y curativos para extender el enfoque centrado en la persona desarrollado por su padre, Carl Rogers a la arte terapia (Rogers, 1993). Su visión de terapia de artes expresivas centradas en la persona integra distintas formas artísticas como ser dibujo, pintura, escultura, música, escritura, danza y movimiento para promover el crecimiento y curación de los participantes.

El aspecto “centrado en la persona” parte de la base de que todas las personas tienen un impulso inherente que los conduce hacia el crecimiento y el desarrollo de su potencial, y enfatiza el rol de la actitud del terapeuta en el proceso terapéutico. Rogers (1993) plantea que el crecimiento personal ocurre en un ambiente seguro y contenedor que permite al participante tomar riesgos emocionales, y que es responsabilidad del coordinador generar este ambiente mediante una actitud genuina, cálida, empática, abierta, honesta, congruente y atenta. Reconoce como condiciones externas que

favorecen la expresión y la creatividad en primer lugar la seguridad psicológica, la cual depende de una aceptación incondicional del valor del individuo, un entendimiento empático, y un ambiente donde no exista una evaluación externa. El segundo factor, la libertad psicológica depende de que el coordinador permita al individuo completa libertad de expresión simbólica. Finalmente, y en este sentido acuerda con Apollon et al. (1997), reconoce la importancia de que exista una oferta de experiencias estimulantes y desafiantes, que motiven a los participantes a involucrarse en el proceso creativo y a explorar sus efectos.

3.5.1 La arte terapia en el tratamiento de la psicosis

La arte terapia se utiliza, con diversas modalidades, en conjunto con el tratamiento farmacológico y la psicoterapia para el tratamiento de personas con TMG, en particular los trastornos psicóticos. En el Reino Unido, por ejemplo, el NIHCE (2009) ha incorporado en sus lineamientos a la arte terapia dentro de los tratamientos recomendados para todos los pacientes que sufran de esquizofrenia, en especial para el alivio de los síntomas negativos. En nuestro país, si bien no hay lineamientos oficiales al respecto, la mayoría de las instituciones psiquiátricas y hospitales de día cuentan con talleres donde se implementa la arte terapia en alguna de sus variantes.

Malchiodi (2003) ha señalado que existen tres condiciones necesarias para los arte terapeutas que trabajen con personas con TMG: autenticidad, creatividad y recuperación. La autenticidad hace referencia al vínculo entre terapeuta y paciente, el cual debe ser profundo y auténtico a fin de poder funcionar como modelo para las relaciones vinculares del paciente.

La creatividad indica la importancia de que el paciente se involucre en el proceso creativo y de que el terapeuta sea consciente de la importancia del rol que puede cumplir la creatividad en la vida de las personas con TMG. La condición de recuperación señala que el terapeuta debe creer en la capacidad de las personas con TMG para llevar vidas plenas con significado y propósito a pesar de su trastorno.

En una reciente revisión de la literatura científica referente a la aplicación de la arte terapia en el tratamiento de la psicosis, Attard y Larkin (2016) señalan que se ha observado que facilita la interacción cuando hay dificultades en la comunicación verbal, como puede ocurrir en estos trastornos. Como se mencionó anteriormente, las personas con psicosis pueden experimentar dificultades para diferenciar los límites entre el mundo interno y externo.

Al poder expresar sus experiencias emocionales, cognitivas, e incluso psicóticas a través del arte, los pacientes tienen la oportunidad de procesarlas a su propio ritmo. Adicionalmente, el contexto grupal en el que suele desarrollarse la arte terapia también puede aumentar el sentido de pertenencia, mejorando su funcionamiento social. Disminuye el aislamiento de los participantes al permitirles compartir experiencias similares.

Otra observación común es que el proceso de crear arte mejora la habilidad de las personas para identificar, expresar y explorar sus emociones y angustia más allá de lo que podrían lograr verbalmente. Es importante en estos casos que la arte terapia se desarrolle en un ambiente donde la persona tenga libertad para expresarse y ser

creativa sin miedo a ser juzgada. Un ambiente seguro donde desplegar su arte permite a las personas enfocar su atención en algo externo, mientras intentan dar sentido a sus experiencias psicóticas. Se ha descrito que la arte terapia promueve el bienestar emocional, la confianza y la autoestima en los participantes y en algunos casos permite incluso surgimiento de nuevos intereses al descubrirse cualidades artísticas que no sabían que poseían (Attard & Larkin, 2016).

A pesar de su extendido uso como tratamiento adjunto, la evidencia empírica de la eficacia de la arte terapia en el tratamiento de trastornos psicóticos, así como sus mecanismos de acción no es aún concluyente (Attard & Larkin, 2016). Se ha encontrado evidencia consistente de que la arte terapia es efectiva para reducir los síntomas negativos cuando se la compara con cualquier otro control, y que los efectos se mantienen al menos por seis meses.

Además, esta reducción de los síntomas negativos observada no depende de la modalidad de la intervención utilizada (arte, música, movimiento, drama, etc.) y que su eficacia no depende de que la persona esté internada. De hecho, las arte terapias son las únicas intervenciones para las cuales se ha demostrado de eficacia para reducir los síntomas negativos (NIHCE, 2009). Estudios cualitativos han encontrado que tanto pacientes como terapeutas consideran a la arte terapia como significativa y apropiada, y los pacientes han reportado un fortalecimiento de su capacidad de expresión emocional, conciencia de sí mismos, autoestima, y conexión sí mismos, con la realidad y con sus vínculos sociales (Attard & Larkin, 2016).

En 2010 se llevó a cabo en el Reino Unido el estudio MATISSE, el mayor estudio aleatorizado conducido hasta el momento, con 417 pacientes, para evaluar la eficacia de la arte terapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Los resultados de MATISSE indicaron que la arte terapia no era clínicamente efectiva para mejorar los síntomas psicóticos y el funcionamiento global de los pacientes (Crawford et al., 2012). Sin embargo, los críticos señalan que las variables elegidas para evaluar la eficacia (síntomas psicóticos y funcionamiento global), no fueron las más apropiadas, al no capturar los beneficios que los participantes obtienen de la arte terapia. Desde la perspectiva de los pacientes, se valora más la posibilidad de expresarse, reconectarse y recuperar la confianza, aún si los síntomas persisten. Por lo tanto, algunos autores consideran que el bienestar y la autoeficacia percibida, junto con el grado de conexión intra e interpersonal serían mejores indicadores para evaluar la eficacia de la arte terapia (Attard & Larkin, 2016).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, de diseño no experimental con observación participante.

4.2 Participantes

Participaron de esta investigación cuatro miembros del equipo clínico de la institución, cuatro talleristas del dispositivo de talleres y cuatro pacientes del dispositivo de hospital de día. En el caso del equipo clínico, se entrevistaron a dos coordinadores y a dos referentes, todos con más de 6 meses de antigüedad en la institución y título de psicólogo o médico psiquiatra. Si bien no se realizó la selección en función de la orientación teórica, en los cuatro casos se trató de profesionales con orientación psicoanalítica. Con respecto a los talleristas, se entrevistaron a los responsables de coordinar los talleres de expresión literaria, arte, musicoterapia y teatro, de los cuales solo la tallerista de musicoterapia refirió poseer formación previa en salud mental. Se entrevistaron finalmente a cuatro pacientes, dos varones y dos mujeres, de edades entre los 20 y los 60 años. En todos los casos contaban con asistencia regular al hospital de día de al menos tres meses, con participación regular en los talleres. Fue condición de selección de los pacientes seleccionados también que se encontraran clínicamente estables y eutímicos al menos una semana previa a la entrevista.

4.3 Instrumentos

Se utilizaron la observación de los talleres (que en caso del taller de arte fue participante), la observación no participante de las reuniones de equipo de los talleristas, la lectura de las historias clínicas (a fin de establecer diagnóstico, características del paciente, asistencia y antigüedad en la institución) y entrevistas semi-dirigidas a miembros del equipo clínico, talleristas y pacientes.

Los ejes de las entrevistas a los miembros del equipo clínico se articularon en torno a los objetivos y función del dispositivo de talleres, los fundamentos teóricos de la decisión de implementarlo como dispositivo no clínico, las características ideales de un buen tallerista y la percepción de ventajas y dificultades de esta modalidad de implementación.

Las entrevistas a los talleristas tuvieron como eje los objetivos del taller, estrategias y abordajes utilizados para cumplirlos, idoneidad percibida para el desarrollo de los talleres dentro de un dispositivo de salud mental y la percepción de ventajas y dificultades de esta modalidad de implementación.

Las entrevistas a los pacientes tuvieron como eje su experiencia en los talleres, los aspectos positivos y negativos que percibían de los mismos y la utilidad percibida en un taller particular en comparación con otros talleres.

4.4 Procedimiento

La observación de los talleres se realizó a lo largo de tres meses de asistencia regular al dispositivo de hospital de día de la institución. Se observaron todos los talleres y se seleccionaron cuatro talleristas para entrevistar en función de la dinámica del taller, implicación del tallerista y la asistencia de los pacientes. Además se accedió a las reuniones de equipo en las cuales participaban los talleristas para intercambiar observaciones, criterios y reflexiones con el equipo clínico. A cada participante seleccionado se le realizó una entrevista semi-dirigida de aproximadamente 30 minutos que se desarrolló dentro del período de tres meses de asistencia al dispositivo. En el caso de las entrevistas a pacientes, el tiempo y cantidad de entrevistas se ajustó según la disponibilidad de tiempo de cada entrevistado y su posibilidad para sostener el encuadre.

5. DESARROLLO

5.1 Presentación de la institución

Como se explicó previamente en la introducción, el hospital de día de la institución funciona dentro de los lineamientos descriptos por Gisbert (2002) para este tipo de dispositivo, con un régimen ambulatorio intensivo de lunes a viernes, en dos turnos diarios de cuatro horas, mañana de 9 a 13 hs y tarde de 13 a 17 hs. Una revisión de las historias clínicas reveló que entre los diagnósticos de los pacientes del dispositivo pueden encontrarse trastornos esquizofrénicos, trastornos bipolares, trastornos psicóticos varios, trastornos depresivos con síntomas psicóticos y trastornos límites de la personalidad, y que en su gran mayoría cumplen además con los criterios de discapacidad y duración de la definición de trastornos mentales graves (Grupo de Trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

El equipo clínico se encuentra conformado por dos coordinadoras, responsables de la supervisión y coordinación de los profesionales del hospital de día de ambos turnos, y cuatro referentes por turno (ocho en total), responsables del seguimiento de los pacientes y la comunicación con los familiares y los terapeutas individuales. Siguiendo el modelo de Apollon et al. (1997), los pacientes participan en distintas actividades artísticas y expresivas, ocupacionales, corporales, psicoterapéuticas y comunitarias durante su asistencia al hospital de día. Las actividades psicoterapéuticas incluyen grupos de psicoterapia dos veces por semana, espacios de terapia individual y familiar, y encuentros para familiares de los pacientes una vez por mes con lo cual se incluyen todas las intervenciones psicosociales individuales, grupales y familiares recomendadas para pacientes con trastornos mentales graves (NIHCE, 2009; Shean, 2013). Desde el punto de vista comunitario, en los desayunos, almuerzos y meriendas participan tanto los pacientes como los miembros del equipo clínico, y en ocasiones también algún tallerista, siendo espacios de socialización y seguimiento.

Una vez por semana hay una reunión de equipo clínico en la que se presentan las nuevas admisiones de la semana, se informan novedades administrativas, se planifican eventos y se discuten situaciones puntuales de pacientes o familiares. Finalmente, la asamblea es un espacio en el cual se reúnen los pacientes y el equipo clínico una vez por semana. Este es un espacio común donde se comunican novedades institucionales, se presentan a los nuevos ingresantes al dispositivo y se despide a quienes dejarán de asistir, se realizan observaciones y llamados de atención, y donde los pacientes pueden plantear cualquier tipo de propuestas, anuncios, quejas y comentarios que hayan surgido a partir de la convivencia diaria. Esta instancia también es utilizada por los pacientes para transmitir al equipo clínico comentarios sobre los talleres, tales como pedidos de material, o dificultades con la dinámica de algún taller.

5.2 El dispositivo de talleres y su inserción dentro del hospital de día de la institución

El dispositivo de hospital de día de la institución cuenta con dos talleres de una hora de duración por turno, todos los días hábiles de la semana, salvo los días que hay terapia grupal o asamblea, la cual utiliza la misma la franja horaria de los talleres. Esto deja espacio para el desarrollo de siete talleres diferentes, los cuales durante el período en que se desarrolló esta práctica fueron los talleres de escritura, terapia de movimiento, musicoterapia, yoga, teatro, arte y un taller rotativo. Esta variedad de talleres abarca por lo tanto todas las formas de arte terapia reconocidas por la Asociación Británica de Arte Terapia (NIHCE, 2009); la terapia de danza y movimiento, terapia corporal, dramaterapia y musicoterapia. Se observó que los temas y actividades del taller rotativo suelen surgir a partir de inquietudes y propuestas de los mismos pacientes durante las asambleas, en función de la disponibilidad de talleristas y aprobación del directorio de la institución, lo que resulta en mayor motivación e interés de los participantes (Rogers, 1993). En los cuatro meses que duró la observación del dispositivo este horario fue ocupado primero por un taller de terapia ocupacional y luego por un taller de huerta.

La asistencia a todos los talleres es en principio obligatoria para todos los pacientes del hospital de día. En la práctica, sin embargo, siempre hay pacientes que no asisten a algunos talleres aunque hayan concurrido al hospital de día. Las razones son diversas: malestar, falta de ganas, poco interés en algún taller en particular, cansancio, sueño, etc. En estos casos el equipo clínico siempre intenta motivar a los pacientes a participar, indagando las razones de la inasistencia y evaluando caso por caso la posibilidad de exceptuar a esa persona de participar del taller en esa ocasión. Un miembro del equipo clínico refirió al respecto que el desafío en estos casos es lograr un adecuado equilibrio para respetar el encuadre del dispositivo – que como señalan Apollon et al. (1997) brinda a los pacientes un marco con reglas de coexistencia – sin perder de vista la individualidad y momento de evolución de cada caso. Dado que las razones de la inasistencia se encuentran ligadas con la sintomatología conocida de los trastornos psicóticos, como ser la abulia, el retraimiento social, la anhedonia y las dificultades para relacionarse con los demás (APA, 2013; Kaplan & Sadock, 1999), y con efectos adversos de la medicación antipsicótica que toman los pacientes (NIHCE, 2009) las intervenciones al respecto son consideradas por el equipo como parte del tratamiento y abordadas con la consecuente atención y precaución.

La integración entre el dispositivo de talleres y el equipo clínico se mantiene en múltiples niveles con distintos grados de formalidad. En el nivel más formal, todos los meses se lleva a cabo una reunión de supervisión, en la que participan todos los talleristas y las coordinadoras del hospital de día. También una vez al mes, y el mismo día de la reunión de supervisión, los talleristas participan de las reuniones de equipo. Éstas ocasiones se aprovechan para que los talleristas puedan transmitir sus experiencias y apreciaciones, haciendo muchas veces hincapié en la situación o actitud de algunos pacientes en particular, ya sea por un cambio observado con respecto a su participación usual, problemas de asistencia u otra dificultad que hayan encontrado durante el mes previo.

A continuación se describe brevemente el desarrollo de una jornada típica de taller para aquellos talleres cuyos coordinadores fueron entrevistados para este trabajo, los de los talleres de escritura, musicoterapia, teatro y arte, respectivamente.

5.2.1 Taller de Escritura

Para el desarrollo de este taller, los pacientes y la tallerista se sientan alrededor de una de las mesas del salón que se usa también como espacio para los desayunos, almuerzos y meriendas. La tallerista comienza saludando a todos, y dado que se trata del primer taller de los lunes, suele preguntar como pasaron el fin de semana y como comenzaron la semana. El desarrollo del taller propiamente dicho comienza siempre con lo que la tallerista denomina un disparador: la lectura de algunos ejemplos del tema elegido para la actividad del día, que pueden ser poemas sobre algún tema determinado, cuentos breves de terror, poesía japonesa, etc. A partir de estos ejemplos, la tallerista hace una propuesta, reparte hojas en blanco y biromes a los participantes y se determina un tiempo para que cada uno escriba. Una vez finalizado el tiempo de escritura, cada paciente tiene la oportunidad de leer en voz alta lo que escribió para compartirlo con el resto de los participantes. Las respuestas de los pacientes son diversas, algunos leen sin inconvenientes, otros se animan después de ser animados por la tallerista y sus compañeros, y unos pocos se niegan. La actitud de la tallerista en todos los casos es cálida y comprensiva como recomienda Rogers (1993), y siempre aclara expresamente que lo importante no es la calidad del producto final, sino que puedan encontrar una forma de expresar lo que les inspira el tema propuesto (Malchiodi, 2003). El taller finaliza con un círculo de cierre en el que se reflexiona sobre lo que generó el tema en los participantes y las producciones compartidas. Las propuestas específicas de este taller varían semana a semana pero responde a esta estructura básica, es decir, saludo de bienvenida, introducción de un disparador, desarrollo de la escritura y lectura compartida, reflexión grupal.

5.2.2 Taller de Musicoterapia

Este taller se lleva a cabo en un salón más pequeño que el de escritura y que no cuenta con mesas, por lo que los pacientes se sientan en ronda dejando un espacio vacío en el medio, donde se suele acomodar la caja de instrumentos. Los talleristas, que suelen ser dos, ocupan también un lugar en la ronda y coordinan el taller desde esa posición. Las primeras actividades del taller suelen incorporar los diversos instrumentos de la caja que son en su mayoría de percusión, y algunos de viento como flautas u ocarinas, más una guitarra que suelen utilizar los talleristas. Los talleristas

suelen dar primero un periodo para que cada paciente practique en forma individual con su instrumento a fin de lograr el mejor sonido posible. Luego se procede a indicar la actividad de tocar algo en conjunto de a tres o cuatro participantes a la vez. Según los talleristas, esta actividad hace que cada paciente deba comunicarse y coordinar su interpretación con los demás, fomentando la comunicación y la relación con otros (NIHCE, 2009). En otra actividad se propone a cada participante hacer sonar su instrumento y cada uno comenta con que emoción asocia ese sonido o timbre en particular, apelando a fortalecer la capacidad de reconocimiento y expresión emocional, uno de los beneficios de la arte terapia reportado por los pacientes según Attard y Larkin (2016).

Pudo observarse que, tal como lo indica Gisbert (2002), en la elección e interacción con los instrumentos de cada paciente suelen evidenciarse las características de su cuadro clínico particular, incluido su estado anímico, nivel de activación psicomotriz y motivación para cumplir las consignas, funcionando también como espacio de diagnóstico. Los pacientes cursando períodos de mayor euforia e hiperactividad, por ejemplo, suelen elegir instrumentos de percusión ruidosos y los hacen sonar constantemente mostrando dificultad para respetar las consignas de los talleristas; mientras que los pacientes con tendencias más depresivas o abúlicas tienden a tomar instrumentos pequeños y poco intrusivos. Para cerrar el taller, se escuchan temas musicales en un equipo de música, que van seleccionando los participantes.

5.2.3 Taller de Teatro

El taller de teatro se realiza en el mismo espacio que el taller de musicoterapia. En este caso las sillas se disponen en uno de los extremos del salón todas mirando en la misma dirección a modo de platea, donde asisten como espectadores los pacientes que no desean participar de las actividades propuestas. El tallerista saluda a todos al entrar y para comenzar pregunta si alguien vio una obra de teatro interesante en la semana, y si alguien lo hizo se comenta al respecto, fomentando de esta manera la integración de los participantes con los entornos sociales externos (Gisbert, 2002). La primera actividad consiste siempre en caminar en el espacio libre que dejan las sillas y representa el escenario. Los pacientes caminan libremente en cualquier dirección y a una indicación del tallerista deben congelarse, formando una pose de a dos o de a tres, a partir de la cual alguno de los grupos deberá improvisar una escena. Luego se suceden otras actividades cuyo objetivo general es generar escenas improvisadas o mínimamente planeadas a partir de diferentes consignas, en las cuales los participantes despliegan su creatividad (NIHCE, 2009). Un paciente señaló que estas oportunidades también le servían para expresar conflictos propios bajo la protección de la ficción. Las escenas suelen representar situaciones de interacción social comunes de la vida cotidiana, a veces incorporando conflictos o circunstancias incómodas. Si algún participante se traba, el tallerista lo ayuda y le da letra, con lo cual el taller funciona en este aspecto como un entrenamiento de habilidades sociales, recomendado para esta población de pacientes (Kaplan & Sadock, 1999; Shean, 2013). Al ser consultado sobre este punto, el tallerista aseguró que la intención no era terapéutica, y que esto era algo que hacía normalmente en sus talleres de teatro para la población no clínica. El cierre del taller suele darse con un juego de reflejos y

atención, del cual participan muchas veces pacientes que habían permanecido como espectadores durante las actividades previas.

5.2.4 Taller de Arte

Este taller tiene lugar en mismo salón grande del taller de escritura, ya que utiliza las mesas para sus actividades. La dinámica es más dispersa que los talleres descritos anteriormente, ya que integra tres tipos de actividades que ocurren en simultáneo. En primer lugar está la actividad grupal, la cual se desarrolla a partir de una consigna que propone el coordinador del taller. Esta suele ser una obra de gran tamaño, en la que pueden participar e intervenir muchos pacientes a la vez. Este trabajo grupal del taller puede ser, de acuerdo a Gisbert (2002) un espacio generador de situaciones potencialmente terapéuticas al favorecer la expresión de afectos y conflictos personales. El segundo grupo es el de aquellos participantes que prefieren trabajar individualmente, para lo cual tienen la opción de copiar retratos a partir del material que se encuentra guardado en una carpeta, o dibujar/ pintar alguna producción propia. La tercera actividad, también individual, consiste en pintar mandalas y otros dibujos para rellenar. Si bien algunos pacientes suelen elegir consistentemente un tipo de actividad, otros suelen ir rotando entre la actividad grupal y las individuales. Durante las observaciones pudo verse que la característica más abierta de este taller, donde cada participante puede elegir la actividad y el material con el que va a trabajar y a veces continúa trabajos individuales a lo largo de varias clases, fomenta la aparición de situaciones conflictivas o dificultades de interacción – compartir materiales, esperar turno, buscar las obras en las que estaban trabajando – que pueden funcionar como un entrenamiento de habilidades sociales (Kaplan & Sadock, 1999). El tallerista señaló además que las obras producidas en este taller se exponen en los distintos espacios de la institución y han sido presentadas en eventos dentro y fuera de la institución, cumpliendo así para los pacientes una función de reinserción social e integración con la comunidad (Gisbert, 2002).

5.3 Función de los talleres dentro del hospital de día de la institución. Ventajas y dificultades de su implementación como un dispositivo no clínico dentro de un ámbito terapéutico, desde la perspectiva del equipo clínico

Al ser consultados por la función que consideraban que cumplían los talleres dentro del hospital de día, todos los miembros del equipo clínico entrevistados coincidieron en que éstos actúan a distintos niveles y cumplen más de una función, en línea con las múltiples funciones descritas tanto para los talleres en general (Apollon et al., 1997; NIHCE, 2009) como para el arte terapia en particular (Attard & Larkin, 2016; Malchiodi, 2003).

En primer lugar, en el contexto de las entrevistas semi-dirigidas, surgió como tema el debate existente en la literatura sobre la función terapéutica de los talleres. Es decir, si los talleres deben ser una instancia clínica más, coordinada exclusivamente por profesionales de la salud mental como recomiendan las líneas más cognitivas (NIHCE, 2009), o si, siguiendo modelos psicodinámicos (Apollon, et al. 1997) y humanísticos (Rogers, 1993), debe darse importancia a que los talleres cuenten con un contenido significativo y que pueda resultar motivador para los participantes. De las entrevistas y de la observación resulta aparente que los talleres de escritura, teatro y arte en esta

institución siguen el modelo de Apollon et al.(1997), mientras que el taller de musicoterapia es el único del dispositivo que es explícitamente clínico.

Una de las coordinadoras del hospital de día recalcó que la actividad, en sus palabras, no debía ser un como sí, no solo una excusa para lo clínico. Señaló que generalmente los pacientes con trastornos psicóticos son personas desenlazadas de los intereses de la vida, tanto debido a los síntomas negativos (APA, 2013; Belloch, et al., 1999) como a los efectos adversos de la medicación antipsicótica (Kaplan & Sadock, 1999). Expresó que considera que una de las funciones principales de los talleres es por lo tanto la de ser un disparador de estímulos, despertar nuevos intereses y catalizar la aparición de nuevas actividades que el participante pudiera explorar por su cuenta. Para poder cumplir esta función considera, al igual que Apollon et al. (1997), que es necesario que los talleres tengan un contenido real y no consistan en tareas cuya única función u objetivo sea el de ser un dispositivo clínico.

Se preguntó entonces a los entrevistados si en su experiencia consideraban que este esquema de talleres limitaba de alguna forma el perfil o gravedad de los pacientes a quienes podía beneficiar el dispositivo. La respuesta fue que la institución trabaja con la misma población de pacientes que otros hospitales de día con diferentes modelos. Las admisiones, según lo recabado, se realizan considerando los beneficios que puede obtener cada paciente de un contexto grupal, una rutina, y actividades creativas que puedan despertar nuevos intereses (Apollon et al., 1997). La lista de trastornos listados por los miembros del equipo clínico – trastornos esquizofrénicos, trastornos psicóticos varios, trastorno bipolar, cuadros depresivos graves – abarcó todos los trastornos mencionados en la literatura como trastornos mentales graves, incluyendo incluso el criterio de discapacidad señalado por Rodríguez González y González Cases (2002). Una de las coordinadoras comentó que una excepción posible para el dispositivo eran los pacientes con trastorno límite de personalidad, ya que en ocasiones los talleres terminaban convirtiéndose en escenarios que podían reforzar sus síntomas y los pacientes se volvían dependientes y renuentes a abandonar el hospital de día incluso habiendo recibido el alta. Una circunstancia de esta índole pudo presenciarse durante el período en que se realizó la observación del dispositivo. El equipo clínico consideró que una paciente con este trastorno se encontraba en condiciones de dejar la institución pero se encontró con la resistencia de la usuaria a aceptar el alta, situación que no llegó a resolverse al momento de finalizar la práctica. La coordinadora reconoció sin embargo que muchos casos graves, al cursar con síntomas psicóticos y conductas de riesgo volvían necesario el dispositivo como forma de contención a pesar de las dificultades que podían surgir luego (Belloch et al., 1999).

La segunda función que los entrevistados remarcaron como central del dispositivo fue la relacionada a lo grupal y a la recuperación de los vínculos sociales. Uno de los referentes, responsables del seguimiento individual de los pacientes dentro del marco del hospital de día, expresó que los pacientes con trastornos psicóticos suelen presentar dificultades de socialización (Rodríguez González & González Cases, 2002) y que la característica grupal de los talleres, sumada a la presencia de un tallerista que refuerce el lazo social, facilita la circulación de vínculos que en el caso de este tipo de pacientes no sucede naturalmente.

Como se desarrolló previamente, todos los talleres de la institución son de carácter grupal y obligatorio, y los pacientes deben asistir siempre al mismo turno. Como resultado, los pacientes comparten sus actividades siempre con el mismo grupo de compañeros, con la salvedad de ingresos o altas ocasionales. En concordancia con Attard y Larkin (2016), este entrevistado comentó que en su experiencia este encuadre permitía mejorar el funcionamiento social y proveer un sentido de pertenencia y comunidad que era en sí mismo terapéutico.

Adicionalmente, señaló el papel que cumplen las dificultades y diversas situaciones conflictivas que surgen necesariamente en una actividad grupal para ayudar a los pacientes a aprender habilidades sociales y pautas de convivencia (Gisbert, 2002).

En tercer lugar en las entrevistas se habló reiteradas veces sobre la función que cumple el contenido de los talleres en sí mismo y las herramientas que brinda a los pacientes. Este punto fue formulado, por un lado, desde la perspectiva de la importancia del proceso creativo artístico para permitir a los pacientes a explorar sus experiencias, emociones y estados de ánimo (Attard & Larkin, 2016) en un contexto protegido y contenido por sus compañeros, el tallerista y el encuadre de la institución. El otro aspecto terapéutico del proceso creativo desde el punto de vista del equipo clínico está determinado por los recursos de expresión y elaboración no verbal que puede proveer el arte (Malchiodi, 2003).

Un tema muy importante y recurrente durante las entrevistas a los miembros del equipo clínico fue sobre si los talleristas deben o no tener formación en salud mental. Tanto la observación realizada como las entrevistas a los miembros del equipo clínico coincidieron en indicar que la institución adopta el modelo de talleres con contenido significativo planteado por Apollon et al. (1997), quienes recomiendan que los talleres sean coordinados por artistas reconocidos que no formen parte del personal clínico de la institución y, por lo tanto, no necesariamente tengan formación clínica ni acceso a información clínica de los pacientes.

Con respecto a esta modalidad de taller, una coordinadora comentó como aspecto positivo que los talleristas sin formación en salud mental tendían a tener menos prejuicios con respecto a los pacientes con los que trabajaban, lo cual en ocasiones les permitía realizar propuestas o intervenciones más osadas que alguien con formación clínica no se atrevería a hacer. En la misma línea, un referente observó que mucha veces los pacientes se comportaban en forma diferente en los talleres que en los espacios clínicos del hospital de día y afirmó que creía que era el hecho de que los talleristas no fueran profesionales de la salud mental lo que abría la posibilidad para que los pacientes pudieran expresarse de otra manera.

A pesar del énfasis puesto por algunos marcos teóricos en la importancia de que los talleres estén coordinados por profesionales de la salud mental (Attard & Larkin, 2016; NIHCE, 2009), en este trabajo ninguno de los entrevistados mencionó dificultades específicas que hubieran surgido del modelo adoptado en la institución, coincidiendo sí en que las instancias de supervisión y comunicación entre los talleristas y el equipo clínico eran fundamentales para sostener este esquema. Aquellos con experiencia en otros modelos de hospital de día, con talleres coordinados exclusivamente por

profesionales con formación clínica, remarcaron que no observaban diferencias significativas en el desarrollo o rol terapéutico de los talleres.

A partir de las entrevistas surgió en cambio que existían ciertas características que eran consideradas necesarias para que los talleristas pudieran desempeñarse adecuadamente en el marco de una institución de salud mental. Los miembros del equipo clínico indicaron que, además de ser idóneos y reconocidos en su área como señalan Apollon et al. (1997), era importante que los talleristas tuvieran una sensibilidad o interés especial por el tema de salud mental en general y por las personas con trastornos mentales graves en particular. Si bien todos los entrevistados suscribían al modelo psicoanalítico, coincidieron, al igual que Rogers (1993), en considerar la personalidad y la actitud del tallerista como más importantes que sus conocimientos clínicos a la hora de conducir exitosamente un taller con pacientes con trastornos mentales graves, apuntando a rasgos como la empatía, la flexibilidad y la capacidad para generar un ambiente contenedor.

Otras características que fueron señaladas como deseables en los talleristas fueron la capacidad de trabajar en equipo, a fin de que pudieran integrarse e interactuar constructivamente con los otros miembros del dispositivo de hospital de día, y la lucidez para reconocer que, aun cuando los talleres en esta institución no están implementados en forma abiertamente clínica, se encuentra enmarcados dentro de una institución de salud mental y se está trabajando con pacientes con TMGs.

5.4 Función de los talleres dentro del hospital de día de la institución. Ventajas y dificultades de su implementación como un dispositivo no clínico dentro de un ámbito terapéutico, desde la perspectiva de los talleristas

Al igual que en el caso del equipo clínico, las entrevistas a los talleristas comenzaron con preguntas sobre los objetivos y consignas de los talleres dentro del hospital de día, y sobre cómo cada tallerista planeaba las actividades de cada clase. Si bien las respuestas fueron diversas, como puede esperarse de la variada naturaleza de los talleres, se observaron objetivos comunes. Todos los talleristas entrevistados coincidieron en remarcar como función central de los talleres el promover la posibilidad de expresión de los participantes (Attard & Larkin, 2016), tanto verbal como no verbal, en una población que puede tener experiencias difíciles de procesar o comunicar (Kaplan & Sadock, 1999).

Otro aspecto importante que fue mencionado por los talleristas fue la importancia de generar un ambiente libre de evaluación externa (Rogers, 1993), donde los participantes no se sintieran juzgados por la calidad de sus producciones. La tallerista del taller de escritura expresó que la idea es generar un espacio lúdico y de entretenimiento que permita la expresión y la creatividad. Por otra parte, uno de los talleristas de musicoterapia indicó que nunca obligaba a nadie a hacer nada y no ponía el foco en la calidad de los resultados. La observación del desarrollo de los talleres confirma estas afirmaciones, ya que en todas las clases los talleristas aclaraban expresamente a los participantes que no debían preocuparse por la calidad del resultado, y que el objetivo no era una evaluación estética o técnica de lo producido.

Con respecto a la planificación de las actividades, el consenso fue que es importante tomar en cuenta los intereses e inquietudes que plantean los pacientes mismos, así como tener la flexibilidad para adaptarse a los estados de ánimo y dinámica del grupo en cada ocasión. El objetivo, ya observado por Rogers (1993), es que los pacientes encuentren las actividades interesantes y se encuentren motivados a participar e involucrarse. La coordinadora del taller de escritura refirió al respecto que para elegir los temas de cada clase prestaba atención a lo que comentaban los pacientes y después los traía como consignas. Por ejemplo, si alguien dice que tiene ganas de irse de vacaciones, se les pide que escriban sobre sus vacaciones ideales. El coordinador del taller de arte afirmó haber ido adaptando las consignas a partir de la experiencia y de las respuestas de los pacientes, lo cual lo fue llevando a incorporar una mayor variedad de actividades para mantener el interés de todos los participantes del taller.

Finalmente, todos los talleristas, en línea con Apollon et al. (1997), mencionaron que uno de sus objetivos es poder brindar un contenido estimulante que permita a los pacientes encontrar quehaceres desconocidos, descubrir algún recurso o habilidad que no supieran que tenían y que pudieran dar lugar a nuevos proyectos personales. El tallerista de arte señaló por ejemplo que ponía más énfasis en la calidad del resultado cuando el paciente demostraba tener talento e interés en determinada técnica, a fin de brindarle las herramientas para poder lograr un producto final con el que pudiera sentirse satisfecho y estimular nuevos proyectos.

Con respecto al tema de su formación de salud mental, los talleristas de escritura, arte y teatro revelaron que, en concordancia con el modelo de actividades de hospital de día propuesto por Apollon et al. (1997), si bien todos poseían una formación y práctica sólidas y reconocidas en sus respectivas áreas, no tenían formación ni experiencia clínica previa a su incorporación al hospital de día. En cambio, los talleristas de musicoterapia sí cuentan con dicha formación y experiencia dirigida expresamente al trabajo en el área de salud mental.

Al preguntárseles si contaban con información clínica sobre los participantes de sus talleres, todos refirieron que recibían los informes de admisión de cada paciente, los cuales detallaban el diagnóstico y las características principales de cada caso. Sin embargo, aclararon que en general no prestaban atención a los diagnósticos y preferían conocer a los pacientes personalmente sin prejuicios previos. Mencionaron que consideraban que no conocer la información clínica les permitía establecer un vínculo más auténtico con cada paciente y enfocarse en sus capacidades y recursos creativos y expresivos, condiciones señaladas por Malchiodi (2013) como necesarias para el trabajo con pacientes con trastornos mentales graves en arte terapia. Además, comentaron tener información sobre los cuadros e historia de los pacientes en ocasiones podía limitarlos durante el taller, generando reparos o precauciones al asignar tareas que interferirían con el desarrollo normal. Los coordinadores del taller de musicoterapia, en cambio, en una línea más clínica (NIHCE, 2009), consideraron que era importante conocer los diagnósticos, y que les permitía planear el trabajo con cada paciente durante el taller.

En concordancia con estos puntos de vista, los talleristas sin formación clínica respondieron que en general no hacían muchas modificaciones a sus clases en función de la población con la que trabajaban. La coordinadora del taller de escritura, por ejemplo, reconoció que una diferencia era el nivel de exigencia sobre la calidad del resultado – este es un objetivo importante en un taller literario ofrecido a la población general y no así en un taller en el contexto arte terapéutico (Malchiodi, 2003; Rogers, 1993) – pero admitió no limitarse en la selección de los temas propuestos por trabajar con participantes con TMGs. El tallerista de teatro contó que cuando fue contratado, lo había tranquilizado que la instrucción por parte de la institución fuera que los talleres podían ser similares a los que ofrecía normalmente (Apollon et al., 1997) y que al llevarlo a la práctica había descubierto que no requerían mayor adaptación que la selección de determinados ejercicios y actividades por sobre otros en función de las preferencias de los participantes y la motivación generada.

Cuando se consultó a los talleristas específicamente si podían mencionar alguna desventaja que hubieran percibido en el formato del dispositivo de talleres, o si se habían encontrado en situaciones en las cuales consideraban que les hubiera servido tener formación clínica, la respuesta fue negativa. Coincidieron en señalar que si surgían situaciones difíciles, sus respuestas e intervenciones intuitivas solían ser adecuadas para resolverlas, y que aún en caso de que un participante se descontuviera solía alcanzar con que saliera a conversar con su referente para resolver la situación. La observación de los talleres confirmó estas afirmaciones, ya que en los tres meses solo se presenciaron una o dos situaciones en las cuales algún participante se angustiara o descompensara al punto de tener que abandonar el taller para hablar con su referente. Algunos talleristas remarcaron incluso la importancia de despegarse de la clínica, refiriendo como en su experiencia, al igual que proponen Apollon, et al. (1997), la actividad del taller se potenciaba cuanto más se esforzaban en ofrecer una clase normal y sin contemplaciones particulares. Como ejemplo, el tallerista de teatro contó que al conversar con el equipo clínico, muchas veces descubría que la conducta de los pacientes durante los talleres era muy diferente de lo que observa el equipo clínico en el resto de los espacios del hospital de día, indicando en su opinión que el aspecto lúdico de los talleres aporta un relato diferente que a veces no surge en un ámbito de tratamiento más formal.

Para cerrar las entrevistas, se preguntó a los talleristas si consideraban que la presencia de un miembro del equipo clínico durante los talleres podría ser beneficiosa o favorecer su desarrollo. Todos los entrevistados coincidieron en responder que no creían que aportara mucho, y que lo más probable era que rompiera el encuadre, la experiencia de exterioridad que consideraban importante para que los talleres cumplieran su función dentro del dispositivo (Apollon et al., 1997). El consenso fue que se trataban de espacios diferentes con funciones complementarias. No era necesario que los referentes estuvieran dentro del espacio físico del taller para cumplir su rol de contención, y tanto talleristas como pacientes sabían que los miembros del equipo clínico estaban siempre cerca y a disposición ante cualquier eventualidad.

5.5 La experiencia de los talleres desde la perspectiva de los pacientes

Cuando se preguntó a los pacientes sobre su experiencia en los talleres, lo que surgió en primer lugar en las respuestas fueron sus preferencias: que talleres les gustaban más y cuales menos, y las razones para su elección. El taller por el que mayor predilección mostraron los entrevistados fue el de teatro, lo cual coincide con lo percibido durante las observaciones realizadas.

Una paciente contó que en sus primeras participaciones en el taller de teatro se había sentido ridícula y no se había animado a actuar, pero las intervenciones del tallerista, y el ambiente cálido y contenedor del taller (Rogers, 1993) lo habían ayudado a soltarse. Refirió que el taller la ayudaba a conectarse con sus compañeros (Attard & Larkin, 2016) y liberarse de sus prejuicios. Al momento de la entrevista era su taller favorito. Otros pacientes hicieron hincapié en la energía que transmitía el tallerista durante el desarrollo de las actividades. De hecho, a partir de la observación realizada y de las conversaciones con el equipo clínico se vio que incluso los pacientes que usualmente presentaban retraimiento y sintomatología negativa (Belloch et al., 1999) solían salir energizados del taller de teatro, siendo este un momento especialmente productivo desde el punto de vista clínico para conversar con ellos.

Otro paciente indicó los talleres de escritura y de arte como sus preferidos, dado que sentía que le aportaban una vía de expresión que le permitía explorar y descubrir, en sus palabras, “cosas que ni sabía que tenía adentro”, una función reconocida de la arte terapia (NIHCE, 2009). Agregó además que el taller de arte le había aportado técnicas nuevas que le habían permitido ampliar sus posibilidades expresivas. Los pacientes con preferencia por las actividades relacionadas con lo corporal, en cambio, indicaron predilección por los talleres de yoga y terapia de movimiento.

Al referirse a la utilidad que percibían en el dispositivo de talleres, tres de los pacientes entrevistados hicieron referencia a los beneficios de contar con una amplia variedad de actividades y dinámicas – que abarcan lo artístico, lo corporal y lo expresivo en una selección muy similar a la terapia de artes expresivas de Rogers (1993) – ya que consideraban que esto permitía que el dispositivo se adaptara bien a un abanico de personas con situaciones y necesidades diferentes. Llevando esta reflexión un paso más allá, dos pacientes señalaron que creían que lo más importante para poder sacar provecho del dispositivo era que cada uno encontrara lo que le podía aportar cada taller y relacionarlo con lo que le pasaba, utilizando la variedad de ofertas para explorar distintos aspectos del propio proceso. Otro aspecto positivo mencionado fue la calidad del vínculo con los talleristas, la falta de prejuicios, y el respeto que recibían de parte de ellos, reconocida por Rogers (1993) quien la denominó como aceptación incondicional del valor del individuo. En contraposición, uno de los pacientes consideró que los talleres en sí no le servían por su contenido, pero que le resultaba muy útil el dispositivo de hospital de día en su conjunto para tener una rutina diaria con horarios, reglas y responsabilidades (Gisbert, 2002).

A la hora de señalar aspectos negativos de su experiencia en los talleres, las respuestas de los pacientes resultaron más vagas y variadas, a veces enfocadas en aspectos situacionales o muy puntuales de alguna experiencia que habían tenido en

una actividad en particular. En muchos casos los argumentos en contra de un taller consistían en gustos personales – no me gusta actuar, no me gusta escribir, no me sale, me aburro – sin mayor elaboración, revelando cierto empobrecimiento del pensamiento y del lenguaje esperable en esta población de pacientes (Belloch et al., 1999) que fue además percibido a lo largo de las entrevistas, las cuales en general no pudieron sostenerse por más de 10 minutos. Sin embargo, reflejan en algún punto la importancia que reconoce Rogers (1993) en que la oferta de actividades sea estimulante y motive a los participantes a involucrarse.

Uno solo de los pacientes entrevistados había tenido experiencias previas en otros hospitales de día. Refirió que la dinámica de los talleres en el dispositivo al que había concurrido previamente era diferente (declaró que habían sido coordinados por profesionales de la salud mental en su totalidad) pero no pudo señalar ventajas o desventajas puntuales de los modelos. Consideró en cambio que cada uno, de distinta manera, proveía los recursos adecuados y que dependía del paciente hacer buen uso de ellos.

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se describió el dispositivo de talleres de arte que funciona dentro del hospital de día de una institución que trabaja con pacientes con trastornos mentales graves. A partir de información obtenida de la observación, material clínico y entrevistas semi-dirigidas, se considera que pudieron cumplirse los objetivos de analizar desde la perspectiva de los distintos actores – equipo clínico, talleristas y pacientes – las funciones percibidas del dispositivo, como así también las ventajas y dificultades de su implementación con talleristas sin formación clínica.

En primer lugar se describieron las características generales del dispositivo de talleres y cómo se incorpora en el diagrama horario del hospital de día, seguido de una descripción del desarrollo de una jornada típica de los talleres de escritura, musicoterapia, teatro y arte. En cada caso se fueron señalando actividades, dinámicas o situaciones particulares que se consideró que reflejaban funciones previamente atribuidas a la arte terapia en la literatura. El carácter grupal de los talleres, por ejemplo, así como el tipo de actividades propuestas por los talleristas, parecían promover la comunicación con otros (NIHCE, 2009) y el desarrollo de habilidades sociales en los participantes (Kaplan & Sadock, 1999; Shean, 2013). A la vez, se interpretó, de acuerdo a Attard y Larkin (2016), que la naturaleza artística y abierta de las actividades favorecía la creatividad y posibilidad de que los pacientes utilizaran los medios artísticos como forma de expresión. Se observó también el esfuerzo que realizaban los talleristas en escuchar las inquietudes y preferencias de los pacientes con la finalidad de poder proponer actividades interesantes y estimulantes, reconociendo al igual que Rogers (1993) la importancia de que los participantes se encuentren motivados a participar e involucrarse. Sin embargo, el tema de la asistencia de los pacientes a los talleres resultó ir más allá de un simple problema de motivación o interés. Se observó que, al depender en muchos casos de aspectos clínicos tales como sintomatología negativa (APA, 2013) y efectos adversos de la medicación antipsicótica (NIHCE, 2009), el equipo clínico abordaba el tema como parte del tratamiento y las intervenciones eran evaluadas caso por caso.

A continuación, a partir de entrevistas a coordinadores y referentes, se determinaron cuáles eran las funciones que el equipo clínico consideraba que cumplían los talleres dentro del hospital de día. Aquí surgieron tres grandes temas que fueron mencionados con mayor o menor detalle por todos los entrevistados: el debate sobre si los talleres tienen función clínica o no, que refleja el debate existente en la literatura entre una función puramente clínica de los talleres (NIHCE, 2009) y una función de disparadora de intereses y motivadora (Apollon et al., 1997); las funciones asociadas al carácter grupal de los talleres, como ser la resocialización, sentido de pertenencia (Rodríguez González & González Cases, 2002) y aprendizaje de habilidades sociales (Kaplan & Sadock, 1999); y los aspectos terapéuticos del proceso creativo y los nuevos recursos de expresión que podía brindar la arte terapia (Malchiodi, 2013).

En referencia a la formación clínica de los talleristas, la observación y las entrevistas

permitieron inferir que la institución adhiere al modelo de Apollon et al. (1997) que proponen que los talleres de arte se encuentren coordinados por artistas que no formen parte del personal clínico de la institución y ofrezcan clases similares a las que presentan a la población general. Los entrevistados mencionaron ventajas, tales como que estos talleristas tendían a tener menos prejuicios y propuestas más osadas, y la aparición de nuevas conductas generadas por estos espacios percibidos como no clínicos por los pacientes. Si bien no se mencionaron aspectos negativos, hubo consenso en que los talleristas debían poseer ciertas características – empatía, flexibilidad, contención, sensibilidad por el tema de la salud mental – para desempeñarse adecuadamente (Rogers, 1993). Los talleristas, por su parte, pusieron mayor énfasis en el objetivo de promover la creatividad y posibilidades de expresión de los participantes (Attard & Larkin, 2016). Mencionaron la importancia de generar un ambiente lúdico, donde los pacientes no se sientan juzgados por la calidad de sus trabajos (Rogers, 1993), y plantearon como uno de sus objetivos explícitos poder brindar un contenido estimulante y motivador para los pacientes. Al referirse a la necesidad de formación clínica, coincidieron con el equipo clínico en que en general no sentían que esto fuera una desventaja, señalando que pensaban que contar con información clínica de los participantes podía limitarlos durante el taller.

Por último se consultó a algunos pacientes sobre su experiencia en los talleres. En estas entrevistas cada paciente respondió desde sus preferencias personales, indicando los talleres que le gustaban más o menos. Si bien muchas de las razones esgrimidas eran demasiado subjetivas para los objetivos de este trabajo, algunos de los beneficios percibidos mencionados, tales como la conexión con el grupo, la adquisición de nuevas herramientas de expresión, y la calidad del vínculo y respeto que recibían de los talleristas, coinciden con lo referido por referentes y talleristas y se encuentran descritos en la literatura (Attard & Larkin, 2016; NIHCE, 2009; Rogers, 1993).

Una limitación metodológica del presente trabajo es que, al tratarse de un estudio descriptivo cualitativo con fines exploratorios, los análisis realizados y las conclusiones obtenidas parten de percepciones y opiniones subjetivas tanto del observador como de los entrevistados. Además, debe señalarse que se obtuvo poca información sobre modelos de talleres alternativos al propuesto por la institución, debido a las limitaciones de escala y diseño del estudio, y también al hecho de que muy pocos de los entrevistados contaba con experiencia en otros dispositivos de hospital de día. Dado que no se realizó un relevamiento exhaustivo de todos los miembros del dispositivo, no puede determinarse si esto se debió a un sesgo de selección del estudio o a una característica real de esta institución. Está por lo tanto más allá del alcance de este trabajo determinar, por ejemplo, si las funciones y objetivos descritos por los entrevistados se corresponden con beneficios terapéuticos cuantificables, o si existe alguna diferencia de eficacia terapéutica en un taller coordinado por un profesional de la salud frente a uno coordinado por un artista sin formación clínica. Esto correspondería a futuras investigaciones con otra metodología.

Una conclusión interesante de este trabajo fue que durante las entrevistas surgió como una de las condiciones necesarias para sostener un modelo de talleres con coordinadores sin formación clínica que se mantuviera una comunicación fluida y una concordancia de objetivos entre el equipo clínico y los talleristas. Se observó que esto

se priorizaba en la práctica, implementado desde los espacios de supervisión, las reuniones de equipo, y las interacciones diarias. A pesar de esto, como señalaron los talleristas al ser consultados, el consenso fue que la presencia de miembros del equipo clínico durante el desarrollo de los talleres sería contraproducente. A partir de las observaciones realizadas en este trabajo, podría sugerirse que la participación ocasional de los miembros del equipo clínico en los talleres, no en calidad de coordinadores o refuerzo del tallerista, sino como asistentes observadores, tal vez fuera beneficiosa para los pacientes. Los clínicos así podrían mejorar su comprensión de los elementos que se ponen en juego en estos espacios, experimentar directamente las conductas de los pacientes en un contexto diferente y fortalecer el vínculo con los talleristas. En la misma línea, si bien los talleristas coincidieron en señalar que preferían no contar con información clínica específica de sus participantes, sería interesante evaluar la utilidad de brindarles una mínima capacitación clínica general orientada a unificar objetivos, brindar herramientas de respuesta en caso de emergencias y quizás generar nuevas ideas de intervención y actividades posibles. En la práctica, ambos puntos deberían ser previamente discutidos y evaluados en conjunto entre el equipo clínico y los talleristas, a fin de que ambas partes comprendan y acuerden los objetivos y posibles beneficios de estas modificaciones.

En este trabajo se observó que el dispositivo de talleres dentro de un hospital de día puede cumplir funciones en múltiples niveles, tanto individuales, grupales, como sociales, siendo por lo tanto una herramienta con gran potencial para el tratamiento de pacientes con una problemática de reconocida complejidad y que afecta distintas áreas del desempeño de quienes la padecen (Rodríguez González & González Cases, 2002). La mayoría de los miembros de la institución entrevistados coincidieron en remarcar las ventajas de un modelo de talleres con coordinadores sin formación clínica a la hora de cumplir con estas funciones.

Cabe señalar que, aun cuando los talleristas no fueran profesionales de la salud mental y el espacio simulara una exterioridad (Apollon et al., 1997), el encuadre clínico nunca estaba ausente por completo. De las entrevistas y la observación se desprende que todos los participantes de los talleres se apoyaban en la seguridad y contención que les brindaba la presencia del equipo clínico a pocas puertas de distancia, dispuestos a intervenir ante cualquier eventualidad. Puede postularse por lo tanto que es esta contención clínica implícita uno de los pilares que sostienen la viabilidad de este modelo, dependiendo ésta a su vez de una buena comunicación, respeto y confianza entre el equipo clínico, talleristas y pacientes.

Es importante, entonces, ampliar la perspectiva desde la que se estudian este tipo de dispositivos multidisciplinarios y de alta complejidad, donde el foco exclusivo en variables o actores únicos puede limitar la comprensión de la función que cumple la dinámica e integración institucional en la eficacia de los tratamientos brindados a los pacientes.

Queda abierta la pregunta de si existe diferencia de eficacia terapéutica entre ambos modelos. Esta es, sin embargo, una línea de investigación compleja, como demostró la controversia generada por los resultados del estudio de eficacia a gran escala MATISSE, conducido en el Reino Unido (Crawford et al., 2012). Como se señaló previamente, en el caso de cuadros de gran complejidad como lo es el de los

pacientes con trastornos mentales graves, la selección de un número reducido de variables clínicas para evaluar la eficacia tiende a ser subjetivo y depende más de los objetivos buscados por el investigador que de la percepción real de bienestar y beneficio de los pacientes (Attard & Larkin, 2016). Esta frecuente discrepancia entre los resultados cuantitativos de eficacia, y la percepción y experiencia subjetiva de terapeutas y pacientes en estudios cualitativos, es un importante elemento a tener en consideración para investigaciones futuras.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

Apollon, W., Bergeron, D.& Cantin, L. (1997). *Tratar la Psicosis*. Buenos Aires: Polemos S.A.

Attard, A.& Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*, 1-12. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30146-8

Barch, D. M.& Sheffield, J. M. (2014). Cognitive impairment in psychotic disorders: common mechanisms and measurement. *World Psychiatry*, 13, 224-232. doi: 10.1002/wps.20145

Belloch, A., Sandín, B.& Ramos, F. (1999). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw- Hill.

Belloso Roper, J. J. (2012). Intervención psicoterapéutica en el trastorno mental grave. *Clínica contemporánea*, 3(1), 3 - 23. doi: 10.5093/cc2012a1

Bürgy, M. (2008). The concept of psychosis: Historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1200-1210. doi:10.1093/schbul/sbm136

Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., . . . Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *British Medical Journal*, 1-9. doi: 10.1136/bmj.e846

Foot, J. (2014). Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Crit Radic Soc Work*, 2(2), 235-249. doi:10.1332/204986014X14002292074708

Gisbert, C. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Valladolid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Grimson, R. (1983). *La Cura y la Locura*. Buenos Aires: Búsqueda. Grupo de Trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Aragón: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., . . . Zhao, J. (2010). Antipsychotic medication alone versus combined with psychosocial intervention on outcomes of early stage schizophrenia: A randomized, one-year study. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 895-904. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.105

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Marder, S. R. & Carpenter, Jr., W. T. (2006). The NIMHMATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219. doi:10.1093/schbul/sbj053

Lally, J. & MacCabe, J. H. (2015). Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *British Medical Bulletin*, 1-11. doi: 10.1093/bmb/ldv017

Malchiodi, C. A. (2003). *Handbook of Art Therapy*. New York: The Guilford Press.

Marchant, N. F. (2002). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ananké.

Meltzer, H. Y. (2013). Update on typical and atypical antipsychotic drugs. *Annual Reviews in Medicine*, 64, 393-406. doi:10.1146/annurev-med-050911-161504

Morrisette, D. A. & Stahl, S. M. (2011). Affective symptoms in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8(1-2), 3-9. doi: 10.1016/j.ddstr.2011.10.005

National Institute for Health and Care Excellence. (12 de Febrero de 2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Recuperado de nice.org.uk/guidance/cg178

National Institute of Health and Care Excellence. (2009). *Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update)*. Leicester: British Psychological Society.

National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*. Washington, DC.

Proyecto Suma. (2017). *Hospital de día*. Recuperado de <http://www.proyectosuma.org/2014/area-clinica/hospital-de-dia/>

Rodríguez González, A.& González Cases, J. (2002). *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de Personas con Enfermedad Mental Crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid: Comunidad de Madrid - Conserjería de Servicios Sociales.

Rogers, N. (1993). *The Creative Connection. Expressive Arts as Healing*. Palo Alto, CA: Science & Behaviour Books, Inc.

Shean, G. D. (2013). Empirically based psychosocial therapies for schizophrenia: The disconnection between science and practice. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1-8. doi: 10.1155/2013/792769

US National Library of Medicine. (23 de Octubre de 2016). *MedlinePlus*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/psychoticdisorders.html>

Whitelaw, C. A.& Perez, E. L. (1987). Partial hospitalization programs: a current perspective. *Administration in Mental Health*, 15(2), 62-72. doi: 10.1007/BF00819347