



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

**Abordaje y Tratamiento de Los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia en
un dispositivo ambulatorio, desde una perspectiva psicoanalítica.**

Hamze, Florencia Genara

Tutor: Mustar, Marcos

18 de junio de 2018

1. Introducción	4
2. Objetivo General	5
2.1. Objetivos Específicos	5
3. Marco teórico	6
3.1 Aproximación a concepto de psicosis en el Psicoanálisis.	6
3.2. Delirio y sus implicancias en el sujeto.	9
3.3. Diferencias entre Delirio y Alucinaciones.	11
3.4. Consideraciones respecto a modificaciones en el DSM-5.	11
3.4.1 Criterios diagnósticos de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia en el DSM-5.	12
3.5. Tratamiento de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.	14
3.5.1. Tratamiento Psicofarmacológico de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.	15
3.5.2. Tratamiento Psicológico de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.	17
3.5.2.1. Terapia Psicoanalítica.....	18
3.5.3. Tratamiento en Hospital de Día de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.	20
3.5.3.1. Abordaje de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia en talleres de arte.....	26
4. Metodología	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Participantes	28
4.3 Instrumentos	29
4.4 Procedimiento	29
5. Desarrollo	31
5.1. Describir la organización y el funcionamiento de un dispositivo ambulatorio de alta frecuencia para personas con trastornos psicóticos desde un encuadre psicoanalítico.	31
5.2. Analizar la importancia de los talleres artísticos ofrecidos en la institución como complementos benéficos a la terapia psicoanalítica, para el tratamiento de psicosis y esquizofrenia, de acuerdo con la opinión fundada de los profesionales que	

3		
	componen el dispositivo.	39
	5.3. Analizar la importancia de los espacios de desayuno y asamblea que comparten los profesionales y pacientes como complementos benéficos a la terapia psicoanalítica, para el tratamiento de psicosis y esquizofrenia, de acuerdo con la opinión fundada de los profesionales que componen el dispositivo.	44
6.	Conclusiones	49
6.1	Resumen.....	49
6.2	Limitaciones	51
6.3	Perspectiva Crítica y Aporte Personal	52
6.4	Nuevas Líneas de Investigación.....	54
7.	Referencias Bibliográficas.....	55
8.	Anexos.....	60

1.Introducción

La práctica profesional se desarrolló en un centro de asistencia psiquiátrica de modalidad de Hospital de Día (HdD), situado en el Barrio de Palermo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo corresponde a una organización civil sin fines de lucro, de asistencia a personas con sufrimiento mental enfocada en el mejoramiento de su calidad de vida. Este, es un dispositivo indicado para trastornos psiquiátricos agudos tales como la psicosis, trastornos afectivos, de personalidad y de angustia severos, que pueden presentarse en momento agudo siendo una alternativa a la internación o cuando no se ha logrado una completa estabilidad luego de internaciones psiquiátricas, cuando se presenten problemas vinculares sociales o familiares o si se observa inestabilidad en la adherencia a otros tratamientos.

El HdD apunta no solo a la estabilización clínica, sino también a la recuperación de intereses, motivaciones, implicancia en el propio tratamiento, la problemática familiar y el armado de un proyecto adecuado a los intereses y necesidades de las personas que asisten.

Además de las terapias psicoterapéuticas (grupales e individuales), asambleas y comidas que ofrece la institución, se encuentran variados talleres que hacen énfasis en los objetivos mencionados tales como: artístico expresivos, teatro, pintura, musicoterapia, fotografía y escritura, corporales incluyendo yoga, terapia de movimiento.

Si bien la institución incluye diversidad de trastornos psicopatológicos, se observó en extensa mayoría la presencia de pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico o Esquizofrenia.

El interés puesto en la psicopatología mencionada emerge de la complejidad de esta y de la importancia de un abordaje psicoanalítico que aporte mayor comprensión al cuadro psicopatológico, considerando la incorporación de talleres terapéuticos expresivos además de áreas que permitan experiencias de socialización y vinculación, como benéficos para el mejoramiento de la salud global del paciente.

2. Objetivo General

Indagar el funcionamiento del dispositivo ambulatorio como tratamiento alternativo para personas padecientes de trastornos psicóticos, desde un encuadre psicoanalítico con la inclusión de talleres expresivos como dispositivos beneficiosos para el tratamiento.

2.1. Objetivos Específicos

- Describir la organización y el funcionamiento de un dispositivo ambulatorio de alta frecuencia para personas con trastornos psicóticos desde un encuadre psicoanalítico.
- Analizar la importancia de los talleres ofrecidos en la institución como complementos benéficos a la terapia psicoanalítica, para el tratamiento de psicosis, de acuerdo con la opinión fundada de los profesionales que componen el dispositivo.
- Analizar la importancia de los espacios de desayuno y asamblea que comparten los profesionales y pacientes como complementos benéficos a la terapia psicoanalítica, para el tratamiento de psicosis, de acuerdo con la opinión fundada de los profesionales que componen el dispositivo.

3. Marco teórico

3.1 Aproximación a concepto de psicosis en el Psicoanálisis.

Las observaciones psicoanalíticas que realiza Freud en 1910, sobre el caso “Schreber”, permiten una aproximación al concepto de *psicosis*. Allí se describe el proceso regresivo que realiza la libido, donde ésta ya no invierte objetos exteriores, sino que se retrotrae en el yo escindido del sujeto, abandonando así totalmente el amor objetivado y retornando al autoerotismo infantil tal y como sucede en el narcisismo primario (Freud, 1910-1911). Freud adhiere en su Lección XXVI: “La teoría de la libido y El Narcisismo” dictadas en 1917, a las concepciones de K. Abraham (1908), quien hacía referencia a la demencia precoz, situada dentro de las psicosis, con el común de la ausencia de revestimiento libidinoso de los objetos, siendo así el yo, lugar de la libido retrotraída. Este proceso también tiene lugar en las neurosis; la diferencia residirá, que en la neurosis el yo obedece las exigencias del súper yo y la realidad, adecuándose a ella dentro de sus posibilidades; y en la psicosis, el yo se encuentra bajo dominios del ello, produciéndose una ruptura entre yo y realidad, que genera una nueva realidad constituida por el delirio, en relación con los deseos del ello, actuando como renegación de la propia castración, abandonando la libido de los objetos exteriores y reemplazándolos con el yo. El autor introduce entonces el concepto de renegación de la castración, como un mecanismo original de rechazo de la realidad.

El concepto de renegación fue desarrollado por Lacan, como aquel mecanismo específico en la génesis de la psicosis, caracterizada por un repudio o rechazo primordial de un significante fundamental, expulsándolo así del universo de lo simbólico. Por lo que no sería meramente un rechazo tal cual lo menciona Freud, sino que prefiere utilizar el término de forclusión aludiendo al repudio del significante. De acuerdo con los postulados Lacanianos, la importancia del significante con relación a la economía del deseo reside en su valor constituyente del sujeto. Este autor retoma en su teoría formulaciones Batesonianas, respecto del origen de la psicosis, dando gran importancia a la relación vincular entre madre y niño, la cual se da mediante una comunicación centrada en la significación, y que al presentarse de manera discordante, es decir en forma de comunicación de doble vínculo, resulta desgarrador en la relaciones del infante y su madre, donde el pequeño no logra descifrar el comportamiento ambivalente de la madre (dado que en su mensaje se encuentran dos elementos contradictorios) lo que significaría la génesis de un trastorno psicótico en el niño. Estos dos mensajes simultáneos en la misma emisión forman una dialéctica de

doble sentido que genera en el sujeto una posición donde “se encuentra en un callejón sin salida” (Lacan, 1957-1958)

Winnicott (1965), también puntualiza detalladamente como la relación con una madre “suficientemente buena” permite al *infans* un desarrollo capaz de dominar al ello, de modo que sus identificaciones fortalezcan su yo. La palabra *infans* permite denominar al niño en un periodo pre edípico, en el cual, éste no habla ni emplea símbolos verbales. Su estado primitivo de constitución yoica y de indefensión, lo hacen absolutamente dependiente de los cuidados maternos basados en la empatía. Este periodo resulta esencial para el desarrollo del yo del infante con su rasgo principal el de su integración. En esta etapa el infante requiere de una provisión ambiental que logre satisfacer sus necesidades fisiológicas las cuales aún no son diferentes a las psicológicas ya que están en proceso de diferenciación, y que se presente de manera confiable indicando empatía por parte de la madre, más que una respuesta constante y presente. Se destacan así las acciones de “*holding*” y “*Handling*”, es decir de sostén y maneje, en donde la madre no solo satisface las necesidades fisiológicas, sino que se presenta de manera confiable y empática, siendo el sostén una forma de amar y demostrarle al infante que es amado. Aquellas madres que no logran estas acciones generaran en el infante sensaciones de inseguridad y llanto angustiado.

A través de cuidado materno y el yo de la madre instrumentando al yo del infante, empoderándolo y brindándole estabilidad, se logra que progresivamente pueda diferenciarse en un self personal separado del yo auxiliar materno. Se asegura así la importancia de la madre suficientemente buena con relación al desarrollo del yo del infante y su separación con el yo auxiliar materno, sin embargo, el autor especifica que aquella presencia constante de la madre frente a las necesidades del niño puede ser tanto benéfica como iatrogénica si se hace de manera avasallante. Queda claro entonces la importancia de que la madre pueda comprender las necesidades de la criatura, con la mejor exactitud posible mientras se encuentre fusionado con ella, no obstante, si esta se antecede a todo gesto creativo, llanto o protesta que pudiera efectuar el infante para lograr la satisfacción de sus necesidades, hace algo peor que castrar, sino que presenta al infante alternativas como la regresión que representa una fusión total con la madre o un rechazo total a ella. Por lo tanto, la madre debe captar los cambios fisiológicos y psicológicos del infante como también los suyos, mediante la identificación que tiene con el infante desde el momento de concepción, abandonando progresivamente dicha identificación cuando el infante lo requiera, proporcionando un buen cuidado inicial que permita que el proceso llegue a su fin (Winnicott, 1965).

Melanie Klein remite a Freud desde la concepción de existencia de un yo temprano, ya que se encuentran mecanismos de defensas primarios. El yo si bien esta

en primer momento desorganizado utiliza primitivas relaciones objetales desde la fantasía y en la realidad, lo que permite establecer mecanismos defensivos como la deflexión del instinto de muerte y la relación alucinatoria. Al igual que los autores mencionados, Klein detalla como el yo inmaduro del bebé, se ve expuesto a ansiedades debido a la polaridad de instintos, generadas por el conflicto entre la pulsión de vida y de muerte, estando además expuesto a la realidad externa la cual es otra fuente de ansiedades, pero también de supervivencia. Por lo tanto, la función materna, resulta nuevamente primordial en la constitución yoica del bebé, brindándole amor, calor y alimento. Para solventar el conflicto, el yo se escinde y proyecta pulsión de muerte, volcándola en un objeto original percibido como amenazador: el pecho malo, que origina sentimientos de persecución; a su vez, establece relaciones con el objeto ideal, el pecho bueno, en el cual proyecta líbido a fin de crear un objeto que pueda satisfacer su pulsión de vida. Esta disociación del objeto primario persecutorio y la fantasía del ideal radica en que la persecución se une a experiencias de privación y dolor que el bebé atribuye a objetos dañinos, y la fantasía del objeto ideal se acopla a través de experiencias gratificadoras del ser amado y amamantado por la madre, confirmándola, siendo así caracterizada la posición esquizo-paranoide que la ansiedad que predomina es paranoide y el estado del yo en relación con los objetos es una escisión esquizoide. (Segal, 1964)

Abordando lecturas Kleineanas, Segal (1964), menciona que lo necesario para el desarrollo de la posición depresiva, reside en que las experiencias buenas vividas por el infante predominen por sobre las malas, lo que dependerá de factores tanto internos como externos. Esta predominancia permitirá al yo, confiar en la prevalencia de los objetos ideales por sobre los persecutorios, desarrollándose una prominencia de la pulsión de vida sobre la de muerte; de esta manera el infante comienza a identificarse con el objeto ideal: el pecho bueno, generándose una mayor capacidad para enfrentarse a la ansiedad, sin recurrir a mecanismos de defensa violentos; asimismo el miedo por los objetos persecutorios y la escisión que se encontraba entre estos y aquellos objetos ideales, comenzará a disminuir, por encontrarse en una relación más cercana con el objeto ideal, reduciendo de esta forma el temor de su propia agresión. Es así como durante la posición depresiva, el bebé logra progresivamente distinguir cada vez mejor entre lo que es y lo que no es su yo.

Sin embargo, cuando son las experiencias malas las que predominan sobre las buenas, la constitución yoica será muy distinta e incluso patológica, como se puede observar en las psicosis. El autor refiere que el sujeto esquizoide, se concibe rodeado de objetos hostiles, ya que su aparato perceptual se encuentra afectado de modo tal,

que sus vínculos con la realidad están cortados y su capacidad de establecerlos e integrarlos se ha deteriorado (Segal, 1964).

Es así como la escisión, la identificación proyectiva y la idealización son la defensa esquizo-paranoides que ejercen sobre el pensamiento y la formación de símbolos, confundiendo el self con el objeto. A través de la posición depresiva aquellos impulsos ambivalentes se dirigen hacia el pecho que lo frustra, pero unido también a lo que lo gratifica y paulatinamente esta integración hace que sienta odio y amor por el mismo objeto, estos cambios derivan de una mayor capacidad para asimilar experiencias, transformando su preocupación de supervivencia en interés por el objeto del cual depende, brotando sentimientos de pérdida y culpa propios del duelo. Esto deviene en un perfeccionamiento de la simbolización, posible cuando el pensamiento se desprende de lo concreto (Segal, 1964).

Los aspectos relevantes de las experiencias vividas por el yo prematuro que conllevan a su organización o fragmentación son retomadas por Bion, quien destaca en el funcionamiento psicótico la coexistencia de una predisposición innata adversa con la que el bebé debe interactuar además en un medio hostil. La no resolución del conflicto entre pulsión de muerte y de vida genera una primacía de impulsos destructivos que son determinantes en la fragmentación del yo. Nuevamente se requiere focalizar en la relación entre infante y madre donde el ingreso de proyecciones se ve entorpecido (O'Shaughnessy, 1983, citado en Anderson, 1992).

En situaciones de excesiva ansiedad persecutoria, el individuo ve amenazada su supervivencia por lo cual generará una fragmentación defensiva, lo que deriva en la creación de objetos bizarros, refiere Bion, que aumentan los sentimientos persecutorios; lo cual puede observarse en la clínica con estados de pánico, confusión, despersonalización y pérdida de contacto con la realidad que conforman alucinaciones (Steiner, 1987, citado en Anderson, 1992).

3.2. Delirio y sus implicancias en el sujeto.

A través de las lecturas comprensivas del caso Schreber (Freud, 1910-1911), es posible dar cuenta de la intención de descripción de la sintomatología psicótica del autor y como el delirio se presenta, pero además la separación de Freud con la psiquiatría tradicional, ya que la formación delirante, concebida como algo que aleja al sujeto de la realidad y vista como error, corresponde a un intento reconstitutivo, que busca de alguna forma recomponer los significantes faltantes y puede ser interpretado como un intento de cura del psicótico. Se encuentra así en el neurótico lo cancelado, como aquello que está reprimido, que genera falta porque anteriormente hubo una presencia, representando aquello perdido que a través del delirio busca compensar la

pérdida que no puede ser tolerada, contraponiéndose claramente en la psicosis como aquello que falta por mecanismo de forclusión, de aquello que nunca estuvo, y donde el síntoma de delirio intenta construir lo que nunca fue inscripto en significantes.

En su intento de delimitar el concepto de delirio, Fernández (1989), menciona, que, si bien el término desde una definición psiquiátrica es caracterizado, por el alejamiento de la realidad y el error de juicio, no es exclusivo síntoma del psicótico, sino que también se encuentra en la neurosis. Adhiriendo a los textos freudianos refiere que no solo el psicótico se aleja de la realidad, sino que también lo hacen los neuróticos, sin embargo, se diferencia del delirio en la psicosis, en con qué esté reemplazado el desplazamiento de la realidad. Algo en lo que también coincide con los escritos de Lacan, de que “todos tenemos algo de delirantes” (Lacan, 1955-1956), a pesar de denominar este síntoma como fenómeno fundamental del psicótico. Por lo tanto, las diferencias del delirio, la autora las explica desde concepciones psiquiátricas de *delirium* y de *Wahnn*. El primero correspondiente a orígenes tóxicos, como lo es el *delirium tremens* u orgánicos o por efectos de medicaciones como lo son los delirios confucionales, distinción característica de la psiquiatría. El *Wahnn*, denomina desde el alemán, específicamente a un delirio propiamente psicótico. La autora destaca consideraciones de Jaspers en relación con el concepto alemán mencionado, el cual parecería presentársele tres condiciones: la de convicción, donde el paciente afirma con certeza su delirio, el no ser influenciables por la experiencia por lo que resultan irrefutables, y la imposibilidad del contenido (Fernández, 1989).

Si desde la visión de la psiquiatría el delirio estaba conceptualizado como aquello que alejaba de la realidad al sujeto y actuaba a manera de error, Freud se separa de esta concepción en 1907 en su trabajo sobre “El delirio y los sueños en La Gradiva de W. Jensen”, equiparando la formación sintomática del delirio a la del sueño, compartiendo una estructura de formación similar. Afirmando entonces Fernández (1989) al igual que Freud, que aquellas fantasías presentes en el delirio psicótico han alcanzado una creencia de tan amplia magnitud que comanda el accionar global del sujeto. Si bien, delirio y sueño provienen de una fuente común: lo reprimido, el primero no puede ser desalojado de la conciencia cuando el sujeto despierta, tal como sucedería en el sueño y al no poder ser desalojado de lo consiente durante la vigilia, domina la conducta del sujeto (Freud, 1905-1915).

Por lo tanto, el mecanismo esencial de la psicosis será para psicoanalistas tales como Freud, como para Fernández, Lacan y Jaspers, un intento mediante el delirio, de una construcción de lo omitido que, por su característica ausencia, nunca estuvo. Por lo que es posible aseverar que para que el psicótico pueda establecer algo del orden de lo negado, debe actuar por esta vía sintomática delirante.

3.3. Diferencias entre Delirio y Alucinaciones.

Desde el marco psicoanalítico se sostiene como denominador común en la psicosis, a aquellos síntomas manifiestos, especialmente los de carácter delirante, leídos como aquellas tentativas de restauración del lazo objetal, este proceso es desencadenante en la vida adulta teniendo origen en las relaciones vinculares del sujeto desde su infancia, en donde su madre no pudo establecer acciones suficientemente buenas para el desarrollo psíquico óptimo del sujeto (Laplanche & Pontalis, 2012).

Tanto el delirio como las alucinaciones serán características claves desde el DSM para la elaboración del diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos. El primero será definido como aquella creencia fija no susceptible a cambios a pesar de las pruebas en su contra, y su contenido puede abarcar distintos temas tales como los persecutorios, somáticos, referenciales, religiosos etc. Además, aquellos que sean inverosímiles, incomprensibles o no emanen de experiencias corrientes de la vida son denominados extravagantes. Estos últimos expresan pérdida de control de la mente y el cuerpo del sujeto. Por otro lado, las alucinaciones, corresponden a percepciones sin presencia de estímulo externo, vividas y claras como las percepciones normales, sin control voluntario, que se presentan desde cualquier espectro sensorial, y se debe hacer diferencia de acuerdo con el contexto en el que se produzcan, siendo consideradas normales la que se producen en la conciliación del sueño o las de índole religioso dependiendo del marco cultural (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Por lo que estas definiciones, coincidirán con lo antedicho desde la perspectiva psicoanalítica de la fuerza de dominación que ejerce sobre la conducta del sujeto, de esos síntomas delirantes.

3.4. Consideraciones respecto a modificaciones en el DSM-5.

En la edición actual del DSM-5 (APA, 2013) se encuentran varias revisiones que modifican considerablemente la anterior edición publicada en 1994, ya que, a través de los avances de la neurociencia, ciencia clínica y necesidades de la salud pública, se identificaron discrepancias en el sistema de clasificación y criterios que se indicaban. Estas, tienen como objetivo superar aquellas limitaciones presentes en el DSM-IV integrando nuevas evidencias científicas acerca de los trastornos psiquiátricos para contribuir a un mejoramiento del diagnóstico, pronóstico y toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013).

Se tiene en cuenta que solicitar a los profesionales el aceptar esta perspectiva dimensional corresponde a una ardua tarea por parte de estos implica una modificación de sus enfoques y abordajes clínicos, es sin embargo una manera que

beneficiara la comprensión de causas y tratamientos de los trastornos psicóticos (Bearch et al., 2013).

3.4.1 Criterios diagnósticos de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia en el DSM-5.

Dentro de la Sección II del DSM-5 en su apartado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” se encuentran las características claves que definen a los trastornos psicóticos, siendo estas la presencia de sintomatología positiva incluyendo:

-Delirios, los cuales se caracterizan como creencias fijas no susceptibles a cambio a pesar de pruebas en su contra, de contenido diverso ya sea persecutorio, referencia, somático, religioso o de grandeza.

-Alucinaciones, siendo estas percepciones que tienen lugar sin una presencia de estímulo externo, claras y con el mismo impacto de que tienen las percepciones normales, no sujetas al control voluntario que pueden darse en cualquier modalidad sensorial, siendo las auditivas las más frecuentes en la esquizofrenia y trastornos relacionados.

-Pensamiento y Comportamiento desorganizado o anómalo, siendo claramente observable mediante el discurso por fluctuar de un tema a otro brindando también respuestas indirectamente relacionadas o no e incluso ser incomprensible, semejante a una afasia sensorial, y desde lo comportamental se perciben problemas para llevar a cabo actividades, tonterías “infantiloides” o agitación impredecible.

Y sintomatología negativa, la cual es más predominante en la esquizofrenia, incluyendo:

-Disminución de expresión emotiva y abulia, la cual refiere a una expresión disminuida de emociones de la cara, entonación del habla y contacto ocular.

-Alogia, presentándose una notoria reducción del habla.

-Anhedonia, manifiesta como disminución para experimentar placer expresión emotiva disminuida.

-Retraimiento social ya sea por la falta aparente de interés en la interacción social que puede relacionarse con la abulia que presentan o por faltas de oportunidad para ello (APA, 2013).

Además de los distintos tipos de trastornos que pueden presentarse con sus respectivas diferencias.

Una modificación importante para tener en cuenta en este apartado es que el trastorno esquizotípico se encuentra dentro de los “trastornos de personalidad” pero se menciona también dentro del espectro de la esquizofrenia (APA, 2013).

Por motivos de relevancia temática, se abordarán solo los criterios para cada trastorno mencionado en el apartado, que compartan la sintomatología observada durante la práctica, relegando el trastorno psicótico breve, inducido por sustancias, debido a otra afección médica, catatonia asociada a trastorno mental, trastorno catatónico debido a otra afección médica y catatonia no especificada, ya que el dispositivo en el cual se realizó la práctica solo admite pacientes agudos, con sintomatología crónica o con alta presencia temporal en la vida del sujeto.

Se deberá descartar para la correcta realización diagnóstica, efectos producidos por cualquier sustancia o afección médica. Por lo tanto, se destaca el trastorno delirante, caracterizado por uno o más delirios de un mes o más duración, donde si hubiese presencia de alucinaciones, estas no son relevantes y están relacionadas con la temática del delirio, el funcionamiento y comportamiento no se encuentra muy alterado ni se presenta de forma extraña. Resulta relevante especificar si es de tipo erotomaniaco, de grandeza, celotípico, somático, mixto, no especificado o persecutorio. El trastorno esquizofreniforme, requiere dos o más síntomas claves para el diagnóstico de trastorno psicótico, de significativa predominancia durante un mes (si es que fue tratado con éxito) y teniendo en cuenta que al menos uno de ellos debe ser de carácter positivo tales como alucinaciones, delirios o discurso desorganizado. Y la esquizofrenia, donde en el nuevo manual de diagnóstico, se han mantenido los síntomas característicos a los trastornos psicóticos como criterios eficaces para Esquizofrenia (APA, 2013).

Sin embargo, se encuentran también algunas diferencias ya que se han eliminado los subtipos diagnósticos, por su baja fiabilidad y validez, por lo tanto, los que permanecen son: la presencia significativa durante al menos un mes, de dos o más síntomas tales como: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, o síntomas negativos, donde al menos uno de estos debe corresponder con cualquiera de los primeros tres mencionados, además el nivel de funcionamiento laboral, relacional y de cuidados personales debe verse disminuido en comparación con el nivel anterior que presentaba previo al inicio de la sintomatología, y sus signos deben persistir por al menos seis meses, donde al menos uno debe presentar sintomatología positiva, pudiendo en los otros presentar

síntomas residuales (APA, 2013; Rodríguez-Testal, Senín-Calderón, & Perona-Garcelán, 2014).

A nivel mundial son 21 millones de personas las que padecen esquizofrenia, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, y debido a sus características sintomáticas, presentan un notorio deterioro en las áreas sociales, educativas y laborales, como también se ven comprometidos en sus derechos, tanto en comunidades como en instituciones de salud, por el alto grado de estigmatización aparejada a la enfermedad. Sin embargo, a pesar de ser un trastorno grave, el abordaje farmacológico y psicosocial se ha demostrado muy favorable y ha sido conceptualizado en el Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud Mental 2013-2020, respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, donde se hace hincapié en formas de promoción de servicios adecuados a las personas con trastornos mentales y prestación desde las instituciones, a la población general (OMS, 2016).

3.5. Tratamiento de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.

Desde la OMS se define a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, no solamente relativo a la ausencia de enfermedades, por lo que la salud mental corresponde al estado de bienestar en donde el sujeto posee capacidades de afrontamiento necesarias frente a las diversas tensiones que sucedan en su vida, pudiendo desenvolverse de forma productiva y logrando una contribución a su comunidad; es por esto que el abordaje de psicopatologías debe ser desde la clínica y la psicología, como también presentar, un encuadre que abarque el marco social laboral y educativo del sujeto (OMS, 2013).

Teniendo en cuenta la definición mencionada, el tratamiento de la esquizofrenia y trastornos psicóticos, se debe asumir como meta principal el control de la sintomatología presentada, pudiéndose lograr un descenso tanto de gravedad como de la frecuencia de los episodios psicóticos y evitando recaídas, de manera tal que se logre un aumento en la calidad de vida de los pacientes, como también ofrecer herramientas terapéuticas que faciliten la integración laboral- educativo, y el trabajo vincular social y familiar de los pacientes (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000).

3.5.1. Tratamiento Psicofarmacológico de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.

Gracias al avance farmacológico en el desarrollo de antipsicóticos más efectivos y con menores efectos adversos, el tratamiento integral de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se ha visto muy beneficiado. Los antipsicóticos pueden diferenciarse en tres grandes grupos, siendo estos los típicos, o de primera generación dada su aparición cronológica, los atípicos o de segunda generación, los cuales son compuestos evolucionados de los primeros y los antagonistas parciales dopaminérgicos, siendo estos últimos dos aquellos que brindan mayor eficacia en la remisión sintomática y tienen menores efectos secundarios graves tales como extrapiramidales, discinesias tardías, sedación excesiva, entre otros. También poseen influencia sobre síntomas negativos, afectivos y cognitivos que no resuelven a su alcance los antipsicóticos típicos por enfocar sus efectos en síntomas positivos (Alberdi Sudupe et al., 2008; Tajima, Lopez-Ibor, Carrasco & Diaz-Marsa, 2009).

El abordaje farmacológico de la esquizofrenia resulta ser uno de los factores principales, sobre todo en la fase aguda y altamente recomendado durante el periodo de mantenimiento de la enfermedad, debido a la notoria disminución sintomática en el 60% de los pacientes, teniendo en cuenta un 40% de mejoría leve y solo un 10% que no presentan mejoría o manifiestan empeoramiento; siempre y cuando se complemente con tratamientos que brinden intervenciones de índole psicológicas y socializadoras.

Los índices de mejoría sintomática presentados en las investigaciones de Lieberman et al. (2005) también demostraron mayor adherencia al tratamiento y menor aparición de efectos adversos, mediante la utilización de antipsicóticos de segunda generación tales como la Olanzapina. Otro factor importante para tener en cuenta en el tratamiento y evolución positiva de los pacientes es su adherencia al mismo la cual esta mermada por el grado de conciencia que poseen los pacientes al momento del inicio y durante el tratamiento, la cual puede fluctuar generando una gran dificultad de adherencia. Sin embargo, aquellos pacientes con buena introspección y apoyo sociofamiliar corresponden a al 90% de asistencia al control médico (María Gutiérrez-Achury et al., 2015).

Para un abordaje pertinente de los trastornos psicóticos, la Organización Mundial de la Salud (2004) sugiere determinar la fase en la que se encuentra el trastorno siendo aguda o de mantenimiento, como también tener en cuenta los posibles efectos adversos que cada antipsicótico podría presentar. En la fase aguda la indicación de clorpromacina y haloperidol muestran grandes mejoras en síntomas

positivos tales como alucinaciones, delirios y alteraciones del pensamiento como también en la capacidad de sociabilizar y comportamentales. Para aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia o trastorno psicótico donde se requiera un mantenimiento, la utilización de antipsicóticos de depósito intramusculares como el decanoato de flufenacina puede prevenir un nuevo episodio e incluso un empeoro o cronicidad de la patología, y al ser por medio inyectable facilita la adherencia ya que la administración alternativa de medicación por vía oral puede ser poco fiable. En situaciones en las cuales se vea oportuna la retirada de medicación o cambio por otra, de evaluarse los beneficios para la salud del paciente y lograrse desde una observación atenta para evitar recaídas.

La utilización de clozapina, resulta muy eficaz para el tratamiento de esquizofrenia, sin embargo, sus indicaciones deben ser controladas y no de primera opción debido a sus altos efectos adversos, entre ellos: problemas renales, miocarditis y agranulocitosis (Ng, Kennar & Uetrecht, 2014).

Afortunadamente dentro de los antipsicóticos de segunda generación, se encuentra la quetiapina, que presenta una menor incidencia de los efectos adversos antes mencionados como también de extrapiramidalismo y ausencia de hiponatremia y agranulocitosis, además de que sus desventajas disminuyen progresivamente luego del cese de toma de la medicación (Gunasekara & Spencer, 1998).

Los antipsicóticos resultan ser una herramienta fundamental en abordaje de trastornos mentales graves como los psicóticos y la esquizofrenia ya que actúan en aquellos procesos neuroquímicos afectados por la enfermedad dado que actúan como antagonistas de receptores dopaminérgicos. Los neurolépticos tales como la clorpromazina y derivados corresponden a un alto nivel de éxito de remisión sintomática a pesar de sus efectos adversos y contrario a lo que se presuponía, gracias a investigaciones realizadas en la actualidad, la utilización prolongada de este fármaco no correlaciona con un aumento de la mortandad de los pacientes tratados. Incluso resulta riesgoso para la salud del sujeto la no indicación de dicha medicación, ya que conlleva a la cronicidad o empeoramiento de todas las alteraciones que la patología presenta, lo que hace necesaria la prescripción temprana, incluso en etapas tempranas de inicio sintomático (Pol Yanguas, 2015).

Dado que los efectos secundarios de los fármacos mencionados ejercen gran incidencia en la calidad de vida, contribuyen a los factores que dificultan la adherencia al tratamiento y el bienestar integral del sujeto, los profesionales deben elaborar un plan farmacológico adecuado a las necesidades del paciente teniendo en cuenta estos aspectos en función del beneficio del paciente. También debe estimularse la capacitación y participación del sujeto en su tratamiento para lograr un mejor

cumplimiento de las indicaciones psicofarmacológicas, ya que métodos coercitivos no solo son de comprobada ineficacia sino de ética cuestionable. Dada la complejidad de la patología que determina una falla en la adherencia y continuidad del tratamiento, incluso con la indicación de toma de antipsicóticos orales, sigue siendo entre un 50 y un 90%, por lo que se requiere elaborar nuevas estrategias de abordaje que resulten más efectivas. Entre estas puede encontrarse la medicación de depósito, el cambio por otra medicación que resulte más efectiva, dentro de un marco de colaboración con el paciente desde una consolidada alianza terapéutica (Caqueo-Urizar, Urzúa & Rus-Calafell, 2017; Perez Escudero et al., 2010).

3.5.2. Tratamiento Psicológico de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.

El tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos debe ser farmacológico y psicosocial. Se recomienda empezar con programas individuales y comunitarios para reaprender viejas habilidades, desarrollar nuevas, y aprender a enfrentarse con la enfermedad. Además, su abordaje debe permitir la inclusión de tantas disciplinas como requiera el paciente para lograr una atención global y mejoría notoria de su calidad de vida, por lo que es recomendable el trabajo no solo mediante terapias individuales, sino también grupales, desde cualquier teoría psicológica que lo permita y haya resultado beneficiosa para el tratamiento (de acuerdo con sus capacidades y limitaciones). Se deberá también abarcar todas las áreas comprometidas del paciente desde lo orgánico hasta lo psicológico y social, comprendiendo la salud como una interrelación entre estas, trabajando con aquellas familias afectadas por la enfermedad como también brindando servicios de contención, psicoeducación, información y capacitación que promuevan actitudes inclusivas y antidiscriminatorias a instituciones, profesionales y población general. Logrando así un enfoque global de la patología, abordando de esta forma todos los efectos perjudiciales que puedan presentarse (Organización Mundial de la Salud, 2004; National Institute for Clinical Excellence, 2014).

3.5.2.1. *Terapia Psicoanalítica*

En el inicio de las teorizaciones freudianas, sus desarrollos teóricos se enfocaban en una clínica psicoanalítica dirigida a abordar los malestares propios de estructuras psíquicas neuróticas, bajo la concepción de que aquellos sujetos de estructura psicótica se encontraban demasiado alejados de la realidad para el alcance psicoanalítico, a pesar de esto Freud (1925) menciona que su estudio podía aportar grandes conocimientos. En la actualidad, gracias a la multiplicidad de estudios acerca del tratamiento de psicosis y esquizofrenia, proliferación de modalidades teóricas de aplicación técnica y el constante desarrollo de la evolución farmacéutica, el psicoanálisis pudo nutrirse para lograr abordajes eficaces en psicopatologías severas. Dependerá del psicoanalista, trabajar sobre sus propios mecanismos defensivos y aceptar o no la apertura a los desarrollos modernos para enriquecer práctica clínica, ya que la complejidad de la patología psicótica presenta resistencias no solo por parte del paciente (Yrjo, Gonzalez de Chavez, Silver & Martindale, 2008).

Federn (1947) ha centrado sus trabajos en la importancia del vínculo transferencial positivo entre el paciente psicótico y su analista para lograr objetivos benéficos, destacando la necesidad de comprensión empática del sujeto. Demostrando la capacidad de los pacientes de establecer un vínculo transferencial, y que la retirada libidinal de los objetos y el alejamiento de la realidad no es total. Además, el autor sostiene que el rol del analista debe corresponder a una actitud empática y sincera, que no genere persecución en el sujeto, abandonando en el análisis la utilización de asociación libre y diván; pudiendo percibir el significado de las producciones para vislumbrar el inconsciente, lo que implica una presente capacidad del paciente de comprender sus conflictos con el mundo que percibe tan hostil.

Las implicancias de la clínica psicoanalítica aceptan conceptualizaciones tales como la de Abraham, Anna Freud, Melanie Klein y Winnicott, entre otros, reconociendo la génesis de los trastornos psicóticos, como de muchos otros, en relación estrecha con experiencias traumáticas en estadios tempranos del desarrollo emocional del sujeto. Ello es completamente certero y demostrado como eficaz en la incorporación de terapias grupales de pares, terapias familiares y de inclusión social como complementarias al análisis individual (Yrjo et al., 2008).

Para una mejor aplicación de la clínica psicoanalítica, resulta sustancial atender las concepciones presentadas por Garmendia (2011) donde refiere la necesidad de adoptar un trato particular del psicótico, siendo abordado desde su complejidad singular, con una mirada superadora del diagnóstico estigmatizante. La cura no debe ser enfocada en la culminación sintomática, dado que muchos síntomas pueden

persistir incluso con tratamiento farmacológico, sino que debe tener como objetivo esencial lograr una mejoría en la existencia del sujeto le permita percibir su subjetividad de manera menos conflictiva. Para esto el tratamiento en las instituciones que presenten una mirada integral y multidisciplinaria del sujeto, brindan al psicoanalista un espacio y tiempo necesarios para realizar un adecuado tratamiento, sumado a los beneficios del trabajo en equipo, para realizar consultas y supervisiones e intervenciones más asertivas en tiempo real.

3.5.3. Tratamiento en Hospital de Día de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia.

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010), tiene como objeto afirmar el derecho a la protección de salud de todas personas y un goce total de los mismos para aquellas con padecimientos mentales, considerando la salud como un proceso influenciado por factores biológicos y psicológicos, como también sociales, económicos, e históricos. Teniendo en cuenta lo ante dicho, la asistencia en salud mental debe ser abordada de forma interdisciplinaria de mano de profesionales competentes a las áreas requeridas por la situación particular del sujeto. En caso de ser necesaria una internación, la cual admite un carácter restrictivo, debe primar su ejecución en función de generar mayores beneficios terapéuticos a los anteriores realizados, sin embargo, debe promover vínculos y contactos con el entorno laboral, familiar y social de la persona internada, siempre y cuando no entorpezcan el tratamiento. Como también se debe hacer énfasis en la utilización de dispositivos alternativos, luego de dada el alta institucional, que brinden inclusión sociolaboral y la posibilidad de realizar consultas de carácter ambulatorio.

A pesar de que, en el año 2010, mediante la Ley Argentina N°26.657 de Salud Mental, la utilización de dispositivos alternativos ambulatorios es presentada no solo como alternativa sino como fin culmine y beneficioso del tratamiento integral, hace más de medio siglo que dichos espacios de asistencia se llevan a cabo con resultados favorables, no solo para los usuarios sino también para la comunidad en general. Fue ya en 1933, en el primer Hospital Psiquiátrico de Moscow, donde Dzhangarov presento por vez primera, un tratamiento a pacientes con psicosis, de modalidad diurna y de baja destructividad. Esta aparición no fue fortuita, si no que fue impulsada por factores económicos sociodemográficos y falta de espacios que alojaran a quienes lo requieran (Stagnaro, 2012).

Este nuevo dispositivo se encontraba en cercanías de diversos talleres de oficio, donde todos aquellos pacientes que asistieron ya sean en horario completo, matutino o vespertino, fueron monitoreados por profesionales de la salud y talleristas de las distintas áreas. Teniendo como objetivo principal la rehabilitación, para la necesaria reinserción sociolaboral, debido al déficit económico que se presentaba a nivel mundial postguerra. Se observó así una notoria mejoría en los pacientes incorporados a espacios que permitieran mayor reinserción social, sentando bases para el tratamiento en Hospitales de Día y teniendo en cuenta las ventajas de las actividades grupales, el contacto fluido interdisciplinario y la importancia del mantenimiento de vínculos afectivos. Esta respuesta a la demanda asistencial y

espacial generó fuertes repercusiones en países americanos como europeos, quienes replicaron el dispositivo de acuerdo con su situación socioeconómica y capacidad de asistencia sanitaria con gran auge desde la década de los '50, y abarcando no solo psicosis y esquizofrenia sino también otras patologías que requieran intervenciones semejantes (Stagnaro, 2012).

Gracias a la contribución científica y legal impulsada por organismos de asistencia comunitaria y países adheridos a resoluciones impulsadas por la Organización Mundial de la Salud, se dio inicio desde la mitad del siglo pasado a la denominada reforma psiquiátrica con el objetivo principal de la desmanicomialización, es decir, la desinstitucionalización, de personas con padecimientos mentales, ya que dado a su carácter restrictivo y poco individualizado generaba una cronificación o empeoramientos de los cuadros patológicos. Contribuciones teóricas para este logro fueron dadas también desde estudios longitudinales en ciudades españolas, las que adoptaron programas de continuidad de cuidados con un enfoque biopsicosocial de grandes beneficios. Estas intervenciones de carácter multidisciplinario, se avocaron al acompañamiento de pacientes con trastornos mentales graves como también de sus familias, con motivo de lograr una recuperación integral de los pacientes, desde la remisión sintomática, rehabilitación socio laboral y educativa, permitiendo el desarrollo de la autonomía y autocuidados de los usuarios; generando además programas anti-estigmas que brinden información a la comunidad y den lugar al paciente de adquirir un rol activo acerca de su tratamiento (Madoz-Gúrpide et al., 2017).

Bertrán (2011), define al Hospital de Día (HdD), como un dispositivo de internación parcial, con un funcionamiento semanal de lunes a viernes en horario vespertino, adecuado desde el entrecruzamiento de distintos discursos terapéuticos, integrados e integradores, para aquellos pacientes que requieran una atención diaria e intensiva; intentando recomponer la ruptura espacio-temporal que presenten, desde un armado social y apuntalado en un abordaje particular de los individuos con objetivo de disminuir su padecimiento. El autor caracteriza los distintos equipos que conforman el dispositivo y son encargados de las diversas áreas que brindan al paciente para su atención ambulatoria; de esta manera se encuentran:

-El equipo de admisión, el cual está encargado de realizar las entrevistas de admisión que darán paso al ingreso al dispositivo. En la cual se pretende obtener un conocimiento acerca del diagnóstico del paciente, su compromiso con el tratamiento, relevancia de datos de este y sus familiares como también brindar información de las distintas áreas con su respectivo cronograma y normativa general del dispositivo, que permita entablar un contrato responsable entre la familia y el paciente sobre proceso terapéutico como también invitarlo a recorrer las distintas actividades.

-El equipo de terapia individual, pretende brindar tratamiento psicoterapéutico individual al paciente, dentro de una estrategia grupal de los profesionales encargados en cada caso particular. Designándose así a cada paciente un equipo encargado de psicoterapia y de terapia farmacológica, quienes serán sus referentes durante todo el tratamiento.

-El equipo de clínica psiquiátrica, que brinda el tratamiento farmacológico necesario.

-El equipo de Terapias Grupales, que sostiene los espacios terapéuticos tanto de psicoterapias grupales como espacios de asambleas.

-El Equipo de Terapia Familiar, el cual busca acompañar e incluir de forma activa a los familiares durante los distintos momentos del tratamiento del paciente.

-El Equipo de Terapias expresivas, compuesto por coordinadores encargados de los diversos talleres expresivos con fines terapéuticos tales como: musicoterapia, taller de movimiento, expresión teatral, expresión artística, taller literario, taller de radios, entre otros.

-El Equipo de Externación, donde el paciente puede trabajar sobre sus intereses y expectativas de aquellas actividades que puede realizar por fuera de la institución, realizando así una estructura que sea soporte de participación social.

-El Equipo de Acompañamiento Terapéutico, para aquellos casos que requieran asistencias individuales o grupales dentro y fuera del dispositivo.

Cada equipo posee un coordinador del mismo y se realizan supervisiones mensuales y semanales con sus integrantes para adoptar el adecuado y particular abordaje que se requiera.

El dispositivo también cuenta con un Equipo de Docencia e Investigación, para generar mayor conocimiento acerca de las patologías abordadas y distintas perspectivas y tratamiento, desde investigaciones recientes hasta presentaciones de casos y pacientes (Bertran, 2011).

De esta manera el HdD brinda una asistencia intensiva a personas con padecimiento psíquico, que debido a su malestar, requieran abordajes psicosociales, para trabajar habilidades sociales, vínculos familiares y capacidades de autocuidado, recuperación y reinserción, teniendo como objetivo la atención clínica, el recobro de motivaciones e intereses, adherencia al tratamiento, y la conformación de un proyecto vital; siendo así una instancia necesaria, donde el paciente puede practicar y aprender distintos modos de vinculación y resolución de problemas, dentro de un espacio de cuidado, contención y reflexión. Para esto, debe tenerse en cuenta una población capaz de lograr los objetivos planteados, encontrándose en estados agudos que requieran una alternativa a la internación, o posterior a esta para lograr una adecuada estabilización; sobre todo si el malestar psíquico ha generado déficits importantes en la vida

socio laboral del sujeto o presentara dificultades de vínculo familiar o de adherencia a tratamientos (Proyecto Suma, 2014).

Se presenta así un modelo de abordaje diferente, adicional, alternativo o posterior a una internación, adoptando la asistencia desde una supervisión intensa de cuidado intensivo estructurado, al igual que en las de hospitalización tradicional, pero priorizando dentro de sus objetivos la conservación de vínculos en la sociedad desde un enfoque terapéutico de alta frecuencia, con carácter poco restrictivo, desde un tratamiento multidisciplinar y multimodal. Al no ser una hospitalización total, por su asistencia de tiempo parcial, priman actividades y áreas terapéuticas que desarrollan la capacidad de autonomía del paciente, la vinculación en su entorno social y familiar, favoreciendo la continuidad del tratamiento psicofarmacológico, disminuyendo posibles recaídas, siendo una modalidad de menor costo económico, mayor eficiencia y eficacia para los pacientes psiquiátricos graves. Sin embargo, a mayor nivel de heterogeneidad de patologías esta eficacia puede verse disminuida, por lo que se aconseja semejanza de enfermedad entre los usuarios, respetando también la diversidad de manifestaciones sintomáticas particulares a cada individuo (Thornicroft, Deb & Henderson, 2016; Vázquez-Bourgon, Salvador-Carulla & Vázquez-Barquero, 2012).

La importancia del ambiente facilitador, provisor de identificaciones y cuidados del sujeto, es tenida altamente en cuenta por el HdD, presentando un abordaje a la psicopatología del paciente desde terapias individuales y grupales, como también desde diversos talleres de expresión artística y corporal. Este se caracteriza por ser un dispositivo ambulatorio de alta frecuencia en donde la mayoría de los pacientes ingresan en momentos agudos, luego de una internación o derivados por su equipo tratante, y son asignados a referentes psiquiatras o psicólogos, quienes estarán a cargo de sus terapias grupales, asignación del equipo tratante y su seguimiento dentro del HdD. Se muestra en este dispositivo, una similitud entre la función de aquella madre “suficientemente buena” con la tarea del analista, quien debe efectuar, en pacientes psicóticos, actitudes de holding, adaptándose a las necesidades del paciente sosteniéndolo frente a sus descompensaciones, que son vividas de forma desintegradora. El dispositivo brinda un ambiente que soporte y aloje la locura, estableciendo coordenadas de tiempo y espacio para generar así un cuidado cercano y de tratamiento adecuado a lo largo del proceso terapéutico (del Olmo, 2015).

La utilización de terapias grupales tiene como objetivo brindar un espacio donde los pacientes puedan plantear sus inquietudes y compartir experiencias dentro de un ambiente solidario y homogéneo de pares, guiado por un profesional, donde la interpretación colectiva permite la comprensión del grupo y la modificación de sus

dinamismos estructurales. El beneficio de una intervención particular a un paciente dentro del grupo repercute en los integrantes por lo que contribuye a nivel grupal (Vaimberg Grillo & Lombardo Cueto, 2015).

Klapman (1946) refiere elementos importantes a tener en cuenta para lograr la unificación del grupo tales como la homogeneidad del mismo, la selección de participantes semejantes, preparar al grupo desde un tema inicial. De esta manera se logra una identificación de los participantes desde la presentación de sus problemas individuales. Es por esto por lo que la interpretación debe ser válida para la mayoría de los que componen al grupo, a pesar de ser puntualmente una intervención individual (Sánchez-Escárcega, 2001).

Desde el marco psicoanalítico, la discusión flotante que sucede en un grupo terapéutico es semejante a la asociación libre, por lo tanto, el contenido manifiesto resultante del discurso grupal puede relacionarse con un significado latente, del mismo modo que sucede en el sueño. Gracias a esto no solo son posibles las intervenciones del analista, sino que también se produce una dinámica de observaciones de sí mismo y de proyecciones identificatorias que dan pauta del factor terapéutico del grupo (Díaz Portrillo, 2000).

Otro espacio importante dentro del cronograma del HdD y que corresponde a uno de los recursos terapéuticos (Bertrán, 2011) contemplados en el dispositivo, es el de asamblea, la misma puede diferenciarse en dos encuentros: de apertura realizándose en el inicio de semana y de cierre al finalizar la semana; invitando a todos los pacientes a participar, sin ser de carácter obligatorio, remitiendo a la elección y responsabilidad de quienes quieran o no ser parte. Allí se propone a los pacientes, comentar sus experiencias sobre las distintas áreas recorridas del dispositivo, aspectos que hacen a la regulación convivencia y la posibilidad solicitar cambios o realizar exigencias que resulten significativas para su tratamiento dentro de la institución. Además, permite la comunicación al grupo presente, de la presencia eventual de nuevos profesionales o actividades y talleres, también la presentación del ingreso de nuevos pacientes, donde se espera por parte del grupo que se les comente brevemente aspectos relevantes del HdD propiciando la integración (Rodríguez Pazos, 2004).

De lo acontecido durante la asamblea se mantiene un registro escrito, realizado por uno de los pacientes, que permite en la ejecutar una crónica que historicice e inscriba la dimensión temporal; esta es leída al finalizar el encuentro permitiendo las modificaciones que el grupo considere necesarias. La dinámica que respecta al espacio se enfoca en un intento de armado de proyectos semanales que delimite

tiempos y espacios como también permita la socialización e inclusión de los sujetos dentro de lo planteado. Es por esto por lo que el espacio resulta como herramienta terapéutica que supone alojar al sujeto, con intervenciones que acotan el goce particular desde un abordaje general de las temáticas. La modalidad que se presenta refiere a una intervención de abstinencia que activa (Rodríguez Pazos, 2004); buscando la producción del saber hacer que genere al sujeto trabajar desde su elección y responsabilidad, para desplazarlo del lugar de objeto que suelen adoptar los sujetos psicóticos. La labor del analista que coordine el encuentro será entonces acotar el goce de los sujetos, efectuando intervenciones cuando se requiera, permitiendo al grupo enfocarse en el eje central de la temática a trabajar.

El registro escrito durante asamblea actúa como intervención ya que permite delimitar al sujeto desde lo producido a forma de trabajador activo, alojando la palabra del paciente y siendo devuelta luego al sujeto (Rodríguez Pazos, 2004).

Los espacios contenidos en el HdD, permiten a los pacientes afianzar un sentido de pertenencia e identificación social, donde el sujeto aprende sobre autocuidado como también de cuidado del entorno y lugares comunes, realizando tareas y fomentando vínculos. Esta función terapéutica del dispositivo solo se logra si el sujeto puede y se le permite, asumir un rol activo en su tratamiento (Weinstein & Negro, 2008).

El cuidado provisto por los profesionales, las terapias grupales y las actividades que se proponen en el HdD, han sido remarcadas por los pacientes, como aquellos factores que facilitan la recuperación, ya que el enfoque minimiza el aislamiento, contribuyendo la socialización, y la organización horaria dentro del dispositivo brinda herramientas que pueden emplear en su vida diaria desarrollando una rutina que contribuya a una utilización más estructurada de su tiempo. Por otro lado, las actividades son consideradas como benéficas para la socialización, a pesar de que la heterogeneidad de los pacientes generaría cierta dificultad en un principio, destaca la posibilidad de probar en un entorno contenido, nuevas formas de vinculación además de permitir al sujeto ver su mejoría en distintos desarrollos artísticos (Agrest et. al., 2017).

3.5.3.1. Abordaje de los Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia en talleres de arte.

Toda práctica artística tiene implicada la producción de subjetividad, generando efectos terapéuticos, siendo así un instrumento de gran utilidad dentro de las institucionales de salud mental. La producción artística contiene representaciones inconscientes de aquellos contenidos desalojados de la consciencia, comprobando la existencia de una instancia psíquica inconsciente, este pasaje de elementos plasmados en el arte permite dilucidar no solo lo que el sujeto dice del objeto producido, sino de lo que esto dice de sí mismo. Es por esto que Freud tomó con suma importancia las creaciones del artista donde plasma su propia psiquis inconsciente, legitimando su existencia y los efectos que esto produce en la vida. Es así como el inconsciente aflora mediante formaciones sustitutivas muy diversas como en el sueño, los fallidos, equívocos, olvidos, síntomas y en el acto creativo. Sin embargo, la diferencia particular entre estas formaciones, radica en el rechazo del sujeto por el síntoma, y en el saber hacer, donde el artista el artista descubre una mejor manera de hacer con aquello que lo angustia, mediante la sublimación, produciendo algo socialmente aceptado, reconocido e incluso valorado. Esto se logra cuando las pulsiones sexuales logran transformarse, enfocándose en la realización de actividades atravesadas y aceptadas por la cultura del sujeto, sin perder su intensidad ni el fin de descargo energético, pero cambiando el curso y el objeto. El sujeto psicoanalítico, es el sujeto hablante, sujetado y constituido por la palabra, por lo que toda acción debe ser leída en términos de sentido, en el arte esta posición no está exenta si no que corresponde a la elevación de objeto imaginario a la dignidad de la cosa mediante una operación simbólica, que brinda la oportunidad al sujeto de hacer con su malestar. Esta operación creativa pretende rodear el vacío desde una organización significativa, pone a trabajar cuerpo y palabra generando un nuevo sentido conectado a una actividad disfrutable. De esta manera puede asemejarse la clínica en psicoanálisis a la producción artística, ya que desde el inicio con un sujeto que presenta significantes que son del Otro, y es necesario vaciarlos para la producción de un sentido propio y nuevo (Weitzman, 2015).

El aspecto subjetivante de la producción artística remite a las reformas de abordaje en salud mental postuladas por la OMS y la Ley de Salud Mental, puesto que contempla en su seno el nuevo paradigma de rehabilitación y desmanicomialización; situando al sujeto en una posición activa y creadora dentro de una asistencia comunitaria singular de su padecer particular, distinto al modelo iatrogénico de reclusión manicomial. A su vez, alcanzando, intervenciones desde su carácter

simbólico, entendiendo el lenguaje artístico como una forma alternativa de comunicación, donde surgen contenidos inconscientes imposibles de acceder desde la palabra intelectualizada (Ceruzzi, 2015; Weitzman, 2015).

Los talleres artísticos terapéuticos, no presentan simplemente la enseñanza de técnicas plásticas ni focalizan en el sentido estético de las producciones como sucede con un taller de arte, sino que su enfoque presenta intervenciones terapéuticas destinadas a la particularidad de cada sujeto; al ser de modalidad grupal, ya sea trabajando en conjunto con una tarea común o realizando una producción individual pero rodeado de otros, los talleres terapéuticos resultan beneficiosos para el desarrollo de capacidades de inclusión social y formaciones de lazos vinculares, como también la ubicación y acotamiento temporo-espacial del sujeto y su goce; pudiendo así enfocarse en la producción de un objeto y trabajar sobre la reacción que esta actividad genere. Buscando una posición activa donde pueda devenir el sujeto y realizar objetos artísticos que condensen y acoten el goce (Bertran, 2011).

Las actividades expresivas tales como la musicoterapia, la terapia corporal y la expresión teatral, ofrecen a los pacientes la posibilidad de interactuar con sus pares, trabajando de forma grupal, sobre sus aspectos de vinculación y capacidades personales, permitiendo un espacio de prueba, donde desde la espontaneidad puedan entrenar su accionar en variadas situaciones sociales, desde un marco de contención para posteriormente replicar en su vida cotidiana. Trabajando aspectos como la interacción interpersonal, atención, concentración, y expresión asertiva de las emociones, los pacientes aprenden a tolerar ansiedades, esperas y vergüenzas como también nuevas formas de interacción y reacción (Silva Gherardi-Donato et al., 2011; Valencia, Murow & Rascon, 2006).

Desde la producción artística, puede observarse el esfuerzo para contener el caos de los objetos y soportar el vacío, que presenta el universo fragmentado y angustiante de la psicosis. Y con ayuda de la arteterapia, poder expresar su subjetividad y percepción de enfermedad para trabajar en su rehabilitación, desde la producción como canalizador del malestar para restaurar un orden simbólico. Sin embargo, el proceso creativo puede verse dificultado por las características de la patología y es en ese momento en el cual el terapeuta debe intervenir. El arte se presenta entonces como intermediario entre el paciente y el terapeuta, en un contexto donde es requerida la ejecución de técnicas y un vínculo de transferencia positiva y empático (Mazzone, 2015).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo Cualitativo descriptivo

4.2 Participantes

Los participantes han sido aquellos profesionales de la institución, algunos de ellos encargados de terapias grupales y referentes de los pacientes como también talleristas de las distintas áreas artísticas. Sus nombres han sido modificados con el motivo de resguardar su identidad.

Entre ellos se destacan:

- Julián, Un Licenciado en Psicología, con Residencia completa y jefatura de residentes cumplida en Psicología Clínica, Maestrando en Psicoanálisis, Coordinador de Pasantías del HdD y de actividades de Docencia, y referente en HdD,
- Ramiro, El Coordinador del HdD, médico graduado en la Universidad Maimónides médico concurrente en Hospital Psico asistencial José T. Borda, actualmente cursando la maestría en psicofarmacología de la universidad Favaloro (UF) y finalizando la carrera de especialista en psiquiatría de la UBA (Unidad académica Borda),
- Sabrina, Una Psicóloga y referente en HdD, egresada con Diploma de Honor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, formación en Psicoanálisis de Orientación Lacaniana en el Instituto Clínico de Buenos Aires (EOL), colaboradora docente de la Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires,
- Marianela, Una psicóloga, diplomada de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Cuenca del Plata, quien realizó el curso de maestría en psicoanálisis en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y participó del equipo de admisión de pacientes de OBSBA y de la red clínica de Sendas Analíticas
- Ludmila, Una psiquiatra y referente en HdD, con diploma de honor, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y
- Silvina, Una estudiante de enfermería actualmente realizando sus tesis para adquirir la licenciatura en enfermería de la Universidad del Salvador, con pasantías realizadas en el Hospital de Clínicas y en emergencias a la UCO UTI.
- Pablo, Laura y Clara, talleristas de los espacios de teatro, musicoterapia y arte.

4.3 Instrumentos

Observaciones Participantes: de las cuales se tomó registro mediante notas de campo durante los distintos espacios talleres y encuentros, desayunos y asambleas, reuniones de equipo con profesionales del HdD, reuniones de supervisión, entrevistas de admisión y taller de articulación teórico práctica a cargo del coordinador de pasantía del HdD.

Entrevistas semidirigidas: donde se abordaron temas relacionados al abordaje de psicosis dentro de la clínica psicoanalítica y su articulación terapéutica benéfica del pasaje de los pacientes por los talleres y actividades que brinda el dispositivo, haciendo hincapié en el cambio conductual y comportamental de los pacientes. El registro de estas fue mediante notas y grabaciones. A aquellos profesionales que ejercen como psiquiatras o enfermeros, se indagó también, sobre beneficios de la utilización de medicación psicofarmacológica en el dispositivo y a los que se desarrollan únicamente como psicólogos se les preguntó el abordaje del sujeto, desde una mirada psicoanalítica dentro del HdD. Sobre los talleristas, se les interrogó sobre cuáles son los objetivos que persiguen en sus talleres en relación con el mejoramiento de la salud mental de los pacientes y que cambios conductuales y vinculares observan durante la realización de distintas actividades.

4.4 Procedimiento

La observación participante se realizó de martes a viernes en el dispositivo de hospital de día durante aproximadamente 14 semanas contando con un total de 280 horas de pasantía, y con una modalidad de rotación que permitió apreciar ampliamente los distintos talleres ofrecidos.

La investigadora mantuvo interacciones frecuentes en los distintos espacios del HdD, tales como espacios de recreación, desayunos, además de entrevistas de admisión, asambleas con pacientes, reuniones semanales de equipo (que reúnen a profesionales de la salud psicólogos y psiquiatras, como también a los talleristas y enfermeras, de turno mañana y tarde), reuniones de supervisión de casos y un taller quincenal de articulación teórico práctica ofrecido por el coordinador de la pasantía.

Respecto de las entrevistas, fueron realizadas en horarios acordados previamente en función de la disponibilidad horaria del profesional y la pasante, donde se pudo abordar temáticas relacionadas a los objetivos del presente informe.

También se asistió a todos los talleres artísticos y expresivos que ofrece a sus pacientes el dispositivo, actividades de desayuno, asambleas, salidas y paseos con fines terapéuticos, reuniones semanales del equipo profesional multidisciplinario, tales como reuniones de equipo, de supervisión, de admisión y a encuentros quincenales de

articulación teórico-clínica. Además, concurrió a todas las jornadas de docencia y a aquellos cursos que sean brindados por la institución, relativos a textos que coincidan con la temática planteada en los objetivos, para enriquecer la investigación y la experiencia de la pasante, siendo el primero de estos “Psicoanálisis e instituciones: ¿quién dirige la cura?”

5. Desarrollo

5.1. Describir la organización y el funcionamiento de un dispositivo ambulatorio de alta frecuencia para personas con trastornos psicóticos desde un encuadre psicoanalítico.

El HdD fue descrito por los profesionales de la institución, como un dispositivo de internación parcial pero de alta frecuencia, que brinda asistencia integral al paciente con sufrimiento mental (Bertrán, 2011; del Olmo, 2015); Sabrina, psicóloga y referente lo describió como: “un dispositivo de transición entre el momento agudo(...) y la vida en comunidad donde el paciente vuelve después de ese episodio”, refiriendo también que en el momento de internación hospitalaria previa: “el paciente estaba con tal aislamiento y retracción libidinal que le resulta muy dificultoso retomar el ámbito social normalmente”, caracterizando la internación como un método donde: “en cierto modo se está privado de su libertad” y diferenciándolo en su totalidad al abordaje en HdD, donde el paciente “puede transitar en un lugar de puertas abiertas”. Ramiro, psiquiatra y coordinador del dispositivo, también hizo referencia a esta característica de espacio de transición y compartiendo menciones de los pacientes comentó: “los que participan acá, mencionan que es más un laboratorio o un puente, por ser un ámbito donde las personas tienen un apuntalamiento de forma voluntaria a puertas abiertas”, agregando que: “se trata de un tratamiento que pueda favorecer la reestructuración o vinculación de ese lazo social, ya que la forma de intervencionalidad social se ve tan afectada” por lo tanto, “favorece que la persona regrese a su casa, con sus familiares y afectos”. Por otro lado, Ludmila, psiquiatra y referente, amplía las definiciones otorgadas, mencionando que además de ser un dispositivo de alta frecuencia también presenta la inclusión de talleres de expresión terapéuticos.

Si bien se conoce la existencia de distintos dispositivos similares, presentados en los ateneos que se brindaron en las jornadas de docencia, su diferencia radicará en la psicopatología que se aborde y desde que marco teórico se enfoquen sus tratamientos; siendo particularmente el hospital en donde se realizó la pasantía, aquel enfocado en la asistencia del paciente psicótico o esquizofrénico, donde la mayoría de los profesionales tratantes mencionaron adherir a la teoría psicoanalítica lacaniana, dado que a su parecer, les aporta mayor comprensión de la psicopatología. Sin embargo, demostraron que la complementación con otras teorías les resultó muy efectivo ya que les permite un abordaje completo de todas las áreas afectadas del sujeto, para acercarse así, a su principal objetivo terapéutico que es el de lograr la rehabilitación y inserción social del paciente (Weinstein & Negro, 2008); brindando así una apuesta de asistencia distinta a la internación hospitalaria, que de acuerdo a lo

mencionado en las entrevistas, presenta un carácter restrictivo y cronificador de psicopatologías severas, prefiriendo entonces adecuarse a los principios de desmanicomialización, del nuevo paradigma de atención de la Salud Mental (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010 ; Stagnaro, 2010).

La utilización de la internación parcial, ofrecida por el dispositivo permite un funcionamiento en horarios vespertinos de frecuencia semanal, siendo de lunes a viernes las ofertas de distintas actividades que invitan a los sujetos a llevarlas a cabo, de acuerdo con sus intereses y motivaciones; también el modelo asistencial, evidencia estar adaptado desde distintos discursos terapéuticos, en su mayoría psicoanalíticos freudianos, lacanianos por parte de los referentes, artísticos terapéuticos por parte de los talleristas y algunos psicólogos cognitivos encargados de las terapias individuales en consultorios externos. A pesar de esto, accionaban de manera integral, logrando una asistencia eficaz e intensiva efectiva, desde un seguimiento terapéutico diario de los pacientes que se encontró focalizado en el abordaje particular de cada caso, generando no solo una remisión sintomática sino también, favoreciendo un armado espaciotemporal, que ordena el comportamiento del sujeto y propicia su reinserción socio-laboral (Bertran, 2011; Madoz-Gúrpide et al., 2017); lo que pudo ser observado en pacientes que se presentaban muy retraídos y renuentes a entablar vínculos con los demás, permaneciendo alejados de las actividades, que luego progresivamente, comenzaron a entablar relaciones amistosas tanto con pacientes como con profesionales y talleristas, integrando incluso un grupo de chat donde organizaban reuniones con sus compañeros por fuera del dispositivo; este cambio en la socialización que refiere a una mejoría notoria de su salud mental y calidad de vida, también pudo ser percibido dentro de los talleres desde actitudes de compañerismo y solidaridad entre aquellos a los cuales no podían siquiera saludar. Los profesionales refirieron a esto desde la importante contribución del dispositivo al tratamiento particular de los sujetos; entre ellos: Marianela y Ramiro refirieron que dicha contribución subyace desde “el orden de estabilización sintomática y a la apertura a lo social, diferente a la que traían”; Julián con relación a una paciente muy expansiva que había enojado a sus compañeros, amplia: “lo bueno es que pudieron expresar esto y limitar esa cosa tan expansiva del paciente”. Además, estas mejorías comportamentales y sintomáticas pudieron encontrarse en la lectura de las historias clínicas, donde se presentaban disminuciones respecto a la medicación luego de varios meses de tratamiento en el dispositivo, y pronósticos favorables, de acuerdo con el buen progreso del paciente, realizados por los referentes.

El dispositivo presentó distintos equipos especializados y claramente diferenciados para abarcar en su totalidad las múltiples áreas comprometidas del sujeto, dentro de los espacios delimitados en donde se realizan las correspondientes actividades (Bertrán, 2011).

Se pudo observar el primer acercamiento del sujeto con el dispositivo durante las entrevistas de admisión, las cuales fueron llevadas a cabo por un profesional del equipo de admisiones, quien mediante preguntas, tanto al paciente como a quienes lo acompañaban (en su mayoría eran familiares), recopilaba datos personales, filiatorios, acerca de su diagnóstico e indagaba sobre posibles antiguas internaciones, como también el grado de compromiso e implicancia con el tratamiento que pudiera tener el paciente. Resultaba también importante pesquisar si el sujeto presentaba los requisitos necesarios para pertenecer al dispositivo tales como la capacidad de aceptar el tratamiento grupal y de brindar consentimiento de las distintas normas de convivencia necesarias (Bertran, 2011); Ramiro mencionó la importancia de la “capacidad de agrupabilidad” del paciente, destacando “que el paciente pueda estar con otros, porque pensamos al HdD es un tratamiento voluntario, parcial, transitorio pero sobre todo grupal”; incluyó también a tener en cuenta en el proceso de admisión, si el paciente presenta un consumo grave de sustancias: “es importante que no tenga de base algún tipo de consumo adictivo (...) si esto es así, realizamos una derivación”, por lo que el consumo adictivo resultaría una condición excluyente para la admisión al dispositivo. También resultara importante la edad del paciente, explicando de esta forma: “determinar una franja etaria (...) entre los 18 a los 65 años”, de todos modos, si se presentase un adulto mayor que sobrepase la edad de 65 años, el HdD cuenta con un equipo de adultos mayores donde son allí derivados”. Menciona así que esto se debe a que resulta necesario “efectuar un punto de corte, que favorezca la homogeneidad y comodidad de los pacientes”.

Quien hiciera la admisión también le propiciaba al paciente material impreso, con información sobre regulaciones y normativas del HdD y una grilla a modo de organigrama de las actividades a realizar, invitándolo a apropiarse de estos espacios.

Al ingreso del paciente, se le asignaba en caso de no tener por fuera, un equipo tratante conformado por un/a psiquiatra, encargado/a de la asistencia farmacológica y un/a psicólogo/a, encargado/a de la atención psicológica; y como se pudo observar, además un referente, quien se encargaba del seguimiento del caso particular, encontrándose siempre en contacto permanente con el grupo tratante y realizaba reuniones semanales de supervisión del caso a su cargo (Proyecto Suma, 2014).

Pudo percibirse durante la práctica, la solicitud semanal de entre dos a tres pacientes nuevos a entrevistas de admisión, con psicopatología psicótica y siendo además la mayoría de la población de pacientes ingresados de género masculino, lo

que permitió dar cuenta de la gran cantidad de población afectada por esta patología (Organización Mundial de la Salud, 2016); el HdD incluso recibió la solicitud de admisión de un paciente de una provincia de la Patagonia, quien debió mudarse a Capital Federal en busca de un tratamiento adecuado, frente a la carencia de asistencia psiquiátrica en su provincia natal. Se observó también un promedio de ocho a diez pacientes por referente, los cuales podían acercarse a él, con cualquier inquietud o sugerencia que se les presentara, en relación con su tratamiento, como también a cualquier aspecto del dispositivo que desee hacer mención. La figura del referente resultaba especialmente solicitada los días lunes y viernes dado que estos presentaban el momento en los cuales los pacientes estarían o habrían estado, fuera del dispositivo por grandes periodos de tiempo, lo que les generaba una notoria ansiedad y preocupación, sin embargo, luego de alguna breve charla de pasillo o en la oficina de los referentes, dependiendo de la gravedad del caso, se lograba disminuir el malestar traído por el paciente y este retomaba sus actividades. Durante los días lunes, se notó particularmente, un mayor grado de demanda de asistencia del referente, por las repercusiones del fin de semana, ya que muchos pacientes manifestaban haber tenido fuertes disputas familiares o haber olvidado algunas tomas de la medicación indicada, brindándose posteriormente un espacio de resolución que permitiera al sujeto plantear sus dificultades e intervenir de manera temprana y asertiva.

Los equipos terapéuticos que conformaban el dispositivo eran el de terapia individual, el cual ofrecía tratamiento psicoterapéutico individual en los denominados consultorios externos al HdD, pero que se encontraban dentro del recinto; el de terapia grupal, encargado de las terapias psicoterapéuticas grupales como también de los espacios grupales de reunión en asambleas y el encargado de las terapias familiares, coordinados por los referentes, que permitía un espacio terapéutico para los pacientes en las terapias grupales y asambleas, como también de involucración para familiares de los pacientes, respecto a su tratamiento y de carácter psicoeducativo e informativo, en las terapias familiares (Bertrán, 2011).

También se contaba un equipo clínico de asistencia psiquiátrica, encargado de la atención farmacológica necesaria; para la implementación de la medicación indicada, se observó un cuerpo activo de tres enfermeras, una en turno mañana y dos durante el mediodía y tarde, las cuales se encomendaban a disponer y administrar la medicación de cada paciente, que requiera tomas o refuerzos, durante el horario de hospital. Silvina, enfermera encargada de los pacientes del turno mañana, comentó su función: “me encargo de organizar la medicación para que estén a mano y disponibles para darle a los pacientes (...) en los horarios que tienen que tomarlas”, refirió también la complejidad de esta tarea debido a los delirios que presentan estas patologías: “muchos pacientes son complicados para las tomas, tienen miedo (...) de que uno los

pueda envenenar o darles algo que les hace mal o que no les sirve, cuando creen que no tienen nada”; la enfermera además amplió su quehacer práctico, no solo como medio para impartir la medicación indicada sino también como encargada de tomar asistencia de los pacientes y mantener una actitud de contención con mucho de ellos: “cuando faltan me acerco y les digo que faltaron y los extrañamos (...) se sienten que pertenecen a un lugar que los recibe bien. Necesitan mucho eso, el sentirse parte de algo”. El acompañamiento pudo verse del mismo modo, cuando una paciente solicitó un refuerzo de medicación por “sentirse muy ansiosa” donde la enfermera entabló una charla cordial y la paciente mencionó sentirse más “relajada” y declinó el uso del refuerzo.

Las entrevistas a los psiquiatras tratantes, dejaron en claro que el tratamiento en el HdD debe contemplar en primera instancia la atención a la sintomatología psicótica para que el sujeto logre una estabilidad que le permita realizar un pasaje adecuado por el dispositivo como también reducir su malestar (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000); Ludmila refirió: “es importante que el paciente este en primer lugar compensado, porque si no, no va a poder hacer ninguna actividad, no solo en HdD sino es su vida diaria”, agregando: “noto que ellos (los pacientes) se dan cuenta de que la medicación los ayuda a estar más atentos, más calmados o con más interés de participar en los talleres, como que se dan cuenta que al estar más estables pueden hacer más cosas”.

Se destacó asimismo la utilidad de realizar un plan de abordaje farmacológico, teniendo en cuenta los aspectos benéficos y negativos de los antipsicóticos indicados, debido a sus efectos sobre la calidad de vida del paciente y su dificultad en la adherencia del tratamiento, siendo esta última una reacción inherente de la sintomatología psicótica (María Gutiérrez-Achury et al., 2015), comentando Ludmila: “voy a indicar un antipsicótico que accione sobre la sintomatología positiva (...) pero voy a tener en cuenta los efectos adversos, para esto necesito saber cómo se encuentra clínicamente el paciente, si tiene alguna patología clínica de base”, y sosteniendo Ramiro que “uno debe tener en cuenta el caso por caso y todas sus variables”; por lo que debe considerarse si se utiliza un antipsicótico que generará efectos displacenteros para el sujeto; los profesionales mencionaron que son pocos los pacientes dentro del HdD que poseen conciencia de enfermedad, pudiendo dar cuenta de esto durante las repetidas menciones de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de “tener bipolaridad” o “ser traídos porque sus familiares no lo quieren en la casa”; por lo que la indicación de tomar una medicación que consideran innecesaria, sobre todo si además les genera efectos adversos como incremento de peso, babeos, somnolencia y distintos malestares, hace que la prescripción y adherencia al tratamiento farmacológico se vuelva dificultosa. En muchos casos los pacientes se veían preocupados por su incremento de

peso, culpando a la medicación, a manera tal que una paciente resolvió solamente ingerir manzanas, realizando una dieta estricta y riesgosa por notarse “gorda fea y llena de granos”. Este aumento de peso, mencionaron los profesionales, que no es directamente por la medicación antipsicótica, ya que esta no aumenta el volumen de grasa corporal, sino que aumenta el grado de apetito del paciente. Por lo que indicaron la importancia de un abordaje desde la evaluación de la relación, que denominaron como “costo-beneficio” de los fármacos, refiriendo Ramiro: “son más gorditos pero con mejor calidad de vida” o “entiendo lo molesto de que babeas, pero al menos ya no tiene ideas delirantes que lo impiden desenvolverse en su vida” y “la idea es capitalizar o beneficiarse también del efecto no deseado”, para intentar así sacar provecho de estos efectos adversos, refiriendo ejemplos donde aquellos pacientes muy renuentes a alimentarse, debido a trastornos alimenticios de privación de alimentos comórbidos con la patología psicótica, o que poseen ideas delirantes de intoxicación o envenenamiento por un tercero, es necesario indicar teniendo en cuenta el efecto adverso de aumento de apetito, que pudiera generar en los sujetos mayor intención de alimentarse, no así en pacientes que presentaran obesidad, ejemplificando de esta manera el psiquiatra: “la quetiapina, es muy sedativa, por lo que uno puede indicarla en alguien que tenga dificultad para dormir y se pone la toma por la noche, o cuando sea muy hiperactivo”. También en aquellos con altos grados de alteración corporal, resultaba propia la indicación de un fármaco que conlleve a mayores efectos sedativos, contrario a lo que se indicaba a pacientes más pasivos. Recomendaron entonces, realizar todas las indicaciones, teniendo siempre en cuenta las características morfológicas, metabólicas y conductuales de cada paciente, en relación con los efectos alcanzados por la medicación antipsicótica, ya que ciertas medicaciones podrían generar además una nueva patología o empeorar una preexistente (Caqueo-Urizar, Urzúa, & Rus-Calafell , 2017).

Enfatizaron en la utilización de antipsicóticos de segunda generación, ya que producen menores efectos adversos, tales como la quetiapina, haloperidol y risperidona, y en caso severos la indicación de clozapina, que teniendo en cuenta efectos adversos tales como agranulocitosis y problemas renales (Ng, Kennar & Utrecht, 2014) deben realizarse chequeos clínicos regulares, principalmente durante las primeras semanas de la indicación del antipsicótico para poder establecer un seguimiento óptimo y respaldar su mantenimiento o cambio, según el caso que lo requiera. Refiriendo a la posibilidad de que se genere una agranulocitosis, Ramiro mencionó: “Cuando esto sucede es más habitual en las primeras 18 semanas, por eso son más rigurosos los controles”. (Gunasekara & Spencer, 1998; Lieberman et.al., 2005)

El hospital ofreció, además, actividades terapéuticas de expresión dentro del HdD, coordinadas por un equipo de Terapias expresivas (Bertran, 2011), encargado de acuerdo a sus características, por profesionales tales como: musicoterapeutas,

talleristas de movimiento, expresión teatral, profesores de yoga, expresión artística, expresión literaria, y cualquier otro profesional o personal idóneo que dicte talleres expresivos con objetivos de índole terapéutica. Se observó durante el recorrido por el dispositivo y sus distintos talleres, síntomas negativos característicos de los trastornos psicóticos y esquizofrenia, tales como disminución de la expresión emotiva y abulia, anhedonia y retraimiento social (APA, 2013), donde los pacientes pasaban largo tiempo acostados en sillones presentes en el área común, dormidos e inactivos, algunos inclusive hasta el horario del almuerzo, por lo que los talleristas debían recurrir a distintas herramientas de persuasión tales como: premios o halagos sobre sus buenas capacidades para desarrollar la actividad y de adaptación de sus talleres, como: permitiéndoles estar presentes, sin necesidad de comentar lo que realizaron o simplemente como espectadores, en función de generar interés significativo e interacción social en el paciente, cambiando así su estado inactivo a uno algo más participativo.

Los pacientes fueron invitados regularmente por los talleristas a participar de las actividades, de todas formas, al no estar obligados a su asistencia de forma coercitiva ni de comentar sus producciones, se percibió el respeto por sus intereses y motivaciones; sin embargo, ciertas áreas terapéuticas, tales como la asistencia a los grupos terapéuticos, desayunos y asambleas, como también la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, resultaban cruciales para la permanencia en el HdD, de acuerdo a los entrevistados, por poseer un efecto terapéutico de relevancia.

Se evidenciaron desde lo cotidiano y el registro de asistencias, situaciones en las cuales los pacientes se ausentaban por periodos prolongados al HdD o no asistían a las reuniones de terapia grupal. En esos casos, en los cuales el paciente hacía caso omiso a estas instancias obligatorias o donde su participación era nula con reiteradas ausencias a las otras actividades, los referentes mantuvieron reuniones con el equipo tratante encargado del caso, donde se pudo evaluar si el dispositivo resultaba conveniente para las necesidades del paciente o si debía ser derivado a otro más adecuado. También los profesionales se observaron permanecer en comunicación directa con el paciente para indagar sobre sus ausencias y su interés por el tratamiento; en los casos donde la negativa del sujeto era resistente a cualquier intervención de continuación del tratamiento, la resolución optaba por recomendarle otro dispositivo más acorde a sus necesidades, recordándole igualmente que cuando lo desee y si posee las características necesarias de admisión, podría retomar el tratamiento en el HdD. Esta resolución también se presentó en un caso donde el paciente, tras una descompensación severa durante el fin de semana, debió ser internado de urgencia. Este se comunicó inmediatamente con su referente refiriendo estar “muy angustiado por no volver al HdD”; en este caso particular, se tomó en cuenta el recorrido del paciente dentro del dispositivo

y fueron disipadas sus dudas, invitándolo a luego de su internación a pedir nuevamente una admisión, con la tranquilidad de que sería ingresado en la brevedad.

Las formas de acercamiento y contacto descritas entre pacientes y referentes, que se generan desde la admisión y en todo momento del tratamiento en el dispositivo a puertas abiertas, posibilitaron a los sujetos a adoptar un rol activo, de toma de decisión responsable frente a la adecuación de su tratamiento, lo que demostró ser un factor de importante valor terapéutico (Weinstein & Negro, 2008).

Durante el momento particular del alta, se contaba con un equipo de externalización, y de acompañamiento terapéutico, donde el paciente en conjunto con un asistente social y laboral pudieron trabajar sobre sus expectativas y proyecciones de aquellas actividades que le interesaría realizar por fuera de la institución, ejecutando así un plan de acción enfocado en la reinserción y de acuerdo con el soporte social que se encontrara (Bertrán, 2011). La trabajadora social se presentaba los días miércoles para mantener entrevistas con aquellos cercanos al alta o los que estén interesados en la finalización de sus estudios escolares o desarrollo laboral, brindando así herramientas que les fueran útiles para realizar en actividades por fuera del hospital.

Se pudo vislumbrar un trabajo en conjunto, de todos los equipos tratantes realizando estrategias para desarrollar las herramientas de abordaje más asertivas frente a la necesidad particular de cada sujeto, manteniendo supervisiones semanales y mensuales para ello (Bertran, 2011). Dentro del HdD, los días miércoles también eran destinados a supervisiones de casos particulares y los martes se realizaba una reunión de equipo general que abarcaba a todos los equipos presentes dentro del dispositivo, desde profesionales de la salud como talleristas, en los que se presentaban las recientes admisiones como cualquier otro dato importante relacionado con actividades recientes o lo que hayan presentado los pacientes durante cualquier actividad. Por lo que todo el cuerpo tratante se mantenía permanentemente informado del transcurso de cada paciente dentro del dispositivo. Los psicólogos entrevistados destacaron que el entrecruzamiento de diversos enfoques y disciplinas permitían una atención integral que resulta altamente favorecedora para el tratamiento del paciente y enriquecedora para el aprendizaje y supervisión del profesional (National Institute for Clinical Excellence, 2014), sin embargo, otros hicieron referencia que a pesar del beneficio que suscitara del encuentro discursivo de distintos abordajes, muchas veces, la pluralidad teórica y la complejidad que demanda el trabajo en equipo, podía volverse dificultosa por cierta discrepancia entre los profesionales (Bearch et al., 2013).

El HdD mostró también gran importancia a la constante capacitación y formación del cuerpo institucional; realizando ateneos semanales durante los días jueves, donde se presentaron investigaciones recientes, casos relevantes y enfoques adecuados a la psicopatología psicótica, por parte del equipo de docencia e Investigación,

generando así mayor comprensión sobre las patologías de interés y los diversos abordajes posibles de tratamiento (Bertran, 2011).

El HdD denotó así la necesidad de su accionar como ambiente facilitador, de tratamiento ambulatorio y alta frecuencia, que proveyó, desde terapias individuales y grupales, como también mediante talleres de expresión artística y corporal, contención de la patología del paciente, con similitud funcional al de una madre suficientemente buena (Winnicott, 1965), mediante actitudes de holding frente a las necesidades y descompensaciones (del Olmo, 2015) fomentando además un rol activo al sujeto en los distintos momentos de su tratamiento (Weinstein & Negro, 2008); lo que resultó preciso, para aquellos pacientes que requerían desarrollar capacidades de vinculación social, familiar, como también de autonomía, autocuidados y adherencia al tratamiento psicofarmacológico, desde un cuidado estructurado y de abordaje multidisciplinario, que presentaba según lo referido por los profesionales, menores costos de tratamiento y mayor eficacia y eficiencia en el abordaje de patologías psiquiátricas severas. (Thornicroft et al., 2016; Vázquez-Bourgon et al., 2012).

5.2. Analizar la importancia de los talleres artísticos ofrecidos en la institución como complementos benéficos a la terapia psicoanalítica, para el tratamiento de psicosis y esquizofrenia, de acuerdo con la opinión fundada de los profesionales que componen el dispositivo.

Durante los meses dentro del dispositivo, se pudieron apreciar distintas actividades, que de acuerdo a los datos relevados durante la asistencia a los mismos y lo referido en las entrevistas a los profesionales, pueden dividirse en dos grandes grupos según sus características: el primero corresponde a aquellos espacios en los cuales se involucra al sujeto en cuestiones relacionadas al movimiento corporal y espacial, realizadas en los talleres de expresión corporal, yoga y terapia de movimiento, el segundo remite a actividades propiamente artísticas, encontradas en los talleres de teatro, de arte, de expresión literaria, y de musicoterapia; estos, son coordinados por personal idóneo y capacitado en la técnica especial que el taller aborde; sin embargo, el interés no estaba enfocado especialmente, en el carácter educativo como cualquier otro taller de enseñanza de técnicas específicas, sino, que se orientaban en presentarle al sujeto, un espacio que le generaba emociones y sentimientos con los cuales trabajara sobre su malestar, tanto durante el mismo taller como en sus espacios de terapia grupal e individual; por lo que los talleres no están abocados en seguir una curricular meramente de enseñanza, sino en función de producir efectos terapéuticos mediante las intervenciones terapéuticas que suscitan

(Bertrán, 2011); esta diferencia fue ampliamente destacada por Clara, encargada del taller de arte, explicando: “no es solo un taller donde yo les enseño (...) es más un espacio para conocer y conocerse que permite al paciente entrar en comunicación con su yo creativo, es más un taller de poner a crear lo que sienten, eso que no pueden expresar por la palabra lo expresan con el arte en su producción plástica”, distinción que también retrató Laura, musicoterapeuta, indicando: “yo no lo llamo taller porque no es modalidad de taller, es un espacio terapéutico donde se trabaja con el sonido el cuerpo la voz la música y la palabra, porque estamos inmersos en una sociedad de palabra”.

Los entrevistados destacaron, además, que la inclusión de estos espacios dentro del organigrama del HdD, y sus abordajes dentro de un dispositivo de puertas abiertas, adhieren al concepto de desmanicomialización presentes en la Ley Nacional de Salud Mental (2010) y menciones de la OMS (2016) que son necesarios debido a la complejidad de la psicopatología psicótica y esquizofrénica. Remarcando la utilidad y beneficios terapéuticos de los talleres, gracias a su modalidad grupal; lo que brindaba al sujeto la posibilidad de trabajar en aspectos generales que hacen a la sociabilización, tales como: el trabajar en comunidad, relacionarse con otros y adecuarse a ritmos temporo-espaciales delimitados por el inicio y finalización de cada actividad (Bertran, 2011); muchas veces se escuchó a los pacientes referirse a estos lugares como espacios de “prueba” donde podían “equivocarse sin ser juzgados y aprender de ello”, una paciente en particular mencionó que lo aprendido dentro de los talleres de teatro y musicoterapia le permitía después “pensar formas de actuar y tolerar situaciones de la vida cotidiana, recordando lo trabajado en el taller”, así mismo la musicoterapeuta, la profesora de expresión artística y el profesor de teatro concuerdan en que el espacio remite al sujeto a situaciones de la vida diaria en un marco de confianza y creatividad, para generar nuevos aprendizajes y desarrollar estrategias en la vinculación e interacción social, que el paciente después replica en su cotidianidad fuera del hospital; ejemplificando Laura: “hay pacientes donde la palabra esta super obturada y el lenguaje o la modalidad de comunicación es desde lo sonoro o lo corporal hasta que se establece mayor vínculo con los objetos y aparece algo de la palabra” añadiendo que: “la música contribuye mucho desde lo terapéutico, trabajar la actividad creativa les va a dar muchas posibilidades de flexibilizar en situaciones de la vida para que no les resulte tan desorganizado” y “ellos practican en el espacio para después replicar en todas las áreas”, de igual manera Julián destaco ver muchos cambios comportamentales en los pacientes dentro de su dispositivo, recordando: “he visto pacientes que yo llegaba y no me podían ni saludar y después terminan haciendo una improvisación increíble (...) en lo social entre ellos también veo que genera muchas mejorías, estar vinculados les hace muy bien, se divierten, pierden

la vergüenza, ayudan a los nuevos a integrarse (...) eso (lo trabajado en el taller, a la larga lo adquieren como herramienta”; Se le permitía de esta forma, al paciente poner a prueba sus capacidades aprendidas, dentro de un ambiente que lo contenía desde un sostén simbólico (del Olmo, 2015) y lo organizaba desde lo real, para poder trasladarlas progresivamente a su vida social, dentro y fuera del dispositivo (Silva Gherardi-Donato et al., 2011, Valencia, Murow & Rascon, 2006).

Se pudo vislumbrar que muchos pacientes que se encontraban totalmente inactivos durante el desayuno, permaneciendo en los sillones del área común dormidos, resultaban altamente interesados en los momentos de los talleres expresivos, siendo el más frecuentado el de artes plásticas y el de teatro; en el primero podía notarse el interés de los pacientes en realizar un producto propio original, estableciendo, desde lo postulado por Weitzman (2015) de un armado de lazo simbólico, de importante calidad terapéutica, con su producción y manteniéndose conectados en una actividad disfrutable; Clara refiere a la importancia de esta actividad creativa: “muestran con orgullo, como resolvieron ese malestar o como resolvieron el malestar que les generó hacer esa producción, y eso siempre es bueno y terapéutico, alivia su malestar, el arte es terapéutico en sí”.

La posibilidad de actuar y recrear situaciones cotidianas como también de desarrollar espacios imaginarios complejos les resultaba muy placentero y referían sentirse durante los espacios de taller: “ser una persona normal por un rato” o poder “plantearse que hacer en momentos locos y difíciles de la vida”. Generando así un nuevo y propio significado mediante la sublimación, para aquellos significantes previos que mantenían al sujeto dominado por su patología (Weitzman, 2015).

Fue durante un encuentro en el taller de yoga, donde se vislumbró en su totalidad las características de los cuadros delirantes (APA, 2013), en la cual el paciente refirió sentirse comprometido por el taller, excusándose del mismo, partiendo en busca de su referente para contar lo sucedido. En este momento particular el paciente comenzó a evidenciar síntomas de una propensa descompensación, tales como alucinaciones en carácter de luces dentro de su cuerpo, e ideas delirantes con relación a los presentes. Es por esto que se intervino en momento real y de carácter urgente la atención a la sintomatología presentada y al pedido de asistencia del paciente. Resolviendo luego la posibilidad de no asistir a este espacio ya que en este caso particular despertaba en el sujeto vivencias similares al momento de descompensación primera cuando debió ser internado por varios meses. Durante la entrevista al referente de este paciente se indagó sobre la situación presentada, mencionando este que, a pesar de esa breve descompensación, el sujeto pudo de manera progresiva volver a desarrollar actividades dentro de este taller particular, sin

embargo consideró que pese a ese exabrupto individual, el pasaje por todos los talleres resulta significativo para lograr efectos terapéuticos socializantes como también para elucidar el grado de evolución y compensación de los pacientes; un grado de descompensación similar, se divisó durante el taller de teatro, en el cual el paciente comenzó a presentar sintomatología coincidente con pensamiento y comportamiento desorganizado (APA, 2013), no pudiendo realizar la actividad planteada desde el personaje que se le había encomendado, y profesando desde una notoria agitación referencias políticas confusas y erróneas, viéndose afectado de tal modo dentro del delirio psicótico que todo su accionar se veía perjudicado (Fernandez, 1989). Del mismo modo que en la anterior situación, se solicitó la presencia del referente, quien actuó acorde a la situación, requiriendo accionar del psiquiatra que brinde un refuerzo de la medicación necesaria; días después el paciente hizo mención de lo sucedido durante el mismo taller, agradeciendo a sus compañeros por “tenerle paciencia” y desde un optimismo notorio diciendo “¡qué bueno que me paso acá adentro y no afuera!”; afortunadamente el paciente no volvió a mostrar una sintomatología semejante durante el transcurso de los meses de observación, y participaba de forma activa y coherente a los talleres de literatura, musicoterapia y teatro.

Los talleristas remarcaron las características mencionadas acerca de sus espacios terapéuticos con diferencia a las de un taller expresivo regular (Bertrán, 2011) haciendo énfasis en un interés puesto sobre la problemática particular del sujeto más que en una enseñanza formal de instrumentos propios de cualquier otro taller; así mismo destacaron en sus objetivos el carácter de vinculación con los otros, que se fomenta en las actividades de participación grupal, y generador de emociones y sentimientos. Haciendo referencia a momentos observados en los cuales un paciente presentaba dificultades notorias con ciertos elementos del espacio, los profesionales se permitían establecer intervenciones que indaguen acerca de los motivos de esta dificultad. En uno de los casos un paciente mencionó estar muy disconforme con su actuación por sentirse “poco concentrado”, o no haber “disfrutado” de su instrumento ni de su producción musical, que luego de ser indagado sobre su malestar, intentaban poner en palabras la razón de esto, atribuyendo generalmente a su dificultad de estar en un mismo espacio con los demás, o a sentir que determinadas actividades les hacían recordar y hasta revivenciar situaciones de gran displacer; por lo que luego se les invitaba a trabajar lo expuesto dentro de sus terapias individuales. Muchos otros también resaltaron la adquisición de capacidades nuevas que antes no tenían, habilidades que los profesionales refieren que son descubiertas dentro de los mismos talleres, tales como manejo de la vergüenza y tolerancia como también el expresar

emociones tanto en palabras como en acciones, para luego replicar esto en su día a día por fuera del espacio (Silva Gherardi-Donato et al., 2011; Valencia, et al., 2006).

La musicoterapeuta agregó, además, que la utilización de instrumentos y la producción durante la improvisación al igual que en el dialogo instrumentado entre pacientes, ayuda al paciente comprometido en la expresión de sus emociones, a canalizar el malestar; lo que remite a un intento de ordenamiento simbólico desde la sublimación, permitiendo también ejercer una relación con los otros de formas que le resulten menos dificultosas (Mazzone, 2015).

La producción artística y sus desencadenantes en el sujeto, resultó ser un intermediario útil entre el paciente y el analista, aportando contenidos que quizás no podían ser presentados desde la palabra con el paciente, pero de gran valor para ser trabajados desde un marco terapéutico individual; los psicólogos y referentes entrevistados, hicieron referencia a lo postulado por Ceruzzi, Weitzman y Mazzone (2015) acerca de la trascendencia de esta calidad intermediaria, del objeto producido y generador de emociones, mencionando Sabrina: “pensamos que los talleres se presentan como escenas que provocan emociones (...) la idea es presentar actividades que actúen como disparadores de sensaciones y emociones (...) después lo trabajamos con eso que el paciente produjo o sintió en la actividad”; asimismo Laura menciona la importancia de trabajar lo sucedido en los espacios de taller a las terapias individuales, indicando: “trabajamos la posibilidad de conectarse con las emociones (...) todo lo que surgió por medio de una canción o ritmo debe ser retomado después en sus trabajos dentro de sus psicoterapias individuales” reconociendo sus limitaciones aclara “no me corresponde a mí seguir indagando lo sucedido en el espacio de musicoterapia sino que lo derivo a su espacio de terapia individual”. Resultando así una constante entre los talleristas de esta posición de remitir a los pacientes, que lo trabajado sea elaborado de manera individual, en sus correspondientes terapias.

Al finalizar los espacios de talleres, se realizaron puestas en común con el objetivo de pesquisar los efectos de la actividad en los pacientes; esto era comunicado luego a los referentes en conjunto a la producción artística diaria, poniéndolos en conocimiento del momento particular en el que se encontraba cada sujeto. Pudo observarse, además, dos pacientes, que contaban con un pasaje por los talleres de más de tres meses, que luego de concluidas sus producciones, se las presentaban a sus referentes e incluso les eran obsequiadas.

De esta manera, los talleres brindaban no solo material representativo del panorama de la de la situación actual del sujeto y útil para el abordaje de su tratamiento, sino que el interés mostrado por los talleristas y referentes, a la

producción propia del sujeto, enriquecía un vínculo transferencial empático y positivo, que resulta ser el núcleo fundamental para la producción de efectos terapéuticos benéficos en los pacientes psicóticos (Federn, 1947, en Yrjo et al., 2008).

5.3. Analizar la importancia de los espacios de desayuno y asamblea que comparten los profesionales y pacientes como complementos benéficos a la terapia psicoanalítica, para el tratamiento de psicosis y esquizofrenia, de acuerdo con la opinión fundada de los profesionales que componen el dispositivo.

De acuerdo a los datos aportados durante las entrevistas, y observados durante la práctica, la sintomatología que se encuentra presente en los cuadros de trastornos psicóticos y esquizofrenia, generan graves déficit en las todas las áreas que atraviesan al sujeto, siendo una de las más comprometidas, la social, en cuanto a ella influyen conductas comportamentales desadaptativas, de desorganización temporo-espaciales y vinculares de los sujetos (APA, 2013); por lo que el trabajo en espacios que fomenten habilidades sociales y constituyan al paciente como capaz de efectuar cambios para sí y en su tratamiento desde un enfoque que abarque la total de su patología debe ser primordial (OMS, 2004); Para esto el HdD debe contar entre su cronograma semanal de actividades, el importante recurso terapéutico de la asamblea (Bertrán, 2011).

El hospital, presentó las actividades de asamblea los días jueves, invitando a todos los pacientes que conformen el dispositivo, como también a psicólogos referentes, enfermeras y pasantes a participar de ella; su asistencia no responde a un carácter de obligatoriedad para los pacientes, sino que remite a la capacidad de elección y responsabilidad de cada uno (Rodríguez Pazos, 2004). Sin embargo, se pudo observar que la realización de este encuentro se establece dentro del espacio común, más frecuentado por los pacientes, quienes, aunque no participen de forma activa, se encontraban presentes recostados en los sillones, siendo parte de la gran ronda conformada por la unión de esta mobiliaria y sillas de los partícipes.

El accionar de este espacio, denotó ser un medio de vinculación y comunicación entre los profesionales y los pacientes, donde se plantearon diversos temas referentes a la necesidad de más utensilios o alimentos durante el desayuno, sus opiniones acerca de los talleres, y la mención de algún cambio de horario, espacio, taller o actividad que deseen comunicar los profesionales. Se presenciaron reiteradas asambleas en las cuales los pacientes pedían más alimento del propiciado

en los desayunos, adjudicando los escasos a la incorporación de un gran número de pacientes durante el último mes, pero no así de los insumos desde la cocina. Se intervino por parte de los referentes, refiriendo que la falta deviene de la ausencia de una actitud de comunión que permita compartir entre los presentes, mención que fue tomada con seriedad por el grupo y se vio a la mañana siguiente representada con conductas de colaboración. Otro ejemplo que no pasó desapercibido, fue el de un paciente muy renuente a su tratamiento, su paso por el dispositivo y la necesidad de tomar medicación, por su disminuida conciencia de enfermedad, que solicitó la presencia de “leche bien fría” durante el desayuno, ya que solo se servía “demasiado caliente” aclarando: “yo durante el desayuno solo tomo leche, y no café, y me gusta fría”; la intervención en este, siendo el pedido de un paciente particularmente inactivo y poco participativo, fue la de acceder a su demanda, con la condición de que sea el quien se responsabilice de buscarla a la cocina y luego de utilizarla, devolverla. Los días subsiguientes el paciente realizó comentarios positivos con relación a la respuesta de su exigencia y presentaba mayor grado de apertura a entablar diálogos con sus compañeros y talleristas; los ejemplos mencionados, permiten elucidar la capacidad de los sujetos de establecer nuevos comportamientos, para adquirir progresivamente conductas adaptativas, desde una intervención particular y que, por su implementación en lo grupal, genera efectos terapéuticos en todos los participantes (Sánchez-Escárcega, 2001; Vaimberg Grillo & Lombardo Cueto, 2015).

Las asambleas también permiten a aquellos pacientes en estadios cercanos al alta, comentar su experiencia durante los distintos momentos de su tratamiento, ofreciendo al sujeto la oportunidad de despedirse de sus pares, compartir las inquietudes que se le presenten al dejar el HdD y manifestar sus proyectos y expectativas en relación a su futuro fuera del hospital; observándose las repercusiones en los pacientes que, proyectan su propia cercanía al alta o de una mejoría en su calidad de vida, gracias al tratamiento impartido por el dispositivo (Díaz Portrillo, 2000); de esta manera se pudo apreciar el testimonio de dos pacientes dados de alta, que se despidieron con palabras afectuosas de los profesionales y enfermeras como también de sus compañeros, describiendo al dispositivo como un “laboratorio” en el cual pudieron “probar como ser sin que nadie los esté juzgando”, “fui un poco de todos y ahora me voy siendo yo” y donde “no fue fácil pero pude aprender a ser quien soy, pero mejor”, generándose respuestas identificatorias y desde la comicidad tales como “ya voy a estar yo ahí y me van a extrañar”, “a mí me falta un montón todavía para llegar”; el referente tomo esta última frase como una concepción del sujeto de su objetivo ahora posible :“llegar” a la cura.

Durante esta actividad, aquellos pacientes nuevos u otros profesionales que ingresan al dispositivo realizaban sus presentaciones al grupo y conocían aspectos del dispositivo, ilustrados por los pacientes. Es por esto por lo que se pudieron atender a presentaciones tanto breves como extensas, sin embargo, con la particular semejanza de su acontecer en el dispositivo. La mayoría de los pacientes referían haberse sentido amenazados, seguidos u observados de manera tan intensa que debieron ser hospitalizados e internados; experiencia vivida de manera confusa y temida, por lo que esperaban del HdD todo lo contrario (Steiner 1987, citado en Anderson 1992). Sus relatos eran escuchados en silencio y luego se promovía a algún paciente, que ya formaba parte del grupo, a informar sobre aspectos del dispositivo, las distintas actividades a transitar y su experiencia personal, concorde a su momento particular de tratamiento (Bertrán, 2011) donde se permitieron explayarse y comentar los beneficios terapéuticos del tratamiento ambulatorio.

Durante las posteriores entrevistas, los psicólogos mencionaron que aquellos síntomas psicóticos manifiestos que conllevan a la necesaria internación psiquiátrica fueron desencadenados por elementos estresores en la vida adulta y presentan generalmente, una importante relación con sus vivencias en la primera infancia, en la cual el vínculo entre el niño y su madre no fue lo suficientemente bueno para un desarrollo psíquico normal (Laplace & Pontalis, 2012). Sabrina explicó lo antedicho, describiendo que desde la clínica se observa, que durante el desarrollo del sujeto hubo “una relación vincular defectuosa con sus padres”, aclarando: “vemos que hay un problema de vinculación, que seguramente es desde la infancia del paciente, vimos muchos con madres complicadas (...) donde hay importancia de diferenciación de madres con el bebé o quizás otras super exclusivas de él, que ahora está viniendo como adulto al HdD” y “se observa que esa relación con los primeros objetos repercute en la vida adulta por algún desencadenante estresor”. Agregando Julián: “lo familiar tiene mucho poder sobre un buen tratamiento, como también muchas veces resulta perjudicial, por algo son psicóticos los pacientes, de algún lado adviene esta patología”.

Otra herramienta de interés y resultante de la asamblea se observa en la redacción de un acta, en la cual son plasmados todos los contenidos temáticos que surgieron en el encuentro. Este escrito es llevado a cabo por el paciente que lo desee y permite no solo un simple registro de lo sucedido, sino que, historiza al sujeto y lo inscribe dentro de una temporalidad que al finalizar la asamblea es leído a los presentes para la realización, si lo requieren, de modificaciones por parte del mismo grupo; el recorte particular que hace el paciente que escribe y los sucesivos cambios tras la lectura, corresponden a un proceso dinámico, que involucra a los pacientes a

un armado de proyectos, desde la interacción con otros subyacente en la socialización. Generando efectos terapéuticos en el sujeto, ya que aloja su palabra y se le es devuelta en forma de producción propia; los profesionales refieren a la capacidad que presenta esta producción de desplazar de aquel lugar de objeto, en el cual el paciente psicótico suele colocarse, para reconocerse como trabajador activo (Rodríguez Pazos, 2004).

Fue durante estos particulares espacios de interacción grupal, donde se pudo observar la importancia de la presencia de homogeneidad sintomática y un encuadre empático, aludido por Vaimberg Grillo y Lombardo Cueto (2015); ya que los pacientes compartían en un espacio de respeto y solidaridad empática, sus experiencias y temores particulares, relacionados con su patología, tratamientos y acerca del mismo dispositivo. Favoreciendo así una dinámica en la cual, las intervenciones individuales resonaban mediante identificaciones proyectadas, en el resto del grupo, logrando así modificaciones estructurales y de gran valor terapéutico (Díaz Portrillo, 2000; Sánchez-Escárcega, 2001) ya que muchos pacientes empatizaban con lo dicho por alguno de sus pares, en referencia a su malestar por las complicaciones que su patología les genera en su vida personal, manifestando palabras de apoyo y consuelo, con ciertas estrategias que ellos mismos utilizan durante momentos de dificultad. Esto pudo ser respaldado también desde las afirmaciones de Javier, quien señaló: “los desayunos y asambleas permiten la posibilidad de relacionarse, ya los pacientes les pasan cosas cuando uno participa o no, y la forma en la que lo hacen también genera efectos especulares con los otros, que los van regulando”. De esta manera, los profesionales entrevistados destacaron que la importancia terapéutica de los encuentros descritos, radica en presentarle al sujeto un espacio donde pueda asumir un rol activo, para poder desarrollar progresivamente o trabajar sobre sus capacidades de autocuidado, interés por el cuidado del dispositivo, y un sentimiento de pertenencia dentro de este (Weinstein & Negro, 2008); además, mencionaron que estos: “aportan un marco simbólico que le permite al paciente un ordenamiento, su propio encuadre de cada actividad y lo que implican los distintos pasajes y vinculaciones con otros (...) que permiten al sujeto moverse dentro de sus posibilidades y lo mantiene más ordenado para replicarlo en su vida diaria”, por lo que la regulación horaria ejercida desde la presentación de un organigrama, enfatiza en la adquisición de cierta organización de las actividades del sujeto, generando herramientas que le permitan elaborar una rutina y practicarla dentro de un marco controlado, para plasmarla luego en la cotidianidad del sujeto y su vida por fuera del HdD, ya que la rehabilitación y reinserción social corresponden al objetivo principal del tratamiento. (Agrest et. al., 2017).

Los referentes también subrayaron lo enriquecedor que resultan estos encuentros para el abordaje de estrategias, ya que les permiten realizar una evaluación general de los rendimientos que presenta cada espacio y las reacciones que estos generan en distintos pacientes, como también el momento particular en el que se encuentra el paciente respecto a su patología; aludiendo a lo antedicho Sabrina explicó: “vemos en los desayunos, por ejemplo, que un paciente está irritable o hipomaniaco y podemos detectar eso dentro de un momento grupal con el simple hecho de verlo interactuar con otros”, agregando Ramiro: “la convivencia, el compartir desayunos con profesionales, asambleas y talleres (...) genera que en ese ámbito más controlado o resguardado se favorezca el tratamiento, hay varias formas de intervenir, pero el contacto directo permite que sea más rápido el abordaje y por diferentes actores, uno puede pesquisar desestabilizaciones y efectuar intervenciones”, “permite también este intercambio, que el paciente no quede ligado a un solo equipo de intervención y disminuye que el sujeto genere alguna reacción delirante a algún profesional”; acordando entonces, que este contacto cercano y diario con los pacientes, fomenta un vínculo transferencial positivo y necesario para lograr efectos benéficos en el paciente psicótico (Federn, 1947), teniendo que actuar desde un rol empático, que evite la sensación de persecución e ideación delirante; pudiendo intervenir desde distintos enfoques complementarios (Yrjo et al., 2008).

6. Conclusiones

6.1 Resumen

El presente trabajo mantuvo como objetivo general, el de esclarecer el funcionamiento de un dispositivo de carácter ambulatorio denominado Hospital de Día, que presentó la oferta de talleres expresivos, y destacar su importante labor como tratamiento alternativo de gran beneficio terapéutico desde sus distintos espacios, para personas padecientes de trastornos psicóticos y esquizofrenia, desde un encuadre psicoanalítico.

En primera instancia ha sido posible analizar la organización y funcionamiento del HdD y su necesaria implementación para un tratamiento de la esquizofrenia y trastornos psicóticos, determinado en el primer objetivo; pues el dispositivo, permite un abordaje global de todas las áreas del sujeto que se vieron comprometidas por la patología, ya que, por la complejidad de la presentación sintomática de la misma, genera graves disfunciones sociales, laborales, educativas y familiares (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000; OMS, 2013). Por lo que se requiere, además de las psicoterapias individuales, grupales y atención farmacológica, la complementación con talleres expresivos de carácter terapéutico y otras áreas vinculares, que fomenten la rehabilitación y reinserción social de los pacientes (Bertrán, 2011); adecuándose así a los ideales de desmanicomialización y atención multimodal promovidos en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010) y respaldado por la OMS (2016).

Pudo establecerse, asimismo, vinculaciones teóricas psicoanalíticas con las intervenciones observadas, dado que los profesionales tratantes dentro del dispositivo adhieren a este enfoque, por su carácter explicativo sobre los orígenes de los trastornos psicóticos (Yrjo et al.; 2008). Por lo que se considera un cumplimiento efectivo del primer objetivo específico.

Gracias a las observaciones participantes y a las entrevistas realizadas al equipo tratante, se ha analizado, de acuerdo a la opinión fundada de los profesionales, la importancia de la utilización complementaria, de espacios de talleres expresivos por sus efectos terapéuticos benéficos consecuentes (Ceruzzi, 2015; Silva Gherardi-Donato et al., 2011; Mazzone, 2015; Weitzman, 2015) y de las actividades grupales de sociabilización tales como el desayuno y la asamblea (Bertrán, 2011) manifiestos en el segundo y tercer objetivo respectivamente. Estos espacios fueron destacados por los profesionales no solo por sus efectos, sino también por brindar elementos importantes para el seguimiento efectivo, en tiempo real, del grado de estabilidad de los pacientes

para lograr intervenciones tempranas, adaptando el tratamiento de acuerdo con las necesidades particulares de los sujetos.

Pudo diferenciarse en el primer objetivo, la función de los talleres expresivos terapéuticos, la cual no está enfocada en la capacitación de los pacientes sobre técnicas específicas como cualquier otro taller artístico, sino que mediante la presentación de elementos que actúen como disparadores de emociones, pretenden efectuar intervenciones terapéuticas tanto dentro del taller como en sus terapias individuales (Beltrán, 2011); permitiendo así que el paciente pueda desarrollar nuevos aprendizajes dentro de un ambiente que ejerza de sostén simbólico (del Olmo, 2015), practicando dentro de los espacios grupales, nuevas formas de vinculación que puedan ser replicadas en su vida cotidiana y alivien su malestar (Silva Gherardi-Donato et. al., 2011; Valencia, Murow & Rascon, 2006). Asimismo, la característica sublimatoria del acto creativo, permite que se establezca un intento de ordenamiento simbólico que favorece la producción de lazos objetales y el interés demostrado en los analistas por la producción artística, enriquece un vínculo transferencial positivo que es esencial para el tratamiento del paciente psicótico (Ceruzzi, 2015; Mazzone, 2015; Federn, 1947, en Yrjo et. al., 2008; Weitzman, 2015).

Respecto al tercer objetivo, se ha logrado detallar las distintas actividades que se encuentran comprendidas dentro del espacio de asamblea, el cual brinda la oportunidad a los pacientes de realizar comentarios constructivos respecto al accionar general del dispositivo desde sus propias experiencias, como también de despedirse o presentarse tanto a pacientes como a profesionales. Lo que demostró reducir pensamientos persecutorios y promover las interacciones, dando cuenta del valor terapéutico de este espacio (Bertrán, 2011).

Se considera que el objetivo general planteado pudo ser cumplido de acuerdo con lo propuesto ya que se pudo recabar información suficiente para indagar sobre los distintos espacios ofrecidos por el dispositivo y como estos generan efectos terapéuticos ampliamente favorecedores para la calidad de vida los pacientes admitidos.

Del mismo modo resulta importante destacar la relevancia de la actividad de desayuno, ya que permite a los profesionales observar desde la cotidianeidad la situación particular del paciente y su dinámica grupal propicia al igual que la asamblea interacciones entre pares, favoreciendo que las intervenciones puedan ser identificadas para la totalidad de los presentes (Diaz Portillo, 2000)

6.2 Limitaciones

Gracias a la excelente predisposición de la institución se pudo tener acceso a importante material bibliográfico, historias clínicas, entrevistas con los profesionales y acceder a un contacto directo con los pacientes en diversas áreas relevantes para el enfoque de los objetivos planteados. No obstante, debido a que solo se admitía la asistencia de la coordinadora y los pacientes en los espacios de terapia grupal y considerándose muy intrusiva la presencia por parte de la pasante de una terapia individual, se vieron imposibilitadas posibles observaciones sobre las repercusiones que podrían tener los talleres y actividades de convivencia en los usuarios, así como también de intervenciones terapéuticas dentro de esos espacios.

Lamentablemente tampoco se permitió acceder a las reuniones quincenales de multifamiliares que la institución ofrece, por lo que tampoco se logró recabar datos suficientes sobre el impacto que la patología tiene a un nivel familiar más amplio, y solo se pudo conocer brevemente esta información, dentro de las reuniones de equipo que, por su carácter multidisciplinario, contaban con la presencia de psicólogos y psiquiatras coordinadores de las distintas áreas.

Con relación a la metodología implementada para realizar la investigación, donde se determinó un tipo de estudio de tipo cualitativo, mediante la recopilación de opiniones fundadas de los profesionales durante entrevistas y observaciones participantes, se presentó una limitación en cuanto a la realización objetiva de análisis y conclusiones, ya que los datos incluidos correspondieron a opiniones y percepciones subjetivas de los profesionales y del observador; Asimismo, al no poder contrastar los abordajes dentro del dispositivo con otro que atienda a similares patologías desde otro enfoque, resultaría posible divisar cierto sesgo, por la presentación de información subjetiva y lo reducido de la muestra. Otro sesgo que presenta una limitación, que de no ser así habría integrado notoriamente la constitución del informe, se encuentra en la formación de orientación psicoanalítica que comparten todos los psicólogos entrevistados, por lo que no pudo establecerse comparaciones con opiniones de profesionales que adhieran a otras corrientes psicológicas y expliquen distintos abordajes.

La realización del presente informe permitió esclarecer conceptos acerca de la presentación sintomática de la patología psicótica y esquizofrénica desde una articulación teórica-clínica del paradigma psicoanalítico, el cual resultó ser una herramienta muy útil para la comprensión de los casos, dando cuenta también, de la ventaja que conlleva integrar distintas modalidades de atención, que compartan los mismos objetivos, para lograr un mejoramiento notable de la salud global de los pacientes.

Se logró así comprender, lo fundamental que resulta la indicación de antipsicóticos de segunda generación para los cuadros descritos, por presentar menor grado de efectos adversos y mayor efectividad sobre sintomatología negativa, como también su influencia sobre la reducción de posibles descompensaciones y colaborar en la adherencia al tratamiento; sin embargo, la estabilización clínica o remisión sintomática no debe ser el único objetivo presente en la atención, debido a que los trastornos psicóticos y esquizofrenias generan grandes déficits en todas las áreas que competen al sujeto, siendo el aspecto social el más comprometido. Por lo que se pudo corroborar tanto durante la observación de pacientes y las entrevistas a profesionales, como también en la posterior elaboración de los análisis planteados en los objetivos, lo preciso que resulta complementar con talleres expresivos terapéuticos y espacios de convivencia tales como el desayuno y asambleas, a los enfoques tradicionales de terapias medicamentosas y psicoterapéuticas individuales y grupales; ya que resultaron tener un rol importante en la promoción de interacciones entre los pacientes, favoreciendo la producción de aprendizajes que brinden herramientas de socialización y en relación a un qué hacer, que disminuye su malestar; Logrando así, una completa rehabilitación y reinserción social de los pacientes.

También ha resultado provechoso, dar cuenta que aquel alejamiento del sujeto con la realidad se presenta en su totalidad en casos severos durante un periodo activo de la sintomatología, y suelen ser un desencadenamiento en la vida adulta del sujeto, de aquellos eventos traumáticos en vividos en la infancia del sujeto (Freud, 1910-1911), por lo que, en estados de compensación, el paciente psicótico es capaz de entablar un vínculo transferencial positivo con el analista (Federn, 1947).

Es sustancial destacar el aspecto ampliamente accesible de la institución, invitando a la pasante a concurrir de manera gratuita a todos los cursos, ateneos y actividades de formación y docencia, dictados en las instalaciones, brindando la posibilidad de tomar entrevistas a los profesionales y facilitando material bibliográfico

necesario; generando en la pasante gran motivación por mantener una constante actualización teórica formativa indispensable para una mayor capacitación profesional, ya que el importante abordaje de la salud mental lo demanda.

Siendo así, desde la valiosa oportunidad de acceder a una primera aproximación a la clínica hospitalaria, en la cual se estuvo en contacto permanente con expertos de la materia, como con pacientes afectados por la psicopatología relevada y la propuesta de elaboración de una articulación teórica-práctica, comprendido en la producción del trabajo de integración final de grado, lo que ha enriquecido ampliamente y de modo invaluable, a su autora tanto desde lo profesional como también desde lo personal.

Debido al interés por analizar aquellos datos relevantes que pudieran ser demostrativos de los beneficios terapéuticos que promueve el dispositivo, además de los recaudados mediante entrevistas y observaciones participantes, se tuvo acceso a las historias clínicas. Sin embargo, la disposición manuscrita y encarpada de las historias clínicas, que se encontraban en constante cambio de locación debido a la utilización frecuente de las mismas, por parte de los referentes, como también de aquellos psicólogos y psiquiatras encargados de las psicoterapias individuales, dificultaba la tarea al momento de requerir información específica de determinados casos, para cualquiera que las solicite. Además, se encontraban rotuladas con los nombres de los pacientes claramente visibles, dentro de un espacio altamente frecuentado por profesionales y de fácil acceso para los pacientes; resulta así pertinente, recomendar la implementación de un historial clínico digitalizado, de ingreso mediante claves específicas y disponible dentro de un circuito de red interna que se encuentre presente en el dispositivo, con el fin de resguardar la identidad y situación particular de los pacientes, como también optimizar el acceso y actualización de la información.

Asimismo, Siendo la institución una entidad sin fines de lucro y de gran utilidad desde el área comunitaria, con fines altamente favorables para la calidad de vida de los pacientes que asisten, se considera importante concebir la posibilidad de incorporar la implementación de nuevos espacios abiertos y destinados a aquella parte de la comunidad general que posea un limitado grado de ingresos económicos, ya que si bien el dispositivo realiza actividades abiertas a la población desde temáticas inclusivas, educativas y recreativas, la admisión a la atención clínica es solo accesible por vía de derivaciones de prepagas o desde la capacidad económica del particular que la solicita. Sería importante, también contar con la colaboración de entidades gubernamentales que impulsen el desarrollo de nuevos dispositivos de abordaje semejantes al HdD, tal como promueve la Ley de Salud Mental N°26.657 (2010).

6.4 Nuevas Líneas de Investigación

Resultó admirable la capacidad de recuperación presente en aquellos pacientes agudos, y su interés por lograr dicha mejoría, lo que puede favorecerse desde los talleres artísticos y expresivos. Además de la influencia notablemente beneficiosa de los espacios de convivencia donde prima la incorporación, reincorporación y modulación de habilidades sociales propiciando vinculaciones saludables.

Por lo que podría proponerse realizar investigaciones, que pretendan evaluar las posibles diferencias que pueden encontrarse entre talleres que son impartidos por sujetos idóneos en comparación con aquellos espacios coordinados por profesionales de la salud, para obtener mayor conocimiento sobre los efectos terapéuticos y si estos comparten relación con la formación de los talleristas. Además resultarían significativas aquellas investigaciones que analicen la implementación de talleres artísticos y de expresión corporal que aporten datos empíricos y pongan a prueba los beneficios para el tratamiento de pacientes con Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia, ya que se ha podido observar, desde el contacto con los pacientes, la opinión fundada de los profesionales y sus registros en las historias clínicas, los aspectos benéficos de la socialización, y la disminución sintomática al contar con talleres expresivos, además de las terapias grupales e individuales.

También sería de gran interés llevar a cabo nuevas investigaciones que permitan teorizar aquellas implicaciones, limitaciones y efectos benéficos, que presenta la figura del “referente” ya que demostró ser un actor importante dentro del HdD y no se encuentra material teórico suficiente que lo sustente. También resultaría favorecedor implementar encuadres teóricos que analicen los efectos positivos resultantes de un tratamiento integral, que demarque la utilización de los espacios de asambleas y de desayunos como áreas de convivencia necesarias para la práctica y adquisición de conductas y capacidades vinculares y habilidades sociales para los pacientes.

7. Referencias Bibliográficas

- Agrest, M., Barruti, S., Gabriel, R., Zalazar, V., Vikinski, S., & Ardilla-Gomes, S. (2017, 13 de enero). Day hospital treatment for people with severe mental illness according to users' perspectives: what helps and what hinders recovery? *Journal of Mental Health*. doi: 10.1080/09638237.2016.1276526
- Alberdi Sudupe, J., Castro Bouzas, M., Castro Dono, C., & Ferrer Gómez Del Valle, E. (2008). *Guía sobre la Esquizofrenia*. Galicia: Xunta de Galicia.
- Anderson, R. (1992). *Lecturas Clínicas sobre Klein y Bion*. Buenos Aires: Paidós.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Bearch, D., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Os, J. V., & Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 15-20. doi: 10.1016/j.schres.2013.04.027
- Bertrán, G. (2011). *Hospital de Día II, Dispositivo, Clínica y Temporalidad en la Psicosis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Minerva.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida. *Terapia Psicológica*. 35(1), 111-114.
- Ceruzzi, C. (2015). Teatro y Salud Mental: Arte y desmanicomialización. En M. J. Cebolla Lasheras, M. d. Cela, C. Ceruzzi, C. Goicoechea, A. Mazzone, L. Morea, S. Weitzman. *Arte, Psicoanálisis y Salud Mental Vol. 2. Subjetividad e identificaciones* (pp. 221-222). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- del Olmo, J. D. (2015). Falta, Falla Y Vacío en Balint y Winnicott. *Rabisco, Psicanálise*, 5(1), 183-190.
- Díaz Portrillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupos*. Ciudad de México: Pax México.
- Fernández, E. E. (1989). Delirio. En E. Fernández, J. Lobos, A. Fernández, & N. Giacovich, *Cuerpo Y Significante*. pp. 7-35). Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Freud, S. (1905-1915|2011). El Delirio y los Sueños en La Gran Gradiva, de W. Jensen. En L.

López-Ballesteros, & De Torres. *Sigmund Freud, obras Completas, Tomo II (1905-1915) [1917]* (pp. 1285-1336). Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (1910-1911|2011). Observaciones Psicoanalíticas Sobre un caso de Paranoia (Dementia Paranoides) Autobiográficamente escrito (Caso Schreber). En L. Lopez-Ballesteros, & de Torres. *Sigmund Freud, Obras Completas* (pp. 1488-1528). Buenos Aires: El Ateneo.

Garmendia, J. (2011). Algunas consideraciones sobre Psicosis, Psicoanálisis y Salud Mental. *Letras* 2, 26-29.

Gunasekara, N., & Spencer, C. (1998). Quetiapine: A Review of its Use in Schizophrenia. *CNS Drugs*, 9(4), 325-340. doi:10.2165/00023210-199809040-00007

Lacan, J. (1955-1956|1988). En J. M. Miller, *El Seminario De Jacques Lacan, Libro 3, Las Psicosis (1955-1956)*. Barcelona: Paidós.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2012). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. (2 de diciembre de 2010). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>

Lieberman, J., Stroup, T., P. McEvoy, J., S. Swartz, M., Rosenheck, R., O. Perkins, D., Hsiao, J. (2005, 22 de septiembre). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223. doi:10.1056/NEJMoa051688

López-Ballesteros, L., & De Torres. (2003). *Sigmund Freud, Obras Completas, Tomo II*. Buenos Aires: El Ateneo.

Madoz-Gúrpide, A., Ballesteros Martin, J., Leira Sanmartin, M., & Garcia Yague, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-11.

María Gutiérrez-Achury, A., Vanegas-Vidal, M., Salazar-Díaz, L., & Astaiza Arias, G. (2015). Factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta de la unidad de salud mental del hospital universitario de Neiva entre enero y junio de 2008. *Revista Facultad de Salud de Universidad Sur Colombiana*, 1(2), 25-30. doi: 10.25054/rfs.v1i2.43

Mazzone, A. (2015). Arteterapia y Psicosis. En M. Cebolla Lasheras, M. Cella, C. Ceruzzi, C. Goicoechea, A. Mazzone, L. Morea, S. Weitzman. *Arte, Psicoanálisis y Salud Mental. Teoría-Clinica (Vol. 2. Subjetividad e identificaciones)*. (pp. 235-247). Ciudad Autónoma

- National Institute for Clinical Excellence. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in adults: The Nice Guidelane on treatment and management, Clinical Guideline Number 178*. London: National Collaborating Centre for Mental Health. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- Ng, W., Kennar, R., & Uetrecht, J. (21 de Julio de 2014). Effect of Clozapine and Olanzapine on Neutrophil Kinetics: Implications for Drug-Induced Agranulocytosis. *Chemical Research in Toxicology*, 27(7), 1104–1108. doi:10.1021/tx500183x.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios. Formulario Modelo de la OMS. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/28.html#Js5422s.28.1>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Esquizofrenia. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Perez Escudero, A., Gil Molina, S., Pina Camacho, L., & García-Cabeza, I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. *Clínica y Salud*, 21(3), 271-283. doi:10.5093/cl2010v21n3a5
- Pol Yanguas, E. (2015). Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 11(1), 115-118.
- Proyecto Suma. (2014). Hospital de Día. Recuperado de: <http://www.proyectosuma.org.ar/2014/area-clinica/hospital-de-dia/>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12, 92–98. doi:10.1002/wps.20050
- Rodríguez Pazos, N. (2004). La asamblea como instrumento clínico. *ElSigma.com*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/hospitales/la-asamblea-como-instrumento-clinico/6134>
- Rodríguez Testal, j. F., Senin Calderon, C., & Perona Garcelan, S. (2014, 10 de junio). Estudios teóricos sobre DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221–231. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.05.002
- Sánchez-Escárcega, J. (2001). El psicoanálisis grupal no es un psicoanálisis individual "en público". El problema de la interpretación en el Grupo. *Subjetividad y Cultura* (16), 1-

- Segal, H. (1996). *Introducción al Trabajo de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Silva Gherardi-Donato, E. C., Corradi-Webster, C. M., Correa Bragagnollo, G., Pinto Ferreira, C. r., & Gherardi-Donato, M. (2011). Teatro e Saúde Mental: Experiência de Usuários em Hospital-Dia. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, 2(1), 121-126.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2000). *Programa de Prevención de Psicosis*. Consenso español de expertos para recomendaciones en la actuación en el tratamiento de la esquizofrenia. Recuperado de: <http://www.p3-info.es/PDF/SEP.pdf>
- Stagnaro, J. (2012). El Hospital de Día: historia y conceptualización. Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23 (102), 107-118.
- Steiner, J., (1987). El equilibrio entre la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva. En Anderson, R. (1992), *Conferencias clínicas sobre Klein y Bion* (pp. 91-110). Buenos Aires. Barcelona. México: Paidós.
- Tajima, K., López-Ibor, J., Carrasco, J., & Diaz-Marsa, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6) 330-342.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (22 de septiembre de 2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286. doi:10.1002/wps.20349
- Vaimberg Grillo, R., & Lombardo Cueto, M. (2015). *Psicoterapia de grupo y Psicodrama, Teoría y Técnica*. Barcelona: Octaedro.
- Valencia, M., Murow, E., & Rascon, M. L. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 535-549.
- Vázquez-Bourgon, J., Salvador-Carulla, L., & Vázquez-Barquero, J. (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 323-332.
- Weinstein, M., & Negro, L. (2008, 13 de noviembre). Teoría y Práctica del Trabajo en Hospitales de Día: "Algo tiene que decir, aunque mudo". *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-114929-2008-11-13.html>
- Weitzman, S. (2015). Arte, cuerpo y subjetividad (una mirada desde Lacan). En M. J. Cebolla Lasheras, M. d. Ceruzzi, C. Goicoechea, A. Mazzone, L. Morea, V. Valentí, & S.

Weitzman. *Arte, Psicoanálisis y Salud mental Vol. 2. Subjetividad e identificaciones*. (pp. 41-62). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

Weitzman, S. (2015). Dispositivo radio La Colifata: una intervención nacional. En M. J. Cebolla Lasheras, M. d. Cela, C. Ceruzzi, C. Goicoechea, A. Mazzone, L. Morea, S. Weitzman, *Arte, Psicoanálisis y Salud Mental Vol. 2. Subjetividad e identificaciones*. (pp. 231-234). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

Winnicott, D. W. (1965|1999). *Los Procesos de Maduración y El Ambiente Facilitador- Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Yrjo O., A., Gonzalez de Chavez, M., Silver, A., & Martindale, B. (2008). *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otros trastornos.

A continuación, se adjuntan las entrevistas realizadas a los profesionales y talleristas presentes del cuerpo tratante del HdD turno mañana.

Entrevista 1 a: Ramiro – Psiquiatra – Área: Coordinación del HdD

E- ¿El hospital de día resulta ser una entidad que engloba muchas miradas, como se articula en este dispositivo en particular?

R- el dispositivo de HdD está pensado en parte, desde diferentes perspectivas, la forma en la que se gesta hace que sea un dispositivo atravesado por varias teorías. Si bien en el momento en que empieza o aparecen los primeros HdD estaban de la mano de la psiquiatría como entidad rectora no era suficiente. Hay un empuje por el lado de ciencias relacionadas con la psicología y la sociología que lo complementan eso es lo que lo hace complejo. Podría definirlo de muchas maneras, quizás la más sencilla o atravesada por el discurso médico es de internación parcial. Esta forma de concebirlo significa que tratan personas con un padecimiento que por lo general tiene que ver con estructura psicótica.

E- ¿Con internación parcial se refiere a lo que conlleva un tratamiento ambulatorio?

R- sí, claro, pero desde internación parcial solo se alude al discurso médico clínico, lo psiquiátrico por así decirlo, cuando es mucho más que eso, incluso los que participan acá mencionan que es más un laboratorio o un puente, por ser un ámbito donde las personas tienen un apuntalamiento de forma voluntaria a puertas abiertas desde una organización que ayuda a que esto sea de esa manera.

E- ¿Cómo se enfoca este abordaje particular para la psicosis y la esquizofrenia?

R- Fue pensado exclusivamente para personas que padecen solo psicosis, pero luego se fue ampliando para otros trastornos. Este está pensado desde un enfoque de la psicosis, que generalmente afecta al pensamiento y comportamiento de la persona, pero se ve mucho la influencia en el declive del lazo social. Por eso se trata de un tratamiento en HdD que pueda favorecer esa reestructuración o vinculación de ese lazo social, la forma de intervencionalidad social que se ve tan afectada. Ese creo que es el objetivo principal. Que los pacientes puedan revincularse, y otras formas para que el sujeto pueda canalizar lo que le sucede desde los talleres y otros.

E- ¿Cómo se piensa un abordaje en un hospital que incluya talleres expresivos?

R- Nosotros pensamos que es posible desde el ámbito de trabajo en equipo. Las interdisciplinas pueden abordarse patologías severas, desde un pasaje por distintos espacios no solamente los profesionales de salud si no también sujetos impartidos por sujetos idóneos, por ejemplo, quien coordina el arte movimiento es danza terapeuta o de expresión corporal es profesora de yoga, el de teatro también es profesor de teatro

fuera del dispositivo. Siempre es importante que todos los talleristas estén en contacto permanente con los referentes para informar cualquier estado de los pacientes.

E- ¿Por qué diría que los pacientes refieren a estos espacios de taller como laboratorio?

R- Y porque en cierta forma es un laboratorio para ellos, porque de esa oferta de espacios y tiempo pueden practicar y elaborar distintas formas de vincularse. Por eso en este HdD está pensado el horario vespertino. Para que lo que hicieron durante el día después lo lleven a sus casas o a su vida en general y puedan replicarlo o al menos comentarlo.

E- El primer acercamiento con el dispositivo es desde una entrevista de admisión; ¿Qué se tiene en cuenta para ello?

R- Los que ingresan lo hacen desde la admisión si, se plantea que puedan ir a una jornada, pero también se piensa que pueda en el resto del día ir teniendo otras actividades por fuera del hospital.

Al no ser dispositivo de puerta cerradas y a estar de forma parcial del tiempo, favorece que la persona regrese a su casa, este con sus familiares y afectos. A veces este volver al núcleo familiar puede complicar los casos dependiendo del grado de desestabilización que tengan a nivel familiar, lo que dificulta a veces el aspecto fundamental de socialización y vinculación familiar.

Otro aspecto importante para tener en cuenta, y que pensamos que es favorable desde los criterios de admisión, uno debe determinar la franja etaria, en este va desde los 18 a los 65, luego contamos con un equipo de adultos mayores que son derivados ahí. Como para efectuar un punto de corte también que favorezca la homogeneidad y comodidad de los pacientes. Hay que tener en cuenta características de agrupabilidad, por ejemplo, que ese paciente pueda estar con otros, porque pensamos que el HdD es un tratamiento voluntario parcial transitorio, pero sobre todo grupal.

E- ¿Cómo se trabaja lo voluntario desde lo grupal en psicopatologías que suelen ser más renuentes a la vinculación?

R- Lo voluntario refiere a que el paciente acceda, se le entrega en la admisión las normas impresas y actividades y el paciente realiza un consentimiento y contrato de conformidad. Después uno en la clínica va viendo si tienen esas capacidades de agrupabilidad. Un paciente muy delirante es difícil que pueda ingresar, si llega a admisión así, hablamos de formas de que el paciente se establezca un poco más para ingresar, para que no se descompense, o tenga un recrudecimiento de sus síntomas y

se vuelva paranoide. Se contemplan los vaivenes del sujeto también si puede acceder a algún taller o no.

E- He notado durante las reuniones de equipo comentarios sobre la no admisión de pacientes con consumo grave de sustancias. ¿Esto resulta ser un factor excluyente para iniciar un tratamiento en este HdD?

R- Si, es importante que el paciente no tenga de base algún tipo de consumo adictivo, si es algo de base o de primer plano no se concreta la admisión, distinto es si es en conjunto a su patología siendo la patología como base, ya que algunos pacientes suelen consumir sustancias. Si esto es algo problemático y de índole adictivo, realizamos una derivación a lugares que se enfoquen puntualmente en el consumo de sustancias.

E- ¿Pueden observarse cambios conductuales o comportamentales luego del pasaje por el HdD?

R- Por lo general lo que uno va viendo es que poder propiciar ese intercambio, la convivencia, el compartir desayunos con profesionales, asambleas y talleres más allá de los grupales terapéuticos, generan que en ese ámbito más controlado o resguardado favorezcan el tratamiento, hay varias formas de intervenir, pero el contacto directo permite que sea más rápido el abordaje y por diferentes actores a pesar de la complejidad.

E- ¿Cuáles serían las ventajas de estos intercambios?

R- Permite que el paciente no quede ligado a un solo equipo de intervención y evita o disminuye que el sujeto genere alguna reacción delirante a algún profesional. Pero la forma de relacionarse sería mucho más marcada con más disfuncionalidad si no tuviera este abordaje. La posibilidad de que estén aquí el día a día es importante ya que beneficia que uno pueda pesquisar las desestabilizaciones o descompensaciones para efectuar intervención sobre eso para que el cuadro no se agrave. El conocer la mirada de otro profesional enriquece mucho la perspectiva sobre la evolución del paciente.

E- ¿Cómo se enfoca el abordaje farmacológico?

R- y aprovecho para pensar el valor de este dispositivo. A pesar del avance de la psicofarmacología y que siguen habiendo nuevas conformaciones de moléculas que benefician los cuadros, los fármacos con los que contamos tienen efectos muy favorables sobre lo que en la psiquiatría se conoce como síntomas positivos, es decir delirios y alucinaciones tiene como mayor efectividad y remisión sintomática, sin embargo sobre abulia aislamiento social y otros síntomas negativos la farmacología

puede hacer un poco de aguas, no encontrando respuesta por lo que el dispositivo permite abordar desde otros enfoques teóricos estos síntomas negativos, por eso el beneficio y valor de este tratamiento. También se puede pensar desde el valor económico, ya permiten un abordaje con menores costos, y estos dispositivos nuevos distintos monovalentes, con lógicas manicomiales, resultan mejores, menos restrictivos. Yo sostengo que deben ser importantes para situaciones de internación, pero sin una cronicidad de los casos. Yo he visto internaciones de pacientes en hospitales monovalente de más de 10 años de internación, donde el cuadro ya se crónico y es muy difícil después pensar en reinserción social o estabilidad de este fuera de ese encierro. Por eso es importante propiciar espacios para que la persona pueda expandirse. En otros países se han logrado experiencias de vivencias tuteladas, pero bueno es algo muy difícil de lograr, un trabajo muy arduo. Espero que bajo las influencias de la ley pueda llegar a pasar esto del cierre de los nosocomios. Lamentablemente muchos pacientes van a quedar por fuera, como te decía estos que ya son crónicos que tampoco tienen familiares ni redes en donde alojarse. Esperemos que esto pueda solventarse con la aparición de nuevos dispositivos como este hospital.

E- Con respecto a las medicaciones indicadas, pude observar en muchas historias clínicas repetidas veces la utilización de clozapina, bupropiol, risperidona, antidepresivos y ansiolíticos. ¿Cuáles son las medicaciones más utilizadas y los objetivos que se persiguen al realizar las prescripciones?

R- En principio a grandes rasgos uno piensa antes de administrar obviamente en cuál es la sintomatología, que es lo que padece el sujeto en el momento, donde uno puede hablar en una intervención en agudo, por ejemplo, si la persona está muy ansiosa en el momento se le da un ansiolítico, después un para que lo usase, teniendo en cuenta los efectos secundarios y que condición premórbida para indicar esa medicación y su grado de tolerancia. Quizás doy un antipsicótico que cesa sus alucinaciones, pero el grado de sedación es tal que el sujeto no puede realizar ninguna actividad. En este dispositivo está el acceso a la medicación, se tienen en cuenta que la puedan comprar.

E- También se pudo observar pacientes con regulares análisis de sangre.

R- (interrumpe la pregunta) claro esas son indicaciones necesarias para la toma de antipsicóticos y cualquier medicación de ese estilo, también electrocardiogramas ya que pueden influenciar sobre el ritmo cardiaco, se puede ver levemente alterado y es importante controles periódicos de esto. Otro punto fundamental es la adherencia, si el sujeto no mejora después de la prescripción hay que ver si el sujeto realmente la está tomando, la famosa conciencia de enfermedad donde la mayoría de las veces estas personas con las que trabajamos no las tienen y es difícil de lograr una adherencia,

desde un sentido su argumento es válido porque ellos explican que no necesitan nada porque no tienen nada.

E- ¿Cuál podría mencionar como los antipsicóticos más utilizados en la actualidad? Y ¿a qué se debe?

R- Los atípicos, porque los efectos adversos extrapiramidales son menores o no presentes en estos antipsicóticos, y la percepción que tienen los pacientes de estos efectos negativos también dificultaba la adherencia, estas moléculas nuevas tuvieron como una suerte de segundo escalón en la terapéutica trabajamos mucho con el síndrome metabólico del paciente, tales como aumento de peso, nivel de la insulina, aumento de colesterol, incrementa posibilidad de hipertensión o cuadros cardiacos, por lo que es importante evaluar análisis frecuentes que controlen estos valores. Además, los pacientes que engordan y además no tienen conciencia de enfermedad tienen menos adherencia porque suponen que les damos algo que no necesitan y que encima ¡los hace engordar!

E- ¿Cuáles son las diferencias que observa entonces en los antipsicóticos?

R- Generalmente son muy similares, la diferencia es más sobre la disminución de efectos adversos. Por eso debe uno tener en cuenta, si una persona tiene diabetes tipo dos o sobre peso se evaluará que indicar, no quiere decir que no se indique, pero deberá ajustar sus indicaciones y complementarlas con otras como por ejemplo un tratamiento alimenticio.

E- Además antipsicóticos como la risperidona y el bupropiol no son recomendado para mayores ¿cierto?

R- Claro esos tipos de fármacos son complejos, uno tiene que tener en cuenta el grado de dosis, porque pueden favorecer a caídas si son hipotensores, y que un mayor adulto se caiga lo hace más propenso a fracturas de caderas como puede no suceder en sujetos más jóvenes. Uno tiene en cuenta el caso por caso y todas sus variables. Otro complejo es la quetiapina, es muy sedativa por lo que uno puede indicarla por ejemplo en alguien que tenga dificultad para dormir y se pone la toma por la noche o que sea muy hiperactivo, la idea es capitalizar o beneficiarse también del efecto no deseado. Los antipsicóticos aumentan el apetito, no engordan per se, pero si les da mayores ganas de comer por lo que para muchos que presenten síntomas depresivos con hiperfagia o compulsión a comer puede indicársele un antidepresivo.

E- En el paciente X se trabajaba mucho sobre la posibilidad de utilizar medicaciones de depósito. ¿Se administran este tipo de fármacos en el HdD?

R- sí, los psiquiatras dentro de la institución, en consultorios externos pueden intervenir con medicaciones de depósito o inyectables. En el caso de X era requerido que el sujeto se externe para el depósito porque resultaba muy disruptivo y agresivo para el HdD, por lo que se necesitaba implementar un depósito e internado para estar compensado. A veces es mejor, si una persona venía tomando risperidona, pero su adherencia no era buena está bien implementar una de depósito y disminuir paulatinamente la de vía oral. La clínica obliga muchas veces a que las personas tengan las dos cosas. Inyectable y oral. Un principio racional de psicofarmacología es que no debe utilizar más de un antipsicótico, ya que suma más efectos no deseados, en la práctica vas a ver que eso no sucede, generalmente se necesitan formas más complejas de empleo de medicaciones varias.

E- La clozapina es el único que se considera demostró efectividad por sobre los demás. Pero tiene bastantes efectos adversos como agranulocitosis. ¿Cómo se abordar estos efectos adversos?

R- Claro si sobre todo lo más grave es eso, la idea es no tener que abordar efectos, es decir que no pasen; sobre los glóbulos blancos, es el efecto adverso más grave, por suerte tiene un porcentaje de prevalencia muy bajo, sucede poco, pero de todas maneras se instauró un protocolo de fármaco vigilancia. Se deja como una medicación útil para las esquizofrenias resistentes o caso más graves por este efecto. En general si uno cumple con el protocolo y los pacientes están en condición de hacerlo, es un tratamiento que genera impactos muy favorables, con otros efectos poco favorables, pero no tan graves como el aumento de peso. Uno debe evaluar el costo beneficio. Como por ejemplo son más gorditos, pero con mejor calidad de vida, entiendo lo molesto de que babeen, pero al menos ya no tiene ideas delirantes que lo impiden desenvolverse en su vida. Las primeras semanas se saca sangre semanalmente y después los análisis son más espaciados de acuerdo con la efectividad. Si la baja en los neutrófilos es normal, y demás, para evitar que sea un riesgo para él y se genere una agranulocitosis. Cuando esto sucede es más habitual en las primeras 18 semanas por eso son más rigurosos los controles.

E- Los glóbulos blancos son los linfocitos, encargados de la inmunología del cuerpo, ¿podría esto entonces predisponer a infecciones?

R- Claro es muy interesante eso, porque uno puede evaluar por ejemplo si la persona enferma o tiene fiebre y si se encuentra con glóbulos blancos bajos va a predisponer infecciones, aunque no sea por la medicación es importante tener en cuenta esto para indicar algo para esa infección o para retirar y reemplazar el antipsicótico. Lo importante es no generar una patología nueva o empeorar una subyacente por eso hay que mantener controles frecuentes y rigurosos.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 2 a Marianela – Psicóloga – Área: Referente

E- ¿En qué consiste la función del referente?

M- Y, teoría no hay mucha, yo lo fui aprendiendo en la práctica en este dispositivo, yo lo definiría como una persona que acompaña al paciente a lo largo de su tratamiento, el tiempo que dure, planteando objetivos generales y acompañarlo en eso con objetivos particulares para cada paciente teniendo en cuenta los del hospital. Resocialización y estabilización sintomática, que no es puntualmente un objetivo, pero si ayuda a la resocialización. Yo les pregunto a los pacientes sobre sus expectativas del tratamiento y trabajo en función a eso. Establecer una comunicación y estar en contacto frecuente con la familia y con el equipo tratante ya sea si lo tiene por dentro del HdD o por fuera del dispositivo. También muchos referentes coordinamos terapias grupales como yo que estoy dentro de una de las terapias de grupo.

E- ¿Cómo se designa el equipo tratante?

M- En casos donde la persona no tenga uno por fuera, osea que no venga solo a hacer terapia grupal y talleres teniendo fuera del hospital su psiquiatra y su psicólogo, generalmente se tramita eso desde la admisión, nos llegan con pedido de equipo tratante y hacemos contacto con consultorios externos, que si bien trabajamos como equipo responden a otra coordinación. O quizás alguno de nosotros referentes también nos encargamos de la terapia individual de algún paciente, pero generalmente nos manejamos con los consultorios externos para eso.

E- ¿Cómo definirías al tratamiento en HdD?

M- El tratamiento en HdD, desde mi opinión es complementario al tratamiento individual con psicólogo y psiquiatra que para mí son ellos los que dirigen la cura. Nosotros complementamos ese tratamiento y depende de cada paciente que se puedan instalar y afianzar en el HdD, el tratamiento acá es transitorio, no de urgencia, pero si transitorio, después continúan con su tratamiento individual por fuera.

E- ¿Desde qué teoría adecua sus intervenciones?

M- Psicoanalítica, sin embargo, no todo el HdD, muchos adhieren al psicoanálisis, creo que intervenir desde esta perspectiva permite aportar algo del sostén imaginario ya

que los pacientes lo tienen muy descolgado de su estructura desde su primera infancia.

E- ¿Cuáles diría que son las diferencias entre intervenciones a pacientes neuróticos y a psicóticos?

M- Si la psicosis tiene una relación con la ley y el lenguaje muy conflictuada, yo creo que tanto una como otra estructura tiene complicado su imaginario de distinta manera, pero si tienen algo en déficit, no es como decirlo, pero hay algo de su funcionamiento que requiere un sostén un acompañamiento.

E- ¿Podría ser un sostén desde una apoyatura simbólica?

M- Claro algo del orden del semejante, una apoyatura de otro a otro desde el semejante,

E- Con la psicosis de juega muchas situaciones donde uno puede ser percibido como persecutorio, sobre todo en ámbitos ¿Como son sus abordajes teniendo eso en cuenta?

M- Trato de no ubicarme en ese lugar (ríe) pero a veces uno puede o no calcular esto, o cualquier cosa le hace signo al paciente. Trato de correrme de ese lugar.

E- ¿Cuáles son los cambios que diría que se observan en el paciente con su pasaje sobre el dispositivo?

M- Yo creo que los talleres contribuyen mucho al orden de estabilización sintomática y a la apertura a lo social diferente a la que traían. Generalmente vienen con una relación con el otro muy interrumpida. Lo ideal es que algo de eso pueda armarse y salgan de acá con algo de lo social o con alguna actividad proyectada o armada como objetivo.

E- ¿Por eso es por lo que se busca desde los espacios generar un interés para que también tengan actividades por fuera del hospital?

M- Y de entrada no se busca eso, porque la mayoría de los casos no pueden mantener eso, lo ideal es que avanzando el tratamiento proyecten como sería su por fuera del tratamiento. Y más cercanos al alta poder hacer algo afuera.

E- ¿Cuáles serían sus criterios de alta?

M- y eso es de acuerdo con cada paciente, que se dé algún objetivo general y de los particulares, que, para cada paciente sean importante, es en función de lo que se demande y se proponga.

E- ¿Hay algún espacio que encuentre más favorecedor al tratamiento de los pacientes?

M- No tengo ni idea, (ríe), no creo que nada contribuya más, creo que funciona bastante bien todo junto, al menos este que conozco, está armado así de esta manera y funciona muy bien con relación a los pacientes. Después el camino que recorra cada paciente es singular, pero como dispositivo terapéutico creo que funciona muy bien. Yo trabajé mucho tiempo en un hospital de otro dispositivo y para mí fue una novedad encontrarme con mi función, la de referente, novedad en todo el sentido. No conozco otros dispositivos que tengan referentes. Así que tuve que ayornarme en como venía la mano en esta función, tenía mis reparos de cómo funcionaba.

E- El HdD se presenta como un dispositivo donde se encuentran distintas miradas con relación a los tratamientos, siempre con objetivos comunes. ¿Cómo diría que resulta de ese encuentro?

M- Resulta dificultoso trabajar en equipo a veces, sobre todo también con un equipo por fuera, siempre hay diferencia de criterios a mayor o menor medida, pero creo que es más complicado trabajar en equipo entre los profesionales que con los mismos pacientes (ríe), a veces se torna muy difícil, pero hay que seguir en beneficio del paciente, lo bueno es que el contacto hace que nos enteremos de cosas que le pasan en otros espacios y eso ayuda mucho a saber bien cómo actuar.

E- ¿Qué efectos observa en los pacientes con trastornos psicóticos o esquizofrenia, que hacen su pasaje por este dispositivo?

M- La estructura que ofrece el HdD aporta un marco simbólico que le permite al paciente un ordenamiento, su propio encuadre de cada actividad y lo que implica los distintos pasajes y vinculaciones con otros profesores de los talleres y profesionales le dan ese borde simbólico, que permite al sujeto moverse dentro de sus posibilidades y lo mantiene más ordenado para replicarlo en su vida diaria.

E- ¿Qué repercusión de lo sucedido en los talleres se pueden ver en espacios de terapias grupales o individuales?

M- en las individuales no se mucho porque no estoy en eso, si en las grupales donde coordino, por supuesto me llegan comentarios de talleristas sobre algo que pudo decir o hacer un paciente en tal o cual taller y se trabaja con eso, se remite a su dificultad y se trabaja sobre esto. Algunas veces las repercusiones son buenas donde el paciente pudo hacer muchas cosas y después en la grupal hablan de eso y de cómo se sintieron o de que les ayudo para algo de su vida cotidiana, pero también muchas veces nos enteramos de dificultades dentro de los talleres y bueno ahí apuntamos a ver qué fue lo que paso y el origen de su malestar.

E- Respecto al paciente X que tuvo que ausentarse de yoga por el malestar que le generó.

M- (Interrumpe la pregunta) Claro, bueno con x lo que sucedió es que le detonaba mucho el yoga con una experiencia en un ámbito similar a una secta y comenzaba a tener delirios, el paciente dejó de ir a ese taller porque no le resultaba eficaz para este tipo de paciente, pero el resto manifestaba buenos comentarios sobre lo trabajado en ese taller. Generalmente cuentan que lo pueden aplicar en su vida, quizás no lo que aprenden en el taller puntualmente, pero si les genera mayor tolerancia al estar con otros, esperar turno, solventar vergüenzas y demás cosas que tienen poco adaptativas, y pueden encontrar en el taller y la relación grupal algo que les sirve como herramienta después por fuera del hospital. X después retomo el taller y se sintió mucho mejor, por eso es importante el trabajo en equipo y que los talleristas informen esto también que pueden ver, cuando sucede algo más raro de lo normal (risa)

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 3 a Sabrina – Psicóloga – Área: Referente

E- ¿Cómo definiría el HdD?

S- Para mí el HdD es un dispositivo de transición entre el momento agudo, que es el momento más crítico de más gravedad y la vida en comunidad donde el paciente vuelve después de ese episodio agudo. En mi imaginario estaría el HdD se ubica en el medio de esas situaciones. El paciente estaba con tal aislamiento y retracción libidinal que le resultaría muy dificultoso retomar el ámbito social normalmente. No es lo mismo el paciente internado, en cierto modo privado de su libertad, que la oferta que damos desde acá de que el paciente pueda transitar en un lugar de puertas abiertas. Cuando el paciente no viene y no se adhiere al dispositivo trabajamos en bueno, ver cuál es su decisión sobre no venir y hacerlo pregunta en relación con lo que quiere del tratamiento. Nunca los obligamos a venir ni es algo controlador. El tratamiento siempre es grupal, tienen como condición tener tratamientos individuales con su equipo tratante constituido. Algunos entran con el equipo a armar y se lo damos. Que sea grupal significa que se realiza todo el tiempo acompañado con otro y por otros, estas inserto en un grupo todo el tiempo, porque trabajamos la inclusión social de este paciente que se desconectó tanto de la realidad social que suelen hasta olvidarse de habilidades sociales o tolerar cercanía física. Vienen a estar en comunidad con otro y con profesionales que tienen cerca para abordar las problemáticas que puedan aparecer de esas convivencias. Hablando con el paciente de lo que le pasa y haciendo

intervenciones y vemos en los desayunos que un paciente está irritable o hipomaniaco y podemos detectar eso dentro de un momento grupal con el hecho de verlo interactuar con otros.

E- Desde lo terapéutico, ¿Cuáles son los efectos que generan los talleres que brinda el HdD?

S- Cuando se inició el planeamiento de los talleres que se deben incluir se dividen en dos grandes grupos la cuestión creativa y recreativa del movimiento corporal y por otro lado las de más expresión artística escritura arte literatura que dependen al estarse simbólico mediante producción de objetos. Pensamos que los talleres se presentan como escenas que provocan emociones, los talleristas no son psicólogos ni psiquiatras sino idóneas en el área que coordinan, por lo que plantean actividades con relación a su especialidad, pero la idea es presentar actividades que actúen como disparadores de sensaciones y emociones de los pacientes. Lo que después los tratantes y referentes hacemos es trabajar con eso que el paciente trae de lo que produjo o lo sintió en esa actividad, lo que le despertó ese taller. Pueden traer conflictos cuando se propuso tal actividad y trabajamos con esa dificultad individual. Por otra parte, planteamos diversos talleres y aunque no sean obligatorios, no son optativos, no pueden hacer eso u otra cosa, la idea es que transcurran por cosas que le gustan y por las que no, porque esa es la vida, uno en un trabajo hace cosas que les gusta y cosas que no y eso es lo que trabajamos. Si pueden compartir lo que les gusta o no con otros o cual les gusta y cual no y trabajamos en función de eso. Lo ideal es que después de los talleres se lleven herramientas para aplicar en su vida diaria y muchas veces sucede lo que nos indica que estamos abordando la complejidad de la patología desde todas las áreas comprometidas y reduce mucho el malestar de los sujetos el saber que está conociendo una forma de actuar nueva que le es más adecuada y que genera menos rechazo en el mismo y en los otros.

E- Desde la teoría psicoanalítica se pueden apreciar ciertos atenuantes en vida infantil que luego repercuten en la vida adulta de forma patológica. ¿Podría decir que esto se ve en la práctica?

S- Desde mi teoría psicoanalítica lacaniana, puedo decir que es lo que más veo en la clínica, la importancia de la historia vital y alguna relación vincular defectuosa con sus padres, tener entrevistas con los pacientes también me lo demuestra, ahí puedo observar que durante la infancia presentaban algún indicador, sin generalizar, los padres traen muchas veces cosas que pasaron los pacientes cuando eran niños, ideas delirantes, alucinaciones. En común veo dificultad en la sociabilización desde chiquitos, nenes que nunca se adaptaron en el jardín o que no podían empezar etapas de compartir quedándose solo en juego paralelo.

E- ¿Y respecto a la vinculación parental en la infancia?

S- Es muy diverso, de todas maneras, por lo general vemos que hay un problema de vinculación con los padres, que seguramente es desde la infancia del paciente, vimos muchos pacientes con madres complicadas (ríe), la importancia de la diferenciación de madres con él bebé o quizás otras super exclusivas de ese bebé, que ahora está viniendo como adulto al hospital de día. Se observa que esa relación vincular con los primeros objetos luego repercute en la vida adulta por algún desencadenante estresor.

E- ¿Un ejemplo podría ser el caso Schreber, que desde un desencadenante estresor desarrollo una patología similar a los pacientes del HdD?

S- Si, ese caso es como muy emblemático y útil, que muestra muy bien eso que decís que es el desencadenamiento. Yo cuando recibo un paciente hago dos cosas, por un lado, me fijo el trastorno con el que vienen, y por otro lado hago uno propio de la estructura para dilucidar si es neurosis o psicosis porque eso va a determinar las intervenciones que yo voy a hacer. Las estructuras no cambian, si hay lo que en la teoría lacaniana determinamos psicosis ordinarias, lo que sería una estructura psicótica sin presentar nada de lo florido psiquiátrico, muchas veces no ideas delirantes y son esas personas que se puede desarrollar y trabajar o tener una familia que en algún momento algo lo detona. Donde su imaginario se ve comprometido. Uno ve que ese mundo imaginario se quiebra para la persona, y el dispositivo brindaría un andamiaje. Quizás por ejemplo una persona tenía un sostén imaginario anclado en su marido y tras un divorcio esto desencadena, o personas que toda su vida trabajo de algo y al momento de la jubilación esas identificaciones q lo sostenían hacen síntoma. Eso habla de su estructura ningún neurótico tiene esa caída.

E- ¿Podría decirse entonces que el grado de lo disruptivo que resulta para el paciente influye en el diagnóstico?

S- Claro, totalmente, los analistas nos enfocamos en la realidad psíquica, quizás algo que uno piensa poco grave para la realidad psíquica del sujeto resulta terrible y en función a la reacción del hecho y no al hecho en sí, es que hacemos los diagnósticos y los abordajes particulares.

E- ¿Cómo definiría la función del referente?

S- Yo como referente, voy viendo su pasar en los talleres mediante entrevistas, y voy haciendo como un recorrido y seguimiento del paciente. Veo como están sus aristas en lo familiar en lo vincular en los talleres y vas viendo cómo evoluciona en su tratamiento durante el dispositivo. Muchas veces uno es comunicador entre los distintos espacios familia paciente y equipo. El paciente trae algo y vos lo comentas en el equipo para que haya un enlace entre todo el equipo.

E- ¿Cómo se aborda la posibilidad del paciente de generar sintomatología paranoide con relación a su referente, o a cualquier que aborde su tratamiento?

S- El psicótico siempre tiene el riesgo de ponerse paranoide, para el psicótico todos los otros son posibles amenazas, nunca tiene una relación con el otro amena como tenemos los neuróticos. Yo nunca me voy a poner en el lugar de saber, de explicarle las cosas, los chistes que hago, quizás me diga algún neologismo o algo delirante, no lo interpreto, no le devuelvo igual que al neurótico. No hay tanta libertad de intervenir, hay que ser muy cuidadoso del lugar que Tenes para el paciente como otro. Por eso está bueno el espacio de asamblea y de desayuno porque podemos ver como están, escuchamos como se sienten a lo largo de su tratamiento, y estamos de un lugar de más igual, siendo profesionales, eso permite que no sea tan delirante que si nos vieran una vez cada tanto y no supieran por ejemplo que un paciente se fue porque fue dado de alta o un profesional nuevo que ingresa. El desayuno y las asambleas permiten entre otras cosas esto de que no se haga ese armado delirante, disipando dudas en el momento. También ahí contiene angustias para que el paciente de alta pueda despedirse de sus compañeros y estos proyectar ahí su propia alta y sentirse como más esperanzados y con ganas de seguir el tratamiento.

E- ¿Cuáles serían los requisitos para el alta?

S- Es una pregunta interesante, depende de la persona, cuando haces una entrevista de admisión vas armando unos objetivos importantes que le resulten necesarios al paciente, y para dar el alta hay que ver que construyo esa persona como proceso durante el HdD. Muchas veces nosotros vemos a un paciente que esta para alta, pero apuntamos a que el paciente sea el que lo solicite y lo pida cuando realmente sienta que lo necesita. Hay algunos que vienen y nos dicen que están para alta y es así, y nosotros damos el ok, despedida en la asamblea, hacen una carta de despedida y están dados de alta. Hay otros a los que les cuesta mucho llegar a la construcción simbólico del alta. En principio es que algo de ese estado agudo con lo que ingreso disminuya. Quizás la adherencia al tratamiento resulta un motivo de alta, que el paciente pueda mantener la medicación y la terapia cuando antes no podía y solo tomaba la medicación en el hospital. Otras veces es que puedan sostener alguna actividad que se proponen por fuera del hospital, para construir y sostener un vínculo o una red social que antes no podía ni plantearse. Siempre se busca que la persona padezca menos, hay alucinaciones por ejemplo que son crónicas que al paciente nunca se le van a pasar, pero si el sujeto está estabilizado y se logra reducir esos efectos negativos de las ideas delirantes o alucinaciones, puede ser funcional.

E- ¿Resulta benéfico para una transferencia positiva el contacto diario con los pacientes?

S- La cotidianeidad y el trato que tenemos de empatía con el paciente por lo general a pesar de toda esa sintomatología que dificulta lo social, resuelve mucho la transferencia positiva. Que el paciente pueda tener contacto y sepa que estamos, que puede apoyarse en nosotros es decir contar con nosotros, con ese sostén imaginario que al principio no tenía, genera una transferencia que incluso después en el momento del alta se juega de manera muy positiva. Yo tengo pacientes que una vez por año vuelven me traen algún regalito (ríe), me cuentan sus avances y lo bien que estuvieron, aunque al principio hayan sido pacientes super complicados y agresivos al momento de entrar al HdD. Pero es así como te decía, la posibilidad de darle a ese sujeto un sostén para que pueda generar identificaciones positivas y empezar a ver al otro como no tan amenazante como el suponía es muy bueno y el dispositivo y pasaje por los talleres influye mucho en eso, en el trabajar su vínculo con el otro estando con muchos otros alrededor.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 4 a Julián – Psicólogo – Área: Referente

E- ¿Qué considera que hace terapéutico a un taller expresivo dentro de un HdD?

J- En realidad, a diferencia de la tertulia que tuvimos con el hospital Álvarez donde los talleres los hacían los psicólogos con alguna afinidad al arte en sí, creo que es importante pensar si lo que hace terapéutico al taller es el taller en sí o quien lo coordina ¿no? En el momento ellos mencionaban que lo importante no es si lo producido es bello o no si no los efectos terapéuticos, creo q no está puesta la mirada en lo bello desde un nivel plástico de la producción si no en como cada paciente este metido en la cosa, en lo que hace. Incluso de baja a veces la línea de que los talleres deban ser coordinados por profesionales o no.

Lo que hace terapéutico a un taller es quien lo ejerce o la actividad misma porque me parece que es algo importante de diferir ¿no? Porque por un lado importa el hacer del sujeto, el proceso, pero no quiere decir que importe lo mismo un taller dirigido por profesionales que pueden tener otro acercamiento. Me parece que esa discusión esta buena de si son terapéuticos o no o deben ser coordinados o no por terapeutas, el Álvarez planteo en ese ateneo que bueno, lo de ellos, donde los psicólogos son a su vez talleristas se ve desde un déficit de recursos, osea, no tenemos forma de solventar los costos del tratamiento incluyendo otros actores en los talleres que no sean los mismos profesionales de la instituciones, algo que eso acá en HdD no se aplica, son

lógicas diferentes pero que buscan igual un mismo resultado terapéutico, nosotros presentamos talleres con profesionales del área del taller que vamos a dar. Quizás por necesidad ciertos lugares tengan talleres coordinados por profesionales, por un tema de reducción de costos, acá afortunadamente los talleres son por sujetos idóneos y los grupos son operativos a lo Pichón, o grupo de tareas que se enfocan en la tarea y no tanto desde algo super psicológico que podría impartir un psicólogo. Los talleres son como el soporte, el lugar y el material donde se plasman las fantasías los mecanismos de defensas la angustias. Empiezan a ser como el soporte, que puede ser tanto corporal vincular como en teatro, donde hay un cuerpo y una relación con otra cosa, con un sí mismo, pero con el papel que ejerce, el practicar ese ser siendo otro. La relación con ese otro que mira. Uno cuando actúa es uno, pero en realidad deja de ser un poco ese uno enfermo si no la proyección de como sería ese otro sano.

E- ¿Cuáles son los cambios que observa en el pasaje del sujeto por los distintos talleres y espacios del dispositivo?

J- Hay pacientes que disfrutan mucho de esos espacios y como las intervenciones que suceden entre los talleres, repercuten después más allá de ese ámbito. Como las intervenciones que no vienen de esta relación entre psicólogo y paciente terminan siendo quizás más escuchadas por lo pacientes al sentirse más pares con este personal idóneo y en ese punto también creo que no solamente es el despliegue de la subjetividad y la singularidad de cada uno, sino que también hay despliegue de las intervenciones.

Eso que se ve también en el taller de escritura y de teatro, desde quienes quizás se vean muy retraídos o pasivos y después se activan mucho en esos talleres. La paciente X, por ejemplo, se venía muy comprometida al iniciar en el dispositivo y su conducta cambio rotundamente cuando empezó a hacer producciones en los distintos talleres.

E- ¿Podría considerarse beneficioso desde lo terapéutico para los pacientes, que el taller sea coordinado por una persona idónea en vez de un psicólogo o psiquiatra?

J- si por supuesto, Una de las ventajas que el profesional a cargo del taller no sea "psi" es que también sale de esa lógica y sus intervenciones son más intuitivas y descriptivas que formalizadas y también es recontra valioso y eso a los pacientes muchas veces le genera cambios distintos que si se los dice alguien del ámbito "psi" donde se presenta una especie de diferencia jerárquica por así decirlo entre el paciente y el psicólogo.

Esos espacios permiten también algo ligado con la ternura, no es solamente las realizaciones de las tareas sino al ser grupal también se juega mucho del realizar algo

rodeado o con ayuda de otro. Lo que permite que se de en los talleres como también pasa en los desayunos y las asambleas es la posibilidad del relacionarse, y a los pacientes les pasan cosas cuando uno participa o no y la forma en la que lo hacen también genera efectos especulares con los otros, que los va regulando.

E- Durante el taller de arte se pudo apreciar esa regulación cuando la paciente X tomó muchas herramientas del espacio generando mucho malestar a los otros pacientes que hicieron pedido de una actitud más colaborativa a X.

J- Claro, por ejemplo, en la paciente x, lo que paso es que se apropió de todo un panel de dibujo en arte y todos los pacientes se enojaron mucho. Lo bueno es que pudieron expresar esto y pudieron limitar esa cosa tan expansiva de la paciente. Y también se vio en otros talleres y las de terapia grupal. Por eso es importante las reuniones de equipos generales donde se encuentran también todos los talleristas así estamos todos enterados de cómo se van desarrollando todos los talleres.

E- ¿Cómo se aborda lo obligatorio de asistir a las áreas de terapias grupales y la importancia de respetar los deseos de los pacientes a no presentarse a los talleres?

J- El tema de la obligatoriedad de los talleres también es interesante, eso de que es obligatorio, por un lado, si lo es, pero desde la práctica no pasa, y en cierto punto si no es por inhibición o dificultad y es más por una elección del paciente que buscamos que se empiece a mostrar. En el ámbito neurótico muchas veces hacemos cosas que no nos gusta a hacer, en la psicosis puede verse más como un sometimiento si es algo que se lo obliga. Por eso es la diferencia, entre hacer algo que no nos gusta pero que lo hacemos porque tenemos que hacerlo por tal motivo, a hacer algo porque nos sentimos obligados y después los pacientes pueden sentirse muy perseguidos y contrariados por algo que se los obliga a hacer.

La obligatoriedad esta bueno por un lado que si se enganchan sea porque lo eligen y no porque deben hacerlo a pesar de sus dificultades.

E- Respecto al paciente Y, se pudo apreciar su cambio en estos meses por el pasar en el dispositivo, incluso hizo mención de que lo aprendido en los talleres le permitió convivir con sus alucinaciones.

J- Claro es que el tipo ve que se muere, osea escenas de su propia muerte, por eso podemos relacionarlo como algo de su psicodinámica de su psicopatología, dentro de lo que Klein pensaba y winnicott también, la manía como respuesta a ideas muy depresivas, osea expando porque veo que muero todo el tiempo.

E- ¿Puede pensarse que esas imágenes van a dejar de verlas o el abordaje se enfoca más en retirar ese valor afectivo de las imágenes para continuar con su vida cotidiana?

J- Creo que es mejor enfocarse en esto segundo que decís, que es lo posible y trabajable, un poco con lo que trabajábamos la otra vez, incluso la medicación influye a nivel afectivo y si puede eliminar la alucinación, pero si nunca va a volver a pasarle eso nadie lo sabe.

E- En el paciente Z la alucinación, ¿Podría decirse que tenía otro valor, quizás también de sostén?

J- Claro en ese paciente era importante una de sus alucinaciones donde escuchaba la voz de la madre que lo ayudaba y lo calmaba, y pudo callar las otras que le decían cosas terroríficas, por eso situar la dirección del tratamiento en la eliminación de algunos síntomas no es un buen camino porque es mandar al paciente a una posible frustración que no sabe cómo responder si no se resuelve. En general buscamos que el paciente pueda soportar o quizás aplacar ese malestar con medicación y terapias desde distintos aspectos.

E- ¿Cómo se intenta resolver en pacientes como A, donde no participan, pero si se presentan a los talleres?

J- Esta buena la pregunta, porque también lo que pasa es que con un taller con determinados objetivos y de modalidad grupal no deja de permitir la propia singularidad de los sujetos. Para este paciente que este en un taller es muchísimo, antes no podía ni comunicarse, tenía una fantasía como diría Freud, de que se sentía desnuda. No podía ir ni a los desayunos, mucho menos a las asambleas donde estamos en ronda y nos vemos permanentemente cara a cara; hay muchos fóbicos sociales que son esquizofrénicos como en este caso y no podía relacionarse con los demás porque se sentía siempre muy vulnerable. Ella antes era bailarina y el poder hacer talleres de movimiento corporal yoga y teatro que tanto le gustaban antes de su internación es muy bueno. Los talleres resultan como un termómetro para medir estos avances del paciente.

E- Lo familiar ha notado influir mucho en el tratamiento, en el caso de B el padre resultaba ser más que un sostén, un origen del malestar del sujeto.

J- Sí, la familia tiene mucho poder sobre un buen tratamiento para el paciente, como también muchas veces resulta prejudicial, por algo son psicóticos los pacientes, de algún lado adviene esta patología; las paranoias están en todas partes, la esquizofrenia de B es más colorida quizás porque se ve más con una persona que le genera extremo malestar, y con eso debe trabajarse, que si bien no puede dejar de verlo, pueda al menos no dejarse llevar tanto por lo que le dice; un video que usaba mucho era el de x persona famosa, porque había muchas cosas en su discurso que denotaban una psicopatología donde la realidad no estaba bien conformada. Hay un

intento de valor reconstitutivo de intento de volver a libidinizar y relacionarse con el mundo, y por otro lado hay conservación de objetividad cuando las sintomatologías no están tan dispersadas. A partir del nuevo código civil hay presunción de capacidad y las discapacidades no son totales sino parciales. No hay pérdida total de vínculo. En los textos freudianos él hace un paralelismo donde el síntoma neurótico es como una pequeña psicosis, el síntoma este precipitado con las fantasías. El modelo es el mismo. El síntoma es una formación de compromiso a la defensa de fantasía y el delirio también lo que, porque conjuga esa retracción de la libido, la vivencia apocalíptica del fin del mundo y los arreglos psíquicos que puede hacer el paciente con eso. Si bien el psicoanálisis tiene ciertas explicaciones de la génesis del psiquismo, también hay una capacidad plástica de los sujetos, en el sentido de ir haciendo arreglos o parches frente a las situaciones.

E- Sin embargo, Freud no menciona puntualmente esa génesis ¿cierto?

J- No, vamos a recurrir a Winnicott y su concepto de falso self, él supone que hay una tendencia al desarrollo y crecimiento y estructuración del psiquismo que, si no es demasiado maltratada por el ambiente y si este es suficientemente bueno, que lo contenga existe algo que será el ser que es relacionado con la vivencia de ser donde se va a estructurar el yo.

No es que se queda sin capacidad de respuesta, sino que hay una deformación defensiva para dar respuesta. Si hay falencias en esa vivencia del self, se va a ir armando una cascara.

E- Es por esto por lo que los neuróticos podemos ser distintos en muchas situaciones, ¿Adaptarnos, podría decir?

J- En el mejor de los casos sí, nos manejamos y actuamos de diferente forma en distintos lugares, seguimos siendo nosotros, pero nos adecuamos al contexto, y el falso self es esa cascara pero algunas son más gruesas que otras, y permite que uno se cuide a sí mismo porque no hubo en algún momento ese otro que lo haga, desde los recursos que cada uno cuenta, hay algunos más precarios y muy escasos, entonces esto es un arreglo. Y si seguimos este modelo, algunos movimientos y cuestiones identificadorias hacen que se genere la psicosis. El falso self como modelo, pero no como único y explicatorio, pero sí como esos autocuidados o autocuraciones que se producen. Y como algo muy útil para explicar mecanismos.

E- ¿Puede hablarse de falso self en la psicosis?

J- Puede verse, pero no cualquier falso self es patológico, lo que determina esto es el empobrecimiento del self, cuando no hay espacio ni todo el espacio, o mejor dicho la defensa se hace intensiva a todos los aspectos de la vida y conlleva a que uno no

pueda liberarse o disfrutar, en términos llanos ahí es un problema, por eso Winnicott dice que va a depender la psicopatología con esa cascara y la relación de los cuidados ambientales y cuando, no es lo mismo fallas de cuidados en estados tempranos que a los quince años.

Las esquizofrenias no pueden ser por lo general, tienen brotes durante la efervescencia sexual y cuando es más tardía para pensar otras cosas, o un diagnóstico poco eficiente, por ejemplo. Demencia precoz o avanzada fue en su momento, por ejemplo. En relación con el momento de inicio.

Por eso es importante rescatar que esta teoría da muchas explicaciones, son hipótesis, en este tipo de población suele estar acertado, pero es muy riesgoso generalizar. La riqueza de Winnicott es que no determina todo en la función del ambiente, sino que también está en las capacidades propias de cada sujeto y los arreglos que puede hacer con eso.

E- ¿En el caso de A puede decirse que el padre se pone en relación especular con A?

J- Claro tal cual, con A pasa eso mismo, no hay un otro que pueda contener si no alguien que se pone a la par, pero desde un lugar muy intrusivo para el paciente. Eso pudo seguramente haber interferido en un desarrollo óptimo para el psiquismo de A y generar toda su patología.

El texto que habla del nombre del padre es una muy mala traducción porque en realidad es el no del padre, después hubo reformulaciones, pero de lo que no hay lugar es de la castración, el significante del no del padre es lo que dice uno anda por esta ruta y no por cualquier lado, ahora es una arbitrariedad si lo es, pero permite que nosotros estemos de este lado, ¿qué pasa en la psicosis?, lo contrario, no está adquirido este significante. El nombre de padre garantiza determinar una realidad una forma más completa.

E- ¿Porque el psicoanálisis puede aplicarse a estas patologías y no solamente a la neurosis?

J- Y porque a pesar de los textos primarios del psicoanálisis como los de Freud son tan viejos o de larga data, se pueden aplicar en la cotidianeidad actual, tienen una trascendencia que a nuestra cultura continúan siendo fáciles de aplicar. También puede ser porque a través del lenguaje y su relación con él sujeto puede encausar un posible y muy efectivo tratamiento.

E- ¿Cuál sería el objetivo principal del tratamiento en pacientes con psicosis o esquizofrenia?

J- El objetivo del tratamiento es siempre que deje de importante tanto ese delirio o alucinación. Cuando ustedes llegaron se iba de alta x. que empezó a escuchar voces de su madre y de otra mujer que lo atacaba, el paciente cuando dejaba de escuchar las voces se recontra angustiaba porque se sentía muy solo, por eso muchas veces quizás no haya que erradicar el síntoma totalmente porque es lo que lo sostiene, en la paciente Y si hay que trabajarlas porque es algo terrible para ella que la incitan al suicidio, lo importante es que de la medida que sea egodistónico el paciente pueda hacer algo con eso, tomar distancia. Este paciente va a estar loco por el resto de su vida, vino con un estado muy severo de disfunción muy grande, lo importante es que luego del pasaje por acá pudo ir mejorando y actuando de manera más sana, con o sin voces haciendo algo con eso y no sintiéndose tan acosado por esto.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 5 a Pablo – Profesor de Teatro – Área: Taller de Teatro

E- ¿Cómo se trabaja en un taller de arte con pacientes con psicosis y esquizofrenias?
¿Qué tiene en cuenta para el armado del taller?

P- Acá en suma lo que siempre hacemos es reunirnos todos en ronda que parece un detalle menor, pero para mí es una forma de reunir a todos en un momento que invita mucho a todos incluso a los que no quieren participar que están desde las sillas a al menos acercarse a saludarnos. La ronda de recomendación yo la llamo, me parece muy interesante porque es cuando todos hablamos de películas u obras de teatro, también les pregunto a algún paciente nuevo si le gusta actuar o si le gusta el teatro o el cine o si ven alguna serie como par empatizar no solo conmigo sino también entre todos y puedan quizás hablarse cuando no se hablaron en todo el día. Poder socializar un poco que a ellos muchas veces se nota que les cambia mucho el ánimo la presentación de cada uno la forma de interactuar. Esa primera instancia para que todos estemos reunidos es buena, muchas veces hace que quizás alguien que nunca participaba queda envuelto en la ronda y empieza a hacer algo.

También hacemos una ronda de reconocimiento, para poder diferenciar el espacio, donde puedo caminar como quiera, correr el registro común de como caminan siempre en la calle, por ejemplo. Que empiecen a articular y habilitar el espacio a lo que sea. Y

después de movernos hacemos un poco de improvisación, siempre busco un disparador ya sea un tema o imágenes de cuadros o algo que haga de disparador, no reproducir si no moverse según lo que sientan como un trampolín para que imaginen y creen nuevas experiencias. Son dinámicas para activar y articular el cuerpo y descubrir espacios distintos y trabajar que se siente estar en otros espacios pensarse en otras situaciones algunas difíciles otras más sencillas porque todo eso después lo trabajan. Lo ideal es trabajar con algún disparador e ir viendo el interés general de los pacientes para ir regulando eso con quizás otra cosa que les puede gustar más o dejar de usar algo que les puede resultar molesto.

E- ¿Cuáles son los cambios que puede reconocer en los pacientes, después del paso por los talleres?

P- Si, yo veo muchos cambios, desde ellos mismos a cómo van cambiando actoralmente ¿no? Yo, digamos trato de pensar el espacio del taller como un espacio que pueda contener a todos. Una cosa que tiene le HdD como dificultad es el tránsito de pacientes, por ejemplo, de 15 pacientes tengo 10 que están hace un año y 5 que entraron en esa semana, entonces tengo que articular con los que ya saben y los que empiezan de cero y que tienen que sentir que espacio los incluye y no los deja por fuera. Se busca que no estén tan temerosos frente a esos que están desde hace tiempo. Lo importante es que esos que ya estaban no se aburran y que los nuevos vean que es un espacio de juego donde pueden aprender de a poco y si se equivocan no es nada. Respecto a lo otro es como que ningún ejemplo que tenga se vuelve ley. He visto paciente que yo llegaba y no me podían ni saludar ni dar un beso, y después terminan haciéndose una improvisación increíble. Muy teátrica a brazos abiertos y saludando al público, sin ningún tipo de inhibición y también tengo pacientes que quizás empezaron sumándose mucho y después presentaron una desmejora muy notoria. La paciente x antes era super activa y ahora es como muy vergonzosa y vuelve para atrás, no se lo adjudico al taller, sino que es un reflejo muy fiel de lo que les sucede clínicamente. Y después cuando charlo con los profesionales si efectivamente algo les estaba sucediendo.

En cuanto a lo social entre ellos veo que genera muchas mejoras, un día sos enfermero otro médico otro chanco otro hijo o madre, y esto después lo hablan. Entre ellos vincularmente les hace muy bien, se divierten y al perder la vergüenza y hacer el ridículo, esta bueno plantear que no hay bien ni mal si no todos deben intentarlo.

Muchas veces los (pacientes)viejos ayudan a participar a los nuevos, eso es más por el trabajo grupal, como todos se van como incentivando a actuar e invitando a hacer algo nuevo y diferente. Muchas veces pasaba que muchos pacientes que estaban mal como que hacía que los otros se sintieran mal porque la mayoría estaba mal, lo bueno

es que al entrar nuevos pacientes van renovando la energía del grupo, muchos que tienen ganas de participar que se copan a lo novedoso y se suman a las propuestas y eso beneficia que si hay un grupo con más resistencia al espacio hay algo de esa energía que los trae más al espacio. Ahora veo que hay como una nueva camada de pacientes con muchas ganas de participar que hay que el grupo que antes no estaba tanto con ganas se sume. En teatro trabajamos mucho con la energía grupal, recién estábamos ahí y había cuatro que no querían pasar, y como vieron que los otros se divertían y la pasaban bien, me preguntaron si podían pasar después. Eso invita a que el otro no quiera perderse de estar bien.

E- Se observo una situación en la cual la paciente Y menciono no tener conocimiento si lo actuado era verdad o era algo ficticio. ¿Cómo considera esto sucedido?

P- Y la verdad que fue muy feo ese momento, porque no podía hacerle entender que lo que pasaba era mentira, osea ficción, sobre todo porque ella contaba que lo que estaba diciendo era verdad. Por suerte nunca más paso algo parecido, y era una paciente nueva que recién volvía a conectarse no solo con el espacio, sino que también con todo el mundo, ósea le iba a resultar difícil. Yo para esto siempre les recuerdo que siempre que haya uno que está haciendo algo para otro que mira es mentira. Si para vos es mentira o verdad o estas recurriendo a un recuerdo que te sirve para actuar siempre contas con nosotros como espectadores que pensamos que es mentira y no vamos a juzgar ni nada. Lo interesante de esto es que a ella se le borro un poco de ese límite de verdad mentira, pero después volvió a actuar normalmente los otros días y le sirvió para no sentirse tan perseguida.

E- El momento de cierra resulta muy comentado por los pacientes luego del taller. ¿Considera un espacio fundamental terapéutico?

P- Si claro, a mí me interesa cerrar el espacio siempre haciendo un momento de reflexión para poder hablar, que me cuenten como se sintieron que les resulto más dificultoso, y yo le hago una bajada a lo que hacen como para poner en palabras cosas que ellos puedan concientizar y darse cuenta en palabras, pongo en palabras eso que ellos decían con el cuerpo. Eso a la larga lo adquieren como herramienta. Poder decirles “vieron como hicieron para solucionar tal cosa que se presentó en tal escena” o “que bien que hiciste eso cuando paso tal cosa”, lo concientizan y se les vuelve herramientas, que ves que ellos después repiten en el taller y en su vida cotidiana o me dicen “me paso algo que hicimos en el taller, hice lo mismo y salió bien”, me parece fantástico.

E- ¿Afirmaría entonces que el pasaje por el taller genera mejoría en la sintomatología del paciente?

P- La verdad yo creo que sí, pero es más el apoyo en todo el dispositivo, he visto muchos casos donde les hace muy bien y otros donde no, para mí es un espacio que es muy bueno que lo tengan, dándoles un buen espacio para divertirse, reírse, y presentándole un espacio que quizás también está afuera, pero ellos afuera no lo harían. Que puedan pensar estoy haciendo un teatro de grupo y me divierto, me parece que está bien que se lo tomen con la seriedad del taller y lo comenten, experimentar un espacio que no está planteado como parte de un tratamiento con ese peso. Es parte del tratamiento, pero no desde un lugar de algo que les pese sino de un lugar de interactuar pasarla bien y eso después repercute en otros espacios. Hay algo del hospital de día que hace que los pacientes se sientan mejor, desde espacios que sean más vírgenes de algo tan teórico y psicológico, nosotros planteamos una exigencia desde el solo hecho de estar, puede no hacer nada, pero ya estando algo está haciendo. Porque vos ves muchas veces pacientes que no hacen nada, pero están sentados y mirando o aplaudiendo con ganas de poder actuar, aunque todavía no pueda, para mí es importante que estén, ya estando es una forma de participar.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 6 a Laura – Lic. En Musicoterapia – Área: Taller de Musicoterapia

E- ¿Cómo definiría el taller de musicoterapia en relación con sus modalidades de trabajo terapéutico?

L- El espacio de musicoterapia, yo no lo llamo taller porque no es una modalidad de taller, es un espacio terapéutico donde se trabaja con el sonido, con el cuerpo, la voz, la música y la palabra, porque estamos inmersos en una sociedad de palabra ¿no es cierto? El lenguaje y el sonido envuelve a todos los sujetos, queramos o no. De pronto hay pacientes súper graves donde la palabra esta super obturada y la palabra se usa mucho menos y el lenguaje o la modalidad de comunicación es desde lo sonoro o lo corporal hasta que se establece mayor vínculo con los objetos y aparece algo de la palabra.

E- Pudo apreciarse muchas veces comentarios dentro del espacio, donde los pacientes cuentan sus sentimientos sobre alguna actividad realizada. ¿Cómo se

presentan las intervenciones dentro de un abordaje terapéutico en un espacio de musicoterapia?

L- Muchas veces lo que sucede en el espacio de musicoterapia yo lo derivo a su espacio individual de terapia, porque no me corresponde a mi seguir indagando eso en la palabra dentro del espacio, sino es mejor que lo elabore en su terapia individual. Todo lo que surgió por medio de una canción o ritmo debe ser retomado después en sus trabajos dentro de sus psicoterapias individuales.

E- ¿Cuál es la contribución que hace lo musical a lo terapéutico?

L- La música es un lenguaje que te atraviesa, va directo a las emociones sin barrera a veces, realmente uno no puede poner barrera y surgen emociones vivencias o recuerdos que estaban muy tapadas y se producen movilizaciones muy grandes que trabajamos desde lo musico-terapéutico pero lo correcto es que después lo trabajen desde su terapia individual. La música contribuye mucho a lo terapéutico desde el lugar que hace que a la persona se le mueva algo muy propio en relación con algo que escucho o algo que comparte con otra persona desde alguna producción musical. Y que puedan hablarlo y trabajarlo en la terapia después resulta muy importante.

E- ¿Cuáles son los objetivos que se tienen en cuenta en estos espacios con relación a patologías complejas como la psicosis y la esquizofrenia?

L- Por ejemplo, lo que más trabajamos en la posibilidad de conectarse con las emociones, son personas que están encapsuladas dentro de vaya a saber que, vos las ves y no sabes muy bien que están expresando, te hablan con voz monocorde te cuentan que están tristes, pero sin expresar la tristeza o te cuentan que están felices sin expresar felicidad. O a veces lo que sucede mucho es que no te pueden decir cómo están porque no lo saben, entonces a veces la pregunta cómo te sentís es difícilísima para ellos porque no pueden ponerlo en palabras. Por eso lo que tratamos es de muchos veces con pacientes muy graves lo que sucede es que están desconectados con lo musical, eso refiere a hacer vínculos establecer lazos, por eso yo les pregunto siempre si les gusta la música y me dicen que si pero también pregunto si escuchan música y la mayoría me dice que no, pero que no sabe por qué, y me dicen escucho la radio, o sea no escuchan algo que eligen si no lo que ese otro le elige a ellos escuchar. Por eso lo que desde musicoterapia trabajamos que desde lo que escuchan en la radio escuchen lo que les guste, buscando temas que les gustaban y con eso comentarles a los otros y quizás empatizar y generar lazos y pueden incluso ir a un recital con otros pacientes o compartir con la familia lo que escuchan, por eso es importante conectarse con lo emocional y la musicoterapia es fundamental para esto.

También trabajar la actividad creativa porque eso les va a dar muchas posibilidades de flexibilidad en cualesquiera situaciones de la vida, en el trabajo con su familia con sus amigos durante una caminata por la calle, en cualquier situación, para que no tengan algo nuevo y les resulte tan desorganizado, que puedan practicar como actuar.

Usamos instrumentos nuevos que ellos no saben cómo suenan, y nosotros no les explicamos como se usan, lo que me interesa que ellos frente a ese objeto nuevo lo prueben, lo descubran, se den el espacio de intentar usarlo. En musicoterapia no hay errores no importa si sabes usar el instrumento si lo tocas mal, interesa que digan que les gusta y que no y porque no les gusta.

Va a haber cosas que no te van a gustar porque otro eligió y para él es fantástica y para vos es un tormento por eso poder soportar esto y expresar que te hizo sentir y decir que esa música no te gusta por esto y esto pero pude escucharla sin interrumpir, entonces el día de mañana vas a poder estar cursando una materia que de pronto no es lo que más te gusta pero lo vas a poder soportar y le va a costar más o menos pero va a poder. Es de tratar de trabajar con lo que está y que pueden y muchas veces no saben que está ni que pueden y a partir de esto ir planteando que más poder hacer.

E- ¿Podría decirse entonces que en el espacio los pacientes pueden tomar todo lo aprendido para replicarlo en su vida personal?

L- Claro, por ejemplo, en la psicosis no hay mucho reconocimiento de otro, acá trabajamos con improvisación musical que va a ir surgiendo del grupo, yo a veces toco otras veces no, y para hacer una improvisación y que más o menos suene algo tenés que escuchar al otro y para escucharlo tenés que tener en cuenta que hay otro.

Pasa con muchos pacientes nuevos que el sonido es un caos y ellos piensan sonó buenísimo. Y de pronto progresivamente van entrenándose y dicen me engancho con el ritmo de fulano y se van armando nuevos vínculos y a veces escuchan cosas, porque es también medio diagnóstico, y a veces escuchan cosas re armadas para el musicoterapeuta y el sujeto dicen lo escuche horrible y te habla de cómo está el paciente.

Nunca damos por sentado como lo hizo siempre preguntamos cómo lo armaste, nunca suponemos nada porque quizás para uno paso algo y ellos te dan otra explicación que no tienen nada que ver con lo que vos pensaste que sucedió y le da un sentido seguramente mucho más poderoso de lo que vos podías pensar.

E- ¿También puede decirse que lo que sucede en el espacio no solo permite aplicarlo en su vida personal sino también en las terapias individuales?

L- Si totalmente, ellos practican en el espacio para después replicar en todas sus áreas. Hoy sucedió con uno de los chicos que me dijo que hoy le molestaba mucho su instrumento, entonces bueno indago en porque seguiste tocando porque no lo dejaste, porque lo volviste a elegir, que es algo repetitivo de elección de lo que le molesta. Por eso en este espacio podés hacer intervenciones más directas pero solapadas, no hablo directamente de porque reacciono así con su madre, por ejemplo. Sino que desde un objeto puedo hacer una intervención que vuelca el después a su vida con relación a los objetos. Responsabilizándolo, vos lo elegiste, o si no decir bueno que bien que pudiste cambiarlo, hiciste algo adecuado para hacer que no te genere tanto malestar. No digo la próxima vez elegir otro, no, le digo la próxima fijate que podés hacer para que esto no pase, y se verá si la próxima vez elige uno nuevo o no, porque a algunas les cuesta mucho dejar eso que le molesta, es el famoso beneficio secundario de la enfermedad. Por eso es importante siempre remitirlo a que trabaje eso que dijo en sus terapias.

E- Se observo a la Paciente x irse muy enojada por sentirse fuera del equipo en el cual le toco trabajar. ¿Cómo se abordan esos casos?

L- Si ella tiene un carácter muy potente que en el pasaje por este espacio tiene que adecuarse y nivelarse a sus capacidades o sino también el sujeto debe aprender a modularse un poco con los demás. Esta ahí el aprendizaje de otras cosas más que el de usar un instrumento, el espacio genera que el paciente vaya regulando sus temperamentos para actuar un poco más en comunión. Nosotros hacemos dialogo sonoro con los instrumentos y ahí se ve como su padecer prima y ahí se ve si hay agresión o no si hay dificultad para expresarse, a veces pasa que dos personas están con un instrumento y habla solamente una y el otro ni se escucha. Y dicen yo no sabía cómo tocar y ahí pregunto si le pasa en otros lugares y le recomiendo que lo hable en su terapia individual.

E- Otros beneficios que se encuentran ¿podrían ser los que suscitan de predisponer lo dicho a lo terapéutico?

L- Claro, le permite que pueda practicar y después llevarlo a trabajar en terapia. Otra cosa que sucede cuando trabajamos con la voz canciones cantar también se generan endorfinas que hacen que se vayan con más energías, entonces a veces cuando los ves medios pinchados que muchas veces a la mañana pasa que están cansados y o medio dormidos o están cerca del fin de semanas que sabes que esos días para ellos son complicados porque significa estar mucho tiempo fuera del hospital y tener que bancarse su realidad cotidiana, que de pronto cerramos con improvisación con instrumentos y canciones y ves que se van como con un peso menos. O distintos

¿cuánto dura? Depende cada uno y del trabajo que hagan, para mí es muy importante eso.

A veces pasa que tienen la sensación interna de ese bienestar y yo les digo bueno cuando se sientan mal fíjense que pueden hacer para tener de nuevo esa sensación, si a ustedes les dio placer cantar esa canción fíjense si hacerlo en sus casas también les puede hacer sentir mejor. Muchas veces no sienten bienestar hace mucho tiempo. Nosotros en la rueda de nombres los hacemos cantados y cuando otras personas cantan tu nombre, se produce como un clima grupal de reconocimiento y propicia a los vínculos de una forma muy interesante.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 7 a Clara – Profesora de Bellas Artes – Área: Taller de Artes Plásticas.

E- ¿Cómo definiría el espacio de taller de artes plásticas?

C- para mí es un espacio para conocer y conocerse, permite que el paciente pueda entrar en comunicación con su yo creativo y darse cuenta de que puede hacer algo con eso. No es solamente un taller donde yo les enseño formas de pinturas, o de utilización de distintos materiales, eso está obviamente como en cualquiera de los talleres, aparte ellos quieren aprender cosas del taller. Sin embargo, es más un taller de ponerse a crear lo que sienten, eso que no pueden expresar por la palabra lo expresan con el arte en su producción plástica y quizás después si, cuando hacemos puestas en común, hablen de lo que hicieron.

E- ¿Cuáles son los objetivos que se tienen presente en el armado del taller y el abordaje de estas patologías?

C- Y nosotros siempre apuntamos a que ellos puedan crear algo, tener alguna relación con ese objeto que producen, usamos muchos disparadores que puedan generarle ideas nuevas o ganas de hacer alguna u otra cosa. Vos entras al taller y si bien tenemos una idea de que vamos a hacer ese día, como puede ser ayer que hicimos el mural, también había otros que se pusieron a hacer sus trabajos individuales. También permitir eso, la pluralidad de actividades dentro de un mismo taller ayuda en la convivencia y en el poder estar con otros. Donde puntualizo mucho es en que trabajen en grupos, porque enriquece no solo la producción, sino también los hace vincularse entre ellos y bancarse también, les da como una idea de lo que es la vida por fuera

donde uno trabaja a veces con alguien q no banca, o quizás hacer algo entre todos renunciando a la individualidad o al egoísmo de hacer lo que uno quiere siempre resulta difícil, y trabajar en eso con aquellos pacientes que se ven muy afectados ahí, es muy importante. El objetivo es siempre relacionarse, no solo el hacer algo puntual. Muchos pacientes tienen un trabajo de pintura, por ejemplo, que no lo terminan nunca, y siguen con eso mismo, pero después hay que llamarlos a trabajar de forma grupal, a que dejen ese lugar tan individual y convivir con los demás. No me interesa tanto lo que hacen, la producción me refiero ¿no?, me interesa más que puedan hacerlo, pasarla bien y hacerlo con los demás. Es trabajar sobre lo que más les dificulta se una forma quizás más camuflada... sin tener que decirle puntualmente “che a vos te molesta mucho estar con los demás, por eso vas a trabajar con los demás” (ríe), si no invitarlo a estar pintando con otros y que se vaya dando el dialogo que tanta falta les hace.

E- ¿Podría decir que esos objetivos de socialización y comunicación se dan frecuentemente o solo en casos esporádicos?

C- No, por suerte se da muchísimo, hay pacientes muy comprometidos por su enfermedad, que les dificulta un montón levantar un pincel, elegir un color de tempera, ni hablar de hablar con el compañero de al lado o de explicar lo que hizo. Pero son muchos los casos donde progresivamente van avanzando y haciendo producciones en grupo muy lindas. Osea, lindas, desde lo que significo eso, como el paciente desde su dificultades se juntó con los demás para elegir cosas que quería hacer, respeto tiempos, ritmos de los demás, el suyo propio, estuvo atento concentrado en algo.

E- ¿Cuáles son los efectos terapéuticos que puede apreciar que genera el taller en los pacientes?

C- Yo veo cambios muy importantes en los pacientes que después de unos quizá 5,6,7 meses de tratamiento en el hospital y viniendo al taller parecen totalmente distintos a cuando entraron. Pacientes que están todo el día tirados en los sillones, que de a poco empezaron a participar y después pueden comunicarse con nosotros, contarnos que les gustaría hacer, verlo planeando con otros algo que les gustaría hacer en conjunto o trayendo a la clase un libro una figura o algo que les gusto en sus casas y quieren intentar hacerlo acá. No es que van a venir y decirme “sabes que ahora q trabaje con ellos puedo bancarme más a mi familia” (ríe) o cosas así, pero uno ve como el sujeto va cambiando de a poco, algunas veces pacientes que dibujan solos , esos dibujos interminables de nunca acabar, que no dejan el lápiz nunca y termina siendo una hoja toda rayada después se dan cuenta de que su producción es muy oscura o con poca forma o monocromática y lo descubren en relación a las producciones de los demás. En esos casos los invito a que bueno, piensen cómo hacer para la próxima clase su

producción sea más colorida o más divertida, para que después cuando la vea terminada se sienta mejor.

E- Pude apreciar muchas veces que los pacientes como usted comentan, permanecen en los sillones muy inactivos o dormidos. ¿Cómo se aborda esta dificultad desde el tallerista?

C- Y, nosotros siempre tratamos de acercarnos, llamarlos por el nombre, “X vení, mira lo que traje”, usando siempre una forma que los invite a acercarse desde su propio interés. No obligados diciendo “che esto es bueno para vos es terapéutico”, sino desde un lugar que le genere interés. Muchas veces los pacientes por su medicación están muy cansados o dormidos y ni escuchan, otras se hacen los tontos y se quedan callados, pero escuchan todo. Lo que interesa es no ser esa persona que va a decirles que hacer, porque al ser delirantes eso genera efectos muy contraproducentes. Uno se acerca les dice “ven mira lo que vamos a hacer” y si están más adecuados a la medicación y al movimiento que genera el hospital de día ellos suelen venir. También esto de que sea grupal hace muchas veces que los compañeros los inviten a participar o les digan algún chiste para invitarlo a hacer alguna producción en conjunto. Hay que tener en cuenta siempre como presentarse, desde un lugar que no le genere persecuciones y que lo invite genuinamente a hacer la actividad. Porque si el interés es genuino lo que haga va a ser importante para el sujeto y terapéutico.

E- ¿Podría decir que la actividad de cierre también aporta efectos benéficos al tratamiento?

C- Si claro, creo que esa actividad en particular donde nos ponemos a comentar que nos gustó que no, y el que quiere muestra su producción o producciones grupales, esta bueno. No solo porque hablan entre ellos y comparten de forma activa, sino que muestran quizás lo que hicieron cuando se sentían mal y ahora lo muestran con orgullo, mostrando como resolvieron ese malestar o como resolvieron el malestar que les genero el hacer esa producción, y eso siempre es bueno y terapéutico, alivia su malestar, el arte es terapéutico en sí, aunque ni lo piensen. También muchas veces lo que hacen los pacientes se los muestran a sus referentes y eso ayuda para empatizar y tener mejor transferencia. O quizás lo llevan a su terapia individual y comentan como se sintieron con eso, y podés trabajarlo más profundamente es sumamente importante. También muchas veces se ve que uno anda muy mal por algo muy feo que hizo en comparación a lo que, hacia antes, o de forma muy dificultosa a como accionaba antes y eso permite ir mas o menos tanteando como están clínicamente. Yo cuando veo que no andan como siempre o se los ve mal busco hablar y contarle al referente para que puedan acercarse y reevaluar su tratamiento, el taller es como un escaneo también de la persona, eso está bueno e influye terapéuticamente.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 8 a Ludmila – Psiquiatra – Área: Referente

E- ¿Cómo describiría el HdD?

L- Yo creo que la mejor definición es la de un dispositivo de tratamiento ambulatorio de alta frecuencia con inclusión de talleres de expresión terapéuticos. Creo que eso lo define en lo largo y lo ancho.

E- ¿Y cómo definiría la función de referente?

L- Y eso creo que es más complicado (ríe), no hay información puntual sobre que es un referente, creo que eso te lo da la práctica. Por empezar considero que cualquiera que tenga conocimientos sobre salud mental y experiencia en la clínica de estas psicopatologías puede ocupar el lugar de referente. Acá hay muchos psicólogos referentes y yo soy la única psiquiatra, y aunque tengamos diferencias teóricas, el objetivo para con el paciente siempre es el mismo; pero bueno, en fin, la función que uno tiene que cumplir como referente, considero que es estar en contacto e informado con todo y de todo; con el paciente, con su evolución en su tratamiento, para eso es importante estar en contacto con su equipo tratante, y también con su ambiente familiar. También hablo mucho con los talleristas para saber cómo se sintieron mis referidos en los distintos talleres, sobre todo si son recién ingresados, porque empezar en un dispositivo nuevo con alternativas de talleres, es como mucho para algunos que salieron de hace poquito de una internación.

E- ¿Suele ser difícil para los pacientes comenzar a asistir a los talleres?

L- Y... el espacio de talleres engloba mucho más que hacer una actividad puntual. Pensá que son pacientes que por su sintomatología particular se encuentran muy retraídos, con altas dificultades para entablar vínculos sociales, y que además estuvieron internados en calidad de involuntaria la internación, muchas veces maltratados o destratados y eso influyo mucho en su capacidad de relacionarse con otro o incluso de querer hacerlo. También la idea de hacer algo nuevo que desconocen, lo desconocido, es algo muy difícil y complejo de abordar desde una sintomatología delirante.

E- ¿Cómo se abordan esas dificultades que influyen en el pasaje del paciente por el dispositivo?

L- Y por suerte en este HdD se abarca desde distintos espacios. Que el hospital tenga tantas propuestas y discursos desde sus distintas modalidades, enriquece mucho el tratamiento del paciente, permite abordar todas las áreas que se presentan comprometidas. Por un lado, para un abordaje preciso es necesario, en estos casos tan patológicos, la indicación de medicación. Te lo voy separando en partes para que se entienda. Yo por un lado al momento de indicar un fármaco pienso primero en sus efectos buenos y malos ¿no? Es importante que el paciente este en primer lugar, compensado, porque si no, no va a poder hacer ninguna actividad no solo en el HdD sino en su vida diaria y va a presentar mucha sintomatología positiva y mucho malestar por esto. Entonces voy a indicar un antipsicótico que accione sobre la sintomatología positiva, ya sea ideas delirantes, alucinaciones o pensamiento o comportamiento desorganizado, pero voy a tener en cuenta los efectos adversos, para esto necesito saber cómo se encuentra clínicamente el paciente, si tiene alguna patología clínica de base, muchos pacientes tienen sobre peso, entonces voy a actuar en función a eso, o si tienen diabetes o alguna afección cardiovascular que me va a permitir si implementar o no cierto fármaco y también me va a dar razones para excluir otros.

E- Durante la entrevista con Ramiro (otro psiquiatra de HdD), el mencionó trabajar de forma que ese efecto adverso pueda resultar algo positivo.

L- Si, eso es algo que hay que hacer siempre, como te decía, tener en cuenta los efectos adversos para no indicar como también según lo que presente clínicamente el paciente indicarlo si resulta benéfico, en pacientes con mucha hiperactividad o excitación resulta importante presentarle antipsicóticos que puedan generar un poco de sedación, por eso quizás algo que resulta muy sedativo para un paciente, que vos ves que el paciente no se levanta a la mañana y no puede venir a los desayunos, o que en el desayuno esta super dormido o somnoliento durante las actividades uno va a optar por indicarle otro.

E- El paciente X refirió no tener tanta capacidad léxica durante el taller de escritura por efectos de la medicación antipsicótica. ¿Esto resulta así frecuentemente?

L- Claro bueno, ese paciente tiene un tema de verborragia muy intensa que se vio bastante aplacado por la toma del antipsicótico, por lo que quizás no pueda brillar en escritura como hacía antes donde se la pasaba hablando y componiendo prosas, sin embargo, sus alucinaciones fueron desapareciendo casi en su totalidad, lo que hace que su malestar se haya reducido muchísimo. Aparte a ese paciente, le resultaba muy

disruptivo estar todo el tiempo hablando, quizás no a él, mejor dicho, resultaba disruptivo en las actividades y en su vida cotidiana con otros.

E- ¿Cuáles serían los aportes que presentan los talleres terapéuticos?

L- la verdad que es una pregunta muy amplia según como yo la considero. Por un lado, los talleres aportan información para los tratamientos. Yo recibo frecuentemente a los talleristas cuando finaliza una actividad y me gusta que se me informe sobre cualquier cosa que hayan hecho y como actuaron los pacientes frente a eso, si manifestaron que les gusto, o si no les gusto, y que fue lo que les gusto y lo que no, o como vieron los talleristas a los pacientes en relación con cómo se los vio en el encuentro anterior, si notaron algún cambio, todo eso me interesa para estar más informada sobre la evolución del paciente. Por otro lado creo que al ser todos grupales, y enfocados en la socialización, porque se tiene de meta general para el dispositivo la rehabilitación del paciente como también la reinserción social, generan efectos muy buenos en los pacientes; el poder compartir o quizás casi convivir con otro paciente con igual sintomatología, permite también ver cuán disruptivo uno puede ser, los va como limitando, pero en el buen sentido, les da un lugar que los hace sentir acompañados pero también que les dice que algunas de esas conductas no son muy buenas o que les puede hacer daño. No es que puntualmente se lo digan, sino que el estar en contacto con otro hace que la conducta se vaya equilibrando.

E- Respecto de estos cambios conductuales, ¿cuáles otros pueden observar que devienen del pasaje por los talleres?

L- estos pacientes se ven muy comprometidos hasta con la adherencia al tratamiento, no solo a psicológico sino también al psiquiátrico o farmacológico, y noto que ellos se dan cuenta de que la medicación los ayuda a estar más atentos, más calmados o con más interés de participar en los talleres. Como que se dan cuenta de que al estar más estables pueden hacer muchas más cosas y pasarla bien en esos espacios. También veo como de a poco empiezan a tener capacidades o conductas más adaptativas, gritar o exponer con voz muy alta un pensamiento intrusivo por ejemplo, en el espacio de desayuno donde están todos medio dormidos o recién levantados, genera malestar a sus compañeros y esto se lo hacen saber, así que van modulando sus conductas, también en los talleres cuando tienen alguna actitud que sea más por fuera de la norma que lo "normal" que tenemos dentro de la locura general (ríe), también genera que los otros le digan que se ubique o que se calle. También poder ver eso del otro lado, es decir, que el molesto es el otro que está gritando o diciendo cosas que molestan, esta bueno que ellos lo puedan ver por fuera y sentirse identificados, con el que hace como con el que recibe, por así decirlo. Así que aspectos relacionados a la sociabilización y relación comportamental veo que se ve muy favorecida por el paso

por los distintos talleres. También desde lo anímico, me permite ver quizás con alguna creación que están más depresivos o más expansivos, y a ellos también la producción les genera emociones que suelen ser muy gratificantes, como que están en un hospital, pero igual crean, cantan, bailan, se mueven, y no están inactivos como podrían estarlo en sus casas. El relacionarse incluso desde el no hacer nada también es participar de un espacio, quizás mirando, de forma más pasiva, y ya es un montón, empiezan a tolerar al otro, tiempo y espacios como también a ellos mismos, y todo esto que aprenden después lo despliegan en su vida diaria.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-

Entrevista 9 a Silvina – Lic. En Enfermería – Área: Enfermería

E- ¿Cómo definiría al HdD?

S- Para mí el HdD es una forma de abordar patologías complicadas como la psicosis dentro de un hospital pero que engloba muchos espacios y lecturas. No es solo una atención hospitalaria común, porque presenta distintos talleres, que también son terapéuticos, pero que no son dentro de lo común en una atención en un hospital. En los hospitales generalmente se encuentra la asistencia clínica médica o también psicológica, pero en el HdD hay muchas otras formas de atender a los pacientes. También aparte de los talleres, otra diferencia con un hospital común que puedo encontrar es que en este desayunamos y almorzamos con los pacientes, lo que está bastante bueno, porque me permite hacer una especie de paneo general de cómo anda cada uno, como que los veo a todos en un mismo espacio, interactuando, de una u otra forma, y eso me da como una idea de cómo están en el día, o de cómo fueron cambiando, estabilizándose o quizás no tanto. Pero lo bueno es que el HdD toma a la persona de distintos ambientes, como que logra subsanar o al menos intentar llegar al malestar de los pacientes desde muchos enfoques.

E- ¿Cómo describiría su función en el HdD?

S- Yo soy enfermera en el HdD, y me encargo de organizar la medicación de los pacientes para que estén a la mano y disponibles para darle a los pacientes. También les doy la medicación en los horarios que tienen que tomarla. Muchos pacientes son complicados para las tomas, tienen miedo, desde sus delirios ¿no?, de que uno lo pueda a envenenar o darles algo que les hace mal o que no les sirve, sobre todo

cuando creen que no tienen nada, irónicamente esos son los que más tienen que tomar medicación (ríe) pero bueno, uno trata de que tomen la medicación en los horarios indicados. Para es importante tener buena relación con el paciente, una buena transferencia desde lo empático, para que no me perciban como algo temeroso o con desconfianza. Creo que el poder pasar tiempo con ellos ayuda mucho en hacer ese vínculo más amistoso. Muchas veces mi función no tiene nada que ver con la medicación, por ejemplo, muchos pacientes cuando se sienten mal se ponen muy angustiados y yo me acerco, hablo con ellos, intento calmarlos. Incluso eso mismo que parece una pavada, el estar, hace que quizás no necesiten un “refuerzo” (medicación adicional), o cuando vienen a pedirme uno y yo les pregunto cómo están que les pasa y trato de hacerlos sentir mejor, se terminan yendo muy aliviados y quizás ni se acuerdan del refuerzo que vinieron a pedir tan mal. También me encargo de pasar asistencia, que en realidad no es que los voy nombrando en voz alta como en una escuela, si no que voy en cada ronda viendo y anotando quien esta y quién no. Quizás muchas veces faltan y cuando me acerco y les digo que faltaron y los extrañamos o que sus amigos preguntaron por ellos, se sienten que pertenecen a un lugar que los recibe bien. Necesitan mucho eso, el sentirse parte de algo, porque estuvieron tanto tiempo alejados de todo, internados o super sintomáticos, que saber que se los espera esta bueno. También obviamente la asistencia sirve para ver la adherencia al tratamiento y trabajar sobre eso, cuando hay uno que faltó todo el mes bueno les aviso a los referentes y ellos hablan con el paciente sobre si seguir o no en el HdD.

E- Debido a encontrarse en contacto permanente con los pacientes e incluso muchas veces asistir a los distintos espacios de talleres ¿Qué efectos benéficos para el paciente considera que generan los talleres terapéuticos de expresión artística?

S- Yo veo mucho como los pacientes empiezan a verse más, osea, a verse entre ellos, ir reconociendo que están en un espacio con otras personas y a aceptarlo, bancarlo, tolerarlo, o tener menos vergüenza; pero también versa más en sentido de notarse, muchos cuando recién ingresan están super medicados, y se la pasan durmiendo, o están super separados de todos, no hablan, no te preguntan nada, o hasta desayunar con todos les resulta re difícil y se quedan lejos en los sillones. Al tiempo de hacer distintas actividades y cosas en el taller, como que puede verse como esos mismos pacientes antes tan apagados, ahora hablan con otro, desde lo más mino creo que es un avance. Acercarse a desayunar, por ejemplo, porque en el taller de teatro hicieron de familiares que comían juntos, por darte un ejemplo tonto, no sé. Los otros compañeros les dicen “che, la vez pasada hicimos que comíamos venia y hace lo mismo”, como que en los talleres practican situaciones y van como aprendiendo a tolerar o a hacer de mejor manera algo, y eso es muy importante, el poder practicar y

un lugar de contención les genera enseñanzas de conductas y actitudes que después ellos repiten en sus casas y lo van poniendo en la vida diaria. Eso se ve mucho gracias a los talleres y al pasaje por el HdD. Quizás algo más puntual que veo directamente del taller en si como taller, es que aprenden a hacer cosas que ni sabían que podían hacer, y cuando ven eso que hicieron, sea cuadro o escultura o pintura o una buena actuación, cualquier cosa que sea hacer algo nuevo, el paciente eso lo ve y lo reconoce como algo que el hizo y se quedan muy contentos, quizá maravillados de haber hecho algo que antes hace un mes, dormidos en el sillón jamás se les hubiera ocurrido que podían hacer. Les da como un empoderamiento muy lindo, y esa seguridad y alegría después se ve en otros espacios. Que sea grupal ayuda mucho más a todo eso porque tienen con quien compartir eso que hicieron o hacerlo juntos, hablar entre ellos, hacer relaciones con gente que está en la misma y los puede entender desde un lugar de par que también les hace sentir contenidos. Creo que por eso me gusta tanto trabajar acá, porque me permite ver algo que en un hospital regular no se ve y me genera mucha gratificación ser parte de esto.

E- Le agradezco mucho por su tiempo brindado para la entrevista y la posibilidad de realizar en este dispositivo mi pasantía.

Despedida-
