

---

**UP | Universidad de Palermo**

**Carrera: Licenciatura  
en Psicología Clínica.**

**PRACTICUM**

**Profesora: Lic. Denise Benatuil.**

**Autor: Benaim, Deborah E.**

**INDICE:**

1) Introducción .....	4
2) El servicio Hospital de Noche.....	5
a) Recursos con los que cuenta el servicio.....	8
b) Objetivos de Hospital de Noche.....	8
c) Normas para el cumplimiento de los objetivos.....	8
d) Preingresos y Preadmisiones.....	9
e) Pre-alta institucional.....	10
f) Actividades pertenecientes al Hospital de Noche.....	11
3) Taller de juegos teatrales.....	15
4) Conclusión.....	27
5) Autoevaluación.....	29
6) Anexo.....	30
7) Bibliografía.....	31

Los que curan tienen miras muy cortas, no piensan más que en curar. ¿Y si eso no le conviene a la persona?

GEORGES PAYOT (UN INTERNADO)  
( En Mannoni, 1976)

## 1) INTRODUCCIÓN

Es un trabajo de integración final realizado al finalizar la practica profesional de 320 horas.

El practicum, lo he realizado en un hospital neuropsiquiatrico , más precisamente en el servicio de rehabilitación “Hospital de Noche”, Capital Federal.

La temática de trabajo que se realiza en dicho servicio, consiste en intentar reintegrar a los pacientes a la sociedad. Es muy interesante e instructiva, puesto que las diversas actividades que se desarrollan allí, permiten introducirse en la práctica profesional. Por tal razón elegí el servicio de rehabilitación: **Hospital de Noche**.

Muchos tienen (externos del Hospital) la imagen del “atrapado sin salida” o el que llega sin la posibilidad de alta psiquiátrica y judicial, pero al estar ahí uno se da cuenta lo contrario.

Es por eso que cito el epígrafe de Mannoni, porque de alguna forma representa la imagen que se tiene del Hospital , que los profesionales solo se interesan por curar a los pacientes sin preocuparse si eso perjudica a la persona.

En el servicio de rehabilitación, se trabaja con una modalidad diferente, ya que se prioriza ante todo la preferencia y conveniencia del paciente, esto se puede ver desde las preadmisiones hasta una vez insertos los residentes dentro del servicio.

La inserción institucional fue muy buena, porque conocía tanto a los profesionales como a los pacientes, puesto que estaba concurriendo al servicio desde unos meses antes. Asimismo, logré desenvolverme profesionalmente e introducirme más profundamente en diversas actividades y situaciones, al estar en él con mayor carga horaria.

Las actividades en las cuales participé fueron: el *taller de la vida cotidiana* y el *taller de juegos teatrales*. A su vez estuve en las reuniones de equipo profesional y supervisión de pacientes, en las reuniones de grupo de estudio, festejos de cumpleaños de pacientes y profesionales del servicio, despedidas de pacientes del mismo, salidas que se fueron realizando, y en cursos, charlas, seminarios, etc.

Cuando comencé la practica tenía una visión totalmente distorsionada acerca de los hospitales psiquiátricos, sea por comentarios, películas, fantasías, etc., una vez dentro comprobé que hay cosas buenas y otras no tanto, alegrías y tristezas, y siempre preguntándome si era o no posible la rehabilitación de estos pacientes, y que hacía el Hospital de Noche para lograr la reinserción o alta psiquiátrica - judicial, pero ello es algo que hablaré más adelante.

Otro tema que me pareció intrigante al ingresar al servicio fue el boicot que se auto-realizan los mismos pacientes para no reinsertarse en la sociedad.

Por otro lado, dentro del servicio, hay criterios de admisión restringidos lo cual es beneficioso para la rehabilitación de los pacientes. Esto genera conflictos con los profesionales de otros servicios puesto, que la mayoría de

estos, priorizan las necesidades propias del servicio olvidándose del bienestar psíquico de sus pacientes.

Al comenzar el practicum, me había planteado como objetivos la lectura de historias clínicas y la realización de entrevistas de pre-admisión. Finalmente, el tema, que desarrollaré, para el siguiente trabajo será, el taller específico de juegos teatrales, en el que participé.

## **2) EL SERVICIO HOSPITAL DE NOCHE**

El Servicio de Hospital de Noche un espacio de rehabilitación de personas que han tenido crisis severas en su salud mental, lo cual provocó la pérdida de sus relaciones familiares, laborales y/o sociales.

Es un acompañamiento terapéutico de post - alta, que consiste, en que los residentes - pacientes aprendan a convivir con sus enfermedades, utilizando vías adecuadas para manejarlas y por lo tanto, desechando la expectativa mágica de una curación en el sentido médico tradicional.

Es de destacar que el término residente, fue elegido por las mismas personas que transitan en el proceso de rehabilitación del Hospital de Noche, debido a que dejaron de ser pacientes al estar dados de alta. Se llaman residentes porque residen en el servicio de rehabilitación del Hospital de Noche.

A su vez la relación medico - paciente, es diferente a la psicólogo – paciente; en la primer relación la figura que predomina en el tratamiento es la del médico, dado que este actúa directamente sobre los síntomas que aquejan al paciente, mientras que en la segunda, la acción del psicólogo depende del lenguaje verbal y no verbal, comunicado y no comunicado por el paciente.

Se relaciona con el axioma de la comunicación de Watzlawick que plantea que es imposible no comunicar, y que uno, cuando comunica, lo hace tanto digitalmente como analógicamente.

Siendo una institución de salud mental, es lógico que la patología que predomina en el servicio es la psicosis. La distinción del concepto paciente -residente, me sirve para cuestionarme acerca de la metodología de trabajo que reina en Hospital de Noche.

A partir de mi pasar por este servicio puedo decir que el mismo hace honor a su clasificación de servicio de rehabilitación. Ahí los residentes encuentran un lugar donde ser. Del actuar de los profesionales puede comprenderse la ideología que ahí reina. A diferencia de otros servicios que intentan nominarse de rehabilitación, las personas que atraviesan por el proceso de rehabilitación son tomados como, al decir de Lacan, sujetos sujetados a la cadena signifiante, sujetos producidos y productores, no perpetuándolas al lugar de objetos, motivo por el que arribaron al Hospital. En este servicio se trata el caso por caso, se intenta que en cada uno de los residentes surja algo del propio ser para abrir la posibilidad del propio reconocimiento.

Continuando con Lacan, podemos decir que en Hospital de Noche la relación profesional - residente no es la traducción de un yo fuerte presentándose como modelo a seguir para un yo débil. El objetivo terapéutico es abrir pequeñas brechas para que algo del propio ser aflore y allí el sujeto se reconozca. Los residentes han dejado, al finalizar el proceso de rehabilitación, de ser pacientes pasivos para ser sujetos activos en la cadena social.

El objetivo de Hospital de Noche es la re-socialización, dentro de un marco institucional dado. Se focaliza la obtención de habilidades en las áreas de: comunicación, productividad, interacción social y toma de decisiones, cuya resolución se propicia a través del compromiso de participación en actividades diarias estimulando para el logro del fin último la re-socialización en la comunidad.

Según Watts y Bennett "... la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos ha sido mal entendida y se le ha puesto poco interés. La rehabilitación se relaciona con un conjunto de prácticas y procedimientos que ocupan un lugar, pero que son intrascendentes y, que en sí, no forman parte de la rehabilitación psiquiátrica... El punto de partida esencial para entender debidamente la rehabilitación es considerar a la persona como individuo dentro del contexto de su ambiente. El modo como se comporte una persona será resultado de la interacción entre las capacidades y el temperamento que posea como individuo y el ambiente en que vive y se desenvuelve" (1978, p.15)

La rehabilitación es un proceso en el cual se trasciende lo terapéutico para conseguir la resolución del deterioro y la limitación, consiguiendo el mayor nivel de integración posible del paciente que le permita ser autónomo y participar en la sociedad  
(<http://www2.psiquiatria.com/articulos/psiqcomunitaria/5502>)

Según Franco Basaglia, (1989) hay tres puntos de partida que pueden tomarse a la hora de introducir la Rehabilitación. El primero se sitúa en el consenso casi general sobre el fracaso del manicomio y, por consiguiente, toma partido por un movimiento desinstitucionalizador. El segundo, en la idea de que un concepto estrictamente y exclusivamente terapéutico de tratamiento del loco resulta insuficiente. El tercero en la idea de que es fundamental dar un lugar a los derechos constitucionales y civiles del usuario, tanto en el sentido de no hacer al alienado objeto de tratos contra el derecho, como haciendo lo posible por que realicen sus derechos a un tratamiento suficiente, racional y adecuado, al trabajo, vivienda, a alguna inclusión social, etc.

Además es de tomar en cuenta que, Goffman (1992) considera que el manicomio es una de las instituciones que el denomina totales, ya que se producen una serie de procesos sociales espontáneos que alejan a los internos de la posibilidad de recuperarse para la vida normal. Es decir, que en vez de actuar terapéuticamente inciden perversamente hacia el deterioro y la cronificación del interno.

En lo que se refiere al concepto de Rehabilitación Psiquiátrica, y en términos generales, implica la idea de que existía una habilidad (una capacidad) previa y una pérdida o disminución de la misma, ocasionada por la enfermedad o trastorno mental. En esta línea la Rehabilitación consistiría en una reposición de las facultades perdidas.

Dando un paso más en la definición del objetivo de la Rehabilitación Psiquiátrica, podría decirse que consiste en capacitar a la persona a través de

la adquisición de las habilidades físicas, sociales, emocionales e intelectuales necesarias para vivir con una cierta independencia y calidad de vida.

(<http://www.osakidetza-svs.org/osakidetza/cas/agenda/public/hzam/cas/anexos/Argia.htm>)

No hablamos de curación sino de rehabilitación, se aspira a que las intervenciones ejercidas con los residentes ejerzan alguna modificación en sus relaciones y también en cierta medida en su mundo interior.

Partiendo en principio, de una fundamentación epistemológica, Watts, Bennet (1978) entienden por “rehabilitación” al modo de devolver o restablecer la estima pública en sus derechos perdidos por razones médicas, jurídicas, hospitalarias, etc., a cualquier individuo o grupo. En tanto “re-socialización” se denomina al proceso de re-aprendizaje de aptitudes interpersonales y de interacción, que estén de acuerdo con la sociedad a la que se pertenece, mediante la participación en grupos, como miembro comprometido mental y físicamente.

El punto final de una rehabilitación exitosa es la reubicación en un lugar independiente dentro de la comunidad o en un empleo, y es el proceso de rehabilitación el que implica mejorar los niveles de socialización. (Watts, Bennet, 1978)

La reubicación se refiere a las posiciones que una persona tiene en una sociedad y la rehabilitación se relaciona con las conductas alcanzadas.

Una consecuencia desafortunada ha sido la tendencia a intentar la rehabilitación sólo de aquellos para los que existe esperanza de reubicación. Hay muchos pacientes que llevan tiempo en el hospital y para quienes la reubicación en la comunidad o en un empleo no es un objetivo real. Esto no quiere decir, sin embargo, que no se beneficiarán en la rehabilitación. Por ello, los programas de rehabilitación deben estar enfocados a los objetivos apropiados para cada persona. (Watts-Douglas Bennet, 1978)

Desde este enfoque hospital de noche posibilita un breve período de internación parcial, unido a la posibilidad de una rápida reinserción al medio laboral, lo que impide el hospitalismo, reduce los reingresos, el índice de cronicidad y aumenta el ajuste social.

A todo ello hay que agregar la tarea desarrollada en esta modalidad la cual esta orientada a lograr la participación activa de la familia y la inclusión en el mercado de trabajo. En el proceso de re-socialización, se debe asegurar que la familia y el empleador colaboren y asuman las responsabilidades con el miembro enfermo, impidiendo el abandono y el aislamiento.

La rehabilitación no es simplemente dar de alta a los pacientes de un hospital. Debe abarcar un campo mucho más vasto de funciones sociales. El trabajo es algo indispensable para la autoestima y la confianza en sí mismo, además, es parte esencial de sus aspiraciones para reemprender una vida social normal. El trabajo implica algunas funciones psicológicas de primer

orden, como la capacidad de percibir claramente las necesidades de las demás personas, y ser regular y confiables en los hábitos sociales. Con este enfoque de rehabilitación se evita que esos pacientes sean una carga para la comunidad (Watts, Bennet, 1978)

a) Recursos con los que cuenta el servicio

Los recursos con los que cuenta Hospital de Noche son socióloga (jefa del servicio), psicólogos, musicoterapeuta, psicopedagoga, profesores de computación, profesora de plástica y médica psiquiatra.

b) Objetivos del Hospital de Noche

Los objetivos de trabajo dentro del servicio son que el paciente junto con los profesionales:

- Identifique la problemática que llevó a la crisis.
- Revise y elabore su concepción de la salud mental.
- Trabaje en la adquisición de herramientas que posibiliten la prevención de futuros episodios.
- Logre recuperar o mejorar sus vínculos familiares.
- Organice sus actividades básicas para la búsqueda de trabajo y mejoramiento de su capacitación.
- Aumente su información y el uso de las redes de servicios sociales.
- Recupere y aumente sus contactos sociales, comenzando por establecer vínculos de respeto y solidaridad con los otros residentes.
- Participe en la generación y funcionamiento de emprendimientos cooperativos.

c) Normas para el cumplimiento de los objetivos

Para lograr estos objetivos rigen un conjunto de normas que cumplen los residentes durante el transcurso por hospital de noche:

1. Deben participar de las actividades del hospital de noche, lo cuál implica asistencia, puntualidad, cumplimiento de consignas, avisar en caso de demora o de no poder concurrir.
2. Autocuidado (personal, espacio individual, espacios comunes “cocina, baño, living, lavadero, jardín)
3. También se fomenta el ejercicio de la libertad, que posean conciencia de la enfermedad y un adecuado manejo del tratamiento para así finalizar la etapa de re-socialización con la externación del paciente.

En cuanto al punto uno, es importante que el residente ocupe su tiempo en algo, por eso la obligatoriedad de los talleres, porque las incapacidades intrínsecas resultan afectadas si aumenta el tiempo que se pasa sin hacer nada (Wing, Brown, 1970)

d) Preingreso y preadmisiones

Todas y cada una de estas propuestas son explicitadas en la entrevista de pre - ingreso, mantenida por el enfermo a derivar y el equipo del Hospital de Noche, quien firma una carta, en la que se compromete a cumplir con las condiciones establecidas y a respetar los plazos previstos por el Programa, carta que debe ser refrendada por la familia, si la tiene.

Del trabajo entre cada paciente y el equipo de Hospital de Noche surgen objetivos personales que dan lugar a un contrato individual que se añade al contrato general (basado en los objetivos que debe cumplir para permanecer) El mismo establece plazos de estadía cada 3 meses con posibilidad de renovación. Ninguno de los objetivos de este contrato puede cumplirse plenamente sin la colaboración y participación del grupo familiar o del apoyo del paciente.

El preingreso se realiza a través de entrevistas individuales y familiares las cuales están a cargo de un psicólogo el que evalúa la posibilidad de ingreso y realiza un pronóstico con relación al tratamiento de re - socialización ofrecido en el Servicio de Hospital de Noche. En esta instancia podrá decidirse si el paciente reúne o no las condiciones de ingreso. Los criterios de no-admisión de pacientes son que presente características de perversión, alcoholismo, drogas, sucesivas re-internaciones y HIV. Si no reúne los requisitos de ingreso se expresa en la Historia Clínica. Si es aceptado se realiza la indicación y se comunica a un profesional tratante a fin de que gestione el alta médica, prerequisites indispensables para su ingreso, así como la firma de un convenio.

Si un paciente ingresa a Hospital de Noche se trata de ampliar los datos de la historia individual, familiar y de la enfermedad y, observar la inclusión grupal del paciente. Se evalúa también, el grado de compromiso del paciente y de su familia en la aceptación del tratamiento de re-socialización.

Me parece importante comentar, por ejemplo, que a lo largo de mi inclusión, he ido a otros servicios a leer historias clínicas, y a realizar, por supuesto con la supervisión de un profesional, entrevistas a los jefes de servicios o psicólogos que nos habían derivado pacientes al servicio Hospital de Noche. En estas, se notaba la insistencia de dichos profesionales por realizar la inclusión de sus pacientes al Hospital de Noche, sin tomar en cuenta si era bueno o no para el paciente el pasaje, si el paciente estaba preparado, si él mismo paciente quería realizar el pase y todo lo que esto implicaba.

Desde mi ingreso al Servicio pude intervenir en diversas preadmisiones, lo cual me permitió conocer los criterios que tienen. Los casos que pude presenciar ejemplifican las valoraciones que tienen dentro, para tomar o no a los futuros residentes.

El caso de D, es de un paciente que estuvo un tiempo en preadmisión. El equipo profesional (ya que se trabaja en equipo) finalmente consideró que

no estaba en condiciones de pasar al Hospital de Noche, puesto que para ingresar al servicio debía poseer el alta psiquiátrica y judicial, ya que una vez inserto en el mismo se le otorga la llave del servicio, para que ingrese y egrese según sus horarios y obligaciones personales.

Durante la permanencia en Hospital de Noche tuvo varias descompensaciones en diversos talleres, lo que llevó a la interrupción de los mismos y que un profesional lo tenga que llevar de urgencia a su servicio para que lo atienda una enfermera o un médico de planta.

Esto es perjudicial para el resto de los residentes y para el mismo paciente, debido a que una vez que los profesionales no se encuentran dentro del servicio, no queda ningún enfermero o personal responsable a cargo, lo que hace que para ingresar a este servicio uno debe estar en condiciones de poder sobrellevarse sólo.

Al tener la entrevista de devolución con la psicóloga del servicio que pertenecía al paciente, llegó con una postura de que “el paciente estaba en condiciones de ingresar al Hospital de Noche”, y a la vez se hacía eco de los fundamentos que el Hospital de Noche planteaba en razón de la no conveniencia de este servicio para el caso particular de D.

En estos casos se ve, la mayoría de las veces, como uno se encuentra trabajando sólo porque los psicólogos que supuestamente están manejando al paciente, y lo conocen y querrían su bien, en ese momento sólo quieren que se desocupe una cama, y tener a un paciente menos que atender.

En otra preadmisión, tuvimos a un paciente alcohólico crónico, con varias re-internaciones por alcoholismo, con intentos de ir a AAA (alcohólicos anónimos) frustrados.

En este caso, trabajar con un paciente en estas condiciones es casi imposible lograr una recuperación. Uno de los criterios de no admisión de pacientes es que sean alcohólicos, por supuesto, que se toman en cuenta las características particulares de cada paciente. Siempre hay excepciones, pero hay que considerar que un paciente alcohólico es perjudicial para el resto de los residentes, y más por el hecho de que hay ciertos horarios del día y de la noche, inclusive los fines de semana en los que los profesionales del servicio no se encuentran en la institución.

Admitir a los alcohólicos problemáticos en un ambiente de tratamiento psiquiátrico, en general, suele ser menos que satisfactorio. El remedio es reducir el tiempo de hospitalización, ampliar la consulta médica externa y los servicios de seguimiento comunitarios y vincularse de una manera eficaz con otros servicios que minimizan el papel de enfermo. (Watts, Bennett, 1978)

#### e) Pre - alta institucional

La pre-alta institucional se trabaja en grupo, cuando se determina la conclusión del tratamiento del paciente y su grupo familiar (si lo tiene) en Hospital de Noche. La función de esta actividad consiste en trabajar sobre fantasías y expectativas respecto al desenvolvimiento y reubicación del

paciente en su ámbito social y sobre las indicaciones puntuales respecto al seguimiento de su tratamiento ambulatorio, etc.

La evaluación social es tan importante como la clínica, puesto que abarca factores del ambiente social (en particular si el paciente vive con parientes) que son tanto dañinos como protectores. Se deben evaluar las actitudes y las respuestas de los parientes con respecto al paciente, a las relaciones personales, a los síntomas y a la medicación. (Creer, Wing, 1974)

Parte de la idea que se plantea es que la salida comienza a partir de que las personas se organicen en cuanto al tiempo que necesitan de viaje, para arreglarse, etc., es decir se les enseña a tener una responsabilidad (si quedan con alguien a una determinada hora en un lugar que tienen que cumplirlo), y que si no tienen plata para llegar hasta el lugar acordado que lo planteen para que se llegue a algún tipo de acuerdo.

Otro tema que se toma en cuenta, antes del pre-alta, es que la familia este atenta a cualquier síntoma que pueda llegar a tener el residente, y que controle la medicación que él mismo toma.

Según Hawks, (1975, p.127), "...hay que tomar en cuenta si la familia y la red social son susceptibles de aceptar los objetivos de la reubicación. Existe un límite en la carga que están dispuestos a aceptar las familias, los patrones y los miembros de los servicios de salud en relación con ex -pacientes..."

#### f) Actividades pertenecientes al Hospital de Noche

Continuando con el servicio de Hospital de Noche, las actividades que se desarrollan son:

1. Entrevistas de preadmisión a cargo de los psicólogos del servicio
2. Psicoterapia individual con los pacientes pertenecientes al servicio
3. Diversos talleres que tienen una concurrencia obligatoria, como ser: psicoterapia grupal; taller laboral; clases de computación; taller de convivencia; taller de dibujo; taller de escritura; taller de la vida cotidiana; taller de musicoterapia y el taller de juegos teatrales.

A su vez, se organizan salidas dentro o fuera del horario de algún taller o actividad, se festejan los cumpleaños cada dos meses (tanto de los pacientes como de los profesionales del equipo) y los egresos del Hospital de Noche.

Por otra parte las actividades que son propias de los profesionales del servicio son:

1. Reuniones de equipo una vez por semana, en el que se trabajan cuestiones que fueron surgiendo a lo largo de la semana sean institucionales, o dificultades o logros de un paciente en particular, que hace que sea necesario el trabajo en equipo, ya que se trabaja de manera interdisciplinaria. A parte ya que quizás, cada uno en el momento en que estuvo con un paciente noto algo, y así entre todos logran un mejor seguimiento de los residentes.

2. Por otra parte, una vez por mes se realizan grupos de estudio y capacitación sobre bibliografías orientadas a la rehabilitación y reubicación de pacientes psiquiátricos.

Me parece importante, describir los principales talleres que se realizan en Hospital de Noche que son de mi particular conocimiento:

I.- Taller de la vida cotidiana

II.- Psicoterapia Grupal

III.- Taller Laboral

IV.- Taller de convivencia

V.- Taller de juegos teatrales

I.- El taller de la vida cotidiana, se encarga de promover y favorecer la reconexión con la vida diaria ya que el período de internación provocó la pérdida de hábitos necesarios para la vida independiente. Los objetivos de este taller son:

- Estimular la readquisición de hábitos de higiene y cuidado personal (baño diario, ropa limpia, limpieza de cocina-jardinería y diversos ambientes).
- Fomentar la responsabilidad en el cumplimiento de las tareas que se proponen a nivel grupal e individual.
- Capacitar a través del taller de cocina la adquisición de hábitos alimentarios saludables adaptándolo a los recursos económicos con que cada uno contará.
- Reconocimiento y necesidad de disfrutar la vida en un ambiente limpio, agradable.

Este es un taller que comencé trabajando en forma conjunta con otra psicóloga. Es un taller que comenzó a funcionar con mi ingreso, debido a que la psicóloga que estaba a cargo del mismo anteriormente, tuvo que suspenderlo por complicaciones horarias.

Las primeras semanas que comencé a trabajar allí, lo hice ayudando a la profesional, pero con el correr de las semanas, la psicóloga me fue derivando directamente la tarea y responsabilidad. Me hice cargo sola del taller, cumpliendo con las obligaciones que esto implica.

Los objetivos detallados arriba, fueron diseñados conjuntamente con la psicóloga al comenzar el taller.

El taller consiste fundamentalmente en tratar que los residentes logren comprender y responsabilizarse en las tareas propias del hogar, que para cualquiera son obvias, pero para ellos después de tantos años de internación, quedaron olvidadas por encontrarse dentro de un establecimiento psiquiátrico, hospitalizados, con todas las consecuencias que esto implica (pérdida del interés, de la motivación y de sus obligaciones)

La mayoría de los pacientes se sienten muy inclinados a adoptar el papel de enfermos evitando así su responsabilidad. (Watts, Bennet, 1978)

Es importante tomar en cuenta, también, para evitar el hospitalismo, que no hay que esperar a que el tratamiento haya terminado para iniciar la

rehabilitación, ya que puede significar que el paciente adquiera algunas incapacidades secundarias innecesarias como resultado de su inactividad social. También puede hacer que se prolongue innecesariamente la permanencia del paciente en el hospital o que se le dé de alta sin la suficiente preparación con el consiguiente riesgo mayor de recaída y reingreso. (Watts, Bennet, 1978)

Según Myerson (1939,p.95) "... cuando un paciente ha sido colocado en una institución, se anula la iniciativa que pudiera quedarle. Sus contactos sociales disminuyen; en sus actividades se vuelve del todo pasivo. Se encuentra sumido y vive en un vacío sin motivos".

Es por eso, que se entiende la salud mental como una situación que produce una detención en el sujeto, haciéndolo quedar en reposo, lo detiene en la inercia, propiciando un terreno fértil para las secuelas e invalidez que el hospitalismo genera.

Lo que se quiere lograr con este taller es precisamente tratar que los residentes logren re-organizarse en las tareas que anteriormente realizaban y como consecuencia de estar internados ya no desempeñan.

Las tareas que se fueron planteando son: tratar de lograr la limpieza diaria de los baños, cocina (horno, heladera, cocina, mesada, etc), higiene personal. También se realizó la instrucción sobre la preparación de la mesa para almorzar, la realización de la comida con los recursos que disponen, finalizando cada encuentro con el almuerzo al cual estaba invitada.

Por supuesto que la idea es tratar de lograr la motivación de los mismos y el trabajo conjunto de todos.

Es un taller que provoca mucha resistencia, ausentismo sin previo aviso, no cumplimiento de tareas que se les encargan, lo que hace que el día del taller, supervise si realizan lo pautado y sino, deben realizarlo en ese preciso momento.

II.- La psicoterapia grupal es un espacio en donde el paciente se siente como parte integrante de un grupo. A partir de esa inclusión logra cada miembro escuchar y ser escuchado por los demás (dándose cuenta así que su padecimiento muchas veces es similar al de los otros) La finalidad es exclusivamente terapéutica.

Un Grupo consiste en dos o más personas que poseen normas comunes y papeles sociales relacionados respecto a determinadas cuestiones. La psicoterapia grupal sirve según para que el residente aprenda a descubrir en que se parece y en que se diferencia su síntoma o conflicto del que padece otra persona. De alguna forma, el objetivo del grupo terapéutico... Se constituye con una variedad de personalidades que despliegan sus particulares experiencias, conocimientos, sentimientos e ideas, pero alienta en todos un anhelo común, el objetivo de obtener alivio o curación. Ese objetivo determinara la tarea del grupo.(Cabral,1985, p.134-135)

III.- Se incluye dentro de los talleres del servicio, el taller laboral, ya que el trabajo toma un lugar importante en este proceso de reinserción. Posibilita reestablecer y mantener la integración de los residentes al circuito social.

Se promueve el aprestamiento de los hábitos, conductas y actitudes en relación a la vida familiar y laboral.

Se trabaja la inserción o reinserción laboral estimulando el interés e iniciativas propias.

Realizan la selección y búsqueda de empleos, ya que esta constituye una de las problemáticas ligadas a la posibilidad de alta institucional.

Confeccionan los currículum vitae, consultan los avisos clasificados, evaluando las posibilidades de cada uno de acuerdo a la demanda del mercado laboral, su situación legal-laboral.

Por otra parte se estimula la inscripción en bolsas de trabajo.

IV.- Por otro lado en el taller de convivencia, se trabaja fundamentalmente para que ellos mismos cuenten lo sucedido durante la semana y el fin de semana, ya sea dificultades o logros.

Se orienta este taller a facilitar la adaptación en su condición de externado y lograr la incorporación de pautas de convivencia adecuadas a las exigencias sociales que luego de su alta deben asumir. Como así también disminuir las secuelas e invalidez que el hospitalismo genera, propiciando la autodeterminación y el auto-cuidado personal.

V.- El taller de juegos teatrales pasare a desarrollarlo a continuación en razón de la importancia que tuvo este en mi memoria de residencia.

### **3) TALLER DE JUEGOS TEATRALES**

El taller de juegos teatrales, se creó como una extensión del taller de convivencia que funcionaba dos veces por semana. De esta forma las temáticas individuales y grupales podrían canalizarse de diferentes maneras más allá del uso de la palabra.

De este taller también estuve a cargo en el manejo, pero esta vez acompañando a dos licenciadas en psicología. El tema a desarrollar en este trabajo de integración final va a estar destinado a este taller precisamente.

Antes de ingresar al taller de juegos teatrales, tenía la imagen de que se trataba de un taller simplemente de teatro, por los comentarios que fui teniendo, de ambas psicólogas. Luego, al empezar a formar parte del mismo, logré comprender, que se trataba de un taller de teatro pero como complemento del taller de convivencia. La razón por la que surgió este taller era para continuar con el taller de convivencia, esa había sido la condición planteada por la jefa del servicio, esto implicaba que si había quedado un tema no resuelto en el taller de convivencia, si se presentaban dificultades subsiguientes a la semana (no cumplimiento de tareas, discusiones, etc), o por necesidades de los mismos residentes, se iba a utilizar este taller para plantearlos y resolverlos, quedando suspendida la dramatización.

El mismo tiene como finalidad que cada uno de los residentes encuentren otras herramientas en la expresión de sus conflictos y problemáticas, debido a que hay gente que percibe sus sentimientos con gran intensidad y claridad, pero no es capaz de controlarlos, sino que los sentimientos lo dominan y arrastran.

En el inter - juego de roles, el poder ponerse en el lugar del otro, nos modifica interiormente y beneficia la comunicación. La capacidad de comunicarnos es la que nos permite organizar grupos, negociar y establecer conexiones personales.

Aquí se impone, más allá de la posibilidad del “insight”, un aprendizaje desde la experiencia, que posibilite un enriquecimiento en la capacidad de ejercer distintos roles y ponerlos en juego no sólo creativamente sino también de manera eficaz.

El taller tiene diversos objetivos. Entre ellos se podrían destacar:

- Posibilitar la recuperación del juego como principal modo de aprendizaje desde nuestros primeros tiempos de vida.
- Brindar la posibilidad de ensayar situaciones de la vida real en el marco de un “como sí”.
- Dar la posibilidad de experimentar el presente, re-experimentar el pasado y anticipar el futuro.
- Incorporar como vía regia de acceso al conocimiento de sí mismo y de los otros la auto-observación de las formas corporales.
- Favorecer el sistema de representación y simbolización que repercutirá así en la expresión a través de la palabra, como lenguaje privilegiado socialmente en la relación con el otro .
- Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.
- Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).

Algunas de las técnicas o estrategias de la tarea que se fueron realizando son:

- ❖ Trabajar sobre las emociones, tratando de dramatizar diferentes sentimientos: amor, odio, tristeza, alegría, pérdidas, etc.
- ❖ Representación de situaciones cotidianas en relación al taller de convivencia que posibilitaron la resolución de conflictos intragrupal.
- ❖ Interpretación dramática de textos leídos grupalmente. Es importante en este punto la coordinación de todos para lograr una puesta en común, de esta forma se va a poder observar como van a poder ser ellos en su vida, en la planificación, en el trabajo en equipo, etc.
- ❖ Implementación de técnicas psicodramáticas.

Me parece importante aclarar, en cuanto al marco teórico del psicodrama, que fue introducido por Moreno, como terapia de grupo, con fines de liberación de la expresividad y de las emociones. De esta forma facilita la creatividad, espontaneidad y el encuentro. (González, 1997)

Esto es precisamente lo que se plantea en el taller de juegos teatrales.

En cuanto a algunas de las técnicas:

- ❖ El doble: En esta técnica, el Yo Auxiliar se ubica al lado del Protagonista tratando de adoptar al máximo la actitud postural y afectiva de éste. Su misión es la de expresar todos aquellos pensamientos, sentimientos y sensaciones que por una u otra razón el Protagonista no percibe o elude explicitar. (*Rojas Bermúdez, 1966*)
- ❖ Interpolación de resistencias: Es la modificación, por parte del director, de la escena planeada por el protagonista. Se le da al yo auxiliar la consigna de que modifique en la dramatización las características atribuidas al jefe por el protagonista, y que, por ejemplo, se empiece a interesar por otras cosas, o que llame por teléfono a la secretaria, etc., de tal manera que el protagonista se vea impulsado a actuar "aquí y ahora", como lo haría en una circunstancia similar de la vida real. (*Rojas Bermúdez, 1966*)
- ❖ Cambios de roles: Es la vía regia del psicodrama. Permite asumir la posición de otra persona, ponerse en el lugar del otro que se acompaña de un cambio real y concreto, es cambiar en la acción, se caldea a la persona en el rol que ocupará, marcando la postura corporal, gestos, etc, hasta ser el otro, así se incorporan otras perspectivas. (Wainstein, 2000)  
El rol es una reacción de un individuo a una situación específica con personas u objetos. (González, 1997)

El psicodrama se despliega predominantemente en grupos, la escena dramática emerge y es el foco de atención del psicodramatista. La escena dramática es la creación de un espacio ilusorio, espacio de creatividad donde la realidad puede amplificarse, recrearse. El drama interno se pone en acción en el escenario dramático.

La dramatización inicial es "texto escrito", primera semanización y reinscripción en el tiempo y espacio compartido. Los vínculos se presentifican y corporalizan. El despliegue de la intra o intersubjetividad permite la desestructuración y reestructuración y resignificación de los propios argumentos con los otros, en los distintos niveles: grupal, social, etc.

Lo inconsciente se revela a partir de la asociación dramática, del juego identificatorio favorecido por la mediatización de la escena.

La escena "repetida" es "recordada", y la cristalización en un sentido único, que inmoviliza en lo siniestro, es revisada en el mismo instante.

Al improvisar, "sin prevención ni previsión" se abre la posibilidad de releer la escena en la plenitud de los códigos de expresión con que cuenta el hombre.

La puesta en movimiento de la imagen implica un efecto de ruptura, que posibilita la reinscripción del sujeto en su historia.

Esta concepción incluye por lo menos dos direcciones de la cura, no contradictorias. "Recordar para no repetir", y también "Improvisar para no repetir".

Esta última supone tomar en cuenta no sólo la recuperación de lo rechazado, sino el espacio de la creatividad, de la expresividad del sujeto en su sentido más propio y singular, en sus posibilidades inéditas y desconocidas. El objetivo es facilitar el contacto con algunos de los diversos sentidos posibles.

La interpretación será así, más que "verdad", una dirección posible de sentido. Transitar la incertidumbre propia y ajena, buscando los caminos y no ya "el camino" para acceder al otro. Un lugar abierto, tolerante de la confusión para la transformación. ( <http://www.campogrupal.com/desarrollos.html> )

El juego, según J. L. Moreno (1974) es entendido como la esencia de la psicoterapia, la vía capaz de romper con la cristalización de un pasado para construir creativamente un proyecto existencial para el futuro en permanente movimiento. Así se introduce en los juegos, a través del cuerpo que juega, del cuerpo en acción. Así da una perspectiva de la posibilidad de liberación del cuerpo aprisionado.

El juego como medio de exploración de las conductas de un mundo relacional, y el instrumento que construye y devela la escena representada.

Vincula los juegos a las fases evolutivas de los grupos.

Enfatiza la capacidad lúdica del terapeuta para que fluya la creatividad necesaria en el proceso terapéutico, insiste en la necesidad de cultivar el juego espontáneo para desatar esos instantes-momentos que permiten al hombre crear su vida con sentido.

Lo lúdico constituye una "zona" imaginaria, donde lo objetivo y lo subjetivo se fusionan, que permite el tránsito activo desde la estereotipia neurótica hacia la plasticidad del goce, del trabajo, del autor y de la discriminación.

Algunas de las ideas de O'Donnell y Gili son desarrollos de afirmaciones originalmente expuestas por el genial psicoanalista inglés D. Winnicott. Intentan configurar así un esquema conceptual y operativo que privilegia al juego como un recurso develador, manifestación de lo latente que subyace al discurso aparente; y hacen hincapié también en las propiedades modificadoras del juego en sí mismas, sobre todo en cuanto a sus intrínsecas virtudes creativas e imaginativas.

Según Lemoine (1979), la función del análisis freudiano en grupo se encuentra del lado de lo simbólico, tanto el Coordinador como el Observador de un grupo no cumplen Roles sino Funciones. Estas Funciones son independientes de la persona misma ya que, tanto una como la otra se hallan por fuera del circuito libidinal del grupo y por otro lado no se modifican en el transcurso del desarrollo

de las sesiones. Por otro lado, tanto el Coordinador como el Observador constituirán un "polo fijo alrededor del cual el grupo podrá moverse"

En ese recorrido del discurso, en ese jugar su deseo en la sesión, los integrantes de un grupo podrán perderse, es decir un ir y volver e incluso confundirse en la expresión de su "media verdad". Pero para ello estarán el coordinador y el observador que, desde la función a cumplir, instituirán las reglas del juego, siendo por otro lado garantes de las mismas.

El taller de juegos teatrales, específicamente, transcurre por tres momentos:

*Calentamiento:* unos minutos previos al comienzo de las actividades, realizamos caminatas por el espacio, relaciones con los otros, ritmos, vocalizaciones, respiración, juegos con objetos, imaginación, etc.

*Expresiones:* en este momento los ejercicios y técnicas que se plantean surgen de acuerdo a lo que los residentes manifiesten como conflictivo. La idea es que aquellas cuestiones que por alguna razón no pueden ser vehiculizadas por la palabra, encuentran otra vía de expresión. Muchas veces la palabra pierde el valor de mediación y con ello la simbolización de otros espacios, otras perspectivas y otras formas de pensar. Las dramatizaciones, el "como sí" permiten poner una cuña allí donde todo se totaliza. Tomar distancia de los problemas posibilita hablar de ellos en forma más relajada. Estas actividades pueden abrir muchas puertas que la falta de comunicación pudo haber cerrado. Los elementos que utilizamos en el taller de juegos teatrales para que se lleve a cabo una dramatización son: *el protagonista* que presenta un problema privado o colectivo (Moreno,1974). En este caso participan en el mismo encuentro todos de protagonistas, se les va dando su tiempo a cada uno. También están *los yo auxiliares* ayudando a dar vida a su drama personal y colectivo y a corregirlo. El protagonista debe estar motivado consciente o inconscientemente para mostrarse productivo. El motivo puede ser el deseo de autorrealización, de aliviar sus padecimientos psíquicos y ser capaz de actuar adecuadamente en un grupo. (Moreno,1974)

*Devolución:* a pesar de que el taller no es armado ni con la dinámica ni con el objetivo terapéutico del psicodrama, el momento de devolución es fundamental tanto como los otros momentos. Se arma una lectura organizada de todo lo acontecido. Se explora como estuvo cada uno, qué sintieron con cada actividad, que cosas positivas y negativas pueden rescatar, a que los remitió cada situación, si se produjo alguna diferencia en la visualización del conflicto y en su posible resolución. Dado que el "como sí" libera muchas sensaciones y estados anímicos, esta fase de devolución tiene como objetivo principal la contención de angustias y emociones liberadas y encontradas. Fue difícil, al principio, integrarse, participar en los talleres, opinar, pero después de unas semanas, el desempeño personal se fue modificando, empezando a participar

en los talleres, a lograr la confianza de profesionales y residentes, y a desempeñarme libremente sin ningún tipo de dificultad.

Dentro del taller se fueron desarrollando diversas actividades en torno a representación de personajes (sea artistas conocidos, animales, objetos, emociones), también las consignas eran del tipo de, representar a dos residentes opuestos y luego invertir los roles; que cuenten una anécdota o situación sucedida triste-graciosa, y que la represente pidiéndole al grupo de compañeros, según su elección, de acuerdo a quienes se asemejan más a los personajes de la situación contada. Luego se trabaja con él para que comente que fue lo que sintió en ese momento y si le sirvió para revivir la situación.

También se trabajó un ejercicio, al que se le coloco de nombre “la voz de la conciencia”, a esta altura empezamos a incluirnos las profesionales en las representaciones. Debían colocarse, dos personas sentadas en una silla y una por detrás de cada una. Tenían que desarrollar una escena en la que estas dos personas que se encontraban sentadas se conocían en ese preciso momento y cada una tenía su conciencia correspondiente que le decía que hacer instintivamente, lo que no significaba que hagan lo que ella decía.

No siempre uno hace lo que quiere hacer. En este ejercicio se trató de explorar la capacidad en la resolución de los conflictos, en todas y en cada una de las escenas se adoptó una salida moral no dejándose llevar por sus pulsiones eróticas y agresivas.

Haciendo un análisis de la situación, se puede observar que el hecho de que hayan actuado de esta forma implica que el trabajo de resocialización se está llevando a cabo en forma positiva debido a que mostraron inhibiciones a mostrar tal cual sus deseos y sentimientos más íntimos. De esta forma se puede ver que están mediados por lo social.

Después de varias intervenciones, comencé a replantearme, hasta que punto esto era útil y terapéutico para los residentes, y que resultados podían traerles.

De esta forma, pude ver que la imagen que tenía de este taller, y lo que realmente era, no fue lo que esperaba.

Así fue como comencé a plantearme intervenciones posibles, sin dejar de lado la parte teatral, sino que al contrario, que a raíz de esta, surjan determinadas cosas, que venia replanteando una y otra vez acerca de los residentes.

Uno de los ejercicios que se realizo fue en enlace con el taller laboral. En este taller se trabaja la inclusión al mercado laboral, la lectura de avisos, el armado de clasificados y de currículum vitae.

Con una semana de anticipación, se les pidió que al siguiente taller debían concurrir con la debida presencia que implica una entrevista laboral, así como con el curriculum vitae.

La idea de esta actividad nació a raíz de que uno de los objetivos del servicio es la reinserción de los residentes a la sociedad, con lo cual uno de los tantos propósitos buscados es la obtención de un empleo. Surgió como una practica para ellos de cómo presentarse, en que fallan cuando se presentan y

que aspectos tienen que superar. Mas allá de la realidad del país, se observaba una resistencia por parte de los residentes a buscar trabajo y a ir a entrevistas laborales, inclusive las que los profesionales del servicio le conseguían. En varias ocasiones decían por ejemplo: “no fui porque llovía”. Esta actividad les sirvió a ellos para auto superarse y lograr así un desprendimiento de la hospitalización.

A la semana siguiente, algunos mostraban la resistencia de salir del servicio de hospital de noche, excusándose de que no habían podido armar el currículum por no saber manejar la computadora.

Se les planteo que íbamos a hacer un rol playing de entrevistas laborales; una de las psicólogas se colocó en el rol de entrevistadora, otra se encargo de filmar todas las entrevistas para así, la próxima semana trabajar sobre lo ocurrido y lo no ocurrido y como tendrían que desenvolverse. De este surgieron varias dificultades, por un lado, el boicot frente a la posibilidad de conseguir un trabajo, cuando se les preguntaba en donde vivían, la mayoría respondía ...“en el Borda”...

En este caso se puede ver claramente las secuelas del hospitalismo: “...este se va adquiriendo gradualmente con la vida en la institución, lo que culmina con el deseo del individuo de no querer tener otro tipo de vida...” (Wing, 1962, Brown, 1970, p.1)

“... El medio cerrado del hospital psiquiátrico crea, una enfermedad “institucional” que se agrega a la enfermedad inicial deformándola o fijándola de un modo anormal. El medio hospitalario se asemeja a las estructuras de una vida familiar coercitiva y favorece el desarrollo de una nueva enfermedad, específica de la institución misma. El elemento oculto (transferencia) que el psicoanálisis ha descubierto en la relación médico-enfermo, existe también en la relación del enfermo con la institución ...”. (Mannoni, 1976, p.20)

Durante los rol playing, uno de los casos que a mi gusto más se destaco fue el caso de G.

G, uno de los residentes, entró a la entrevista riéndose, entonces la entrevistadora le preguntó por que se reía y él continuó riéndose, lo que llevó a que la entrevistadora lo eche. Al terminar el rol playing, la psicóloga le preguntó que era lo que le causaba tanta gracia, y él respondió, que ella había sido muy dura echándolo, que las entrevistadoras no son así como ella, a lo que ella respondió, que puede haber como ella o no, pero uno al tener una entrevista laboral tiene que estar preparado para lo que sea, no puede elegir.

Uno esta en posición de querer y necesitar el trabajo, y adaptarse a las circunstancias con tal de lograr el objetivo. Que a uno le caiga bien la entrevistadora o no pasa a segundo plano.

En el caso de G se puede ver claramente la resistencia que tiene de poder conseguir trabajo y reinsertarse fuera del hospital.

Otra actividad planteada a la semana siguiente, que llevó a bastantes logros y satisfacciones, fue a partir de la consigna “que quieren o creen que va a ser de ustedes una vez que se vayan de Hospital de Noche”. Esta actividad surgió debido a que en las ultimas semanas se habían ido dos residentes del servicio. Al irse estos residentes nació dentro del Servicio un cambio en el

ambiente, lo cual llevó a estos a muchas movilizaciones, por un lado, por la pérdida de unos compañeros y, por el otro, por la toma de conciencia de que en algún momento ellos debían tomar esa decisión.

A continuación se procederá a relatar la participación de cada uno de los residentes frente a esta consigna:

*Caso P.*

Algunos de los residentes respondieron de forma esperable (coherente con la modalidad del servicio, la cual es lograr una reinserción social) como en el caso de P que planteó y luego lo representó, acompañado de otros residentes, según los roles que él les fue adjudicando.

Una vez fuera del servicio le gustaría estar de nuevo con sus hijos, los cuáles momentáneamente están con familias sustitutas, lo cual lo llevó a no tener demasiada relación con ellos. Esta situación lo angustia mucho, por lo que está trabajando en terapia individual, y se está informado con abogados en relación al tema de paternidad y dominio de sus bienes, ya que estas familias le quieren quitar la tenencia de sus hijos y las propiedades que están de por medio.

Este tipo de casos es común entre los pacientes internados en hospitales psiquiátricos. Muchas de las familias quieren desposeerlos de las propiedades puesto que consideran que estos al no tener aptitud volitiva, intelectual y discernimiento para realizar actos de disposición o administración de bienes no tienen el derecho de tenerlos bajo su nombre, cuando la realidad es que el legislador al tratar el tema de los insanos e inhabilitados lo hizo no para que las familias se aprovechen del internado sino para que el negocio jurídico no quede paralizado en virtud de la falta de capacidad del paciente.

El artículo 141 del Código Civil “Declara incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes “ (código civil, 1974, p.33 )

El artículo 152 BIS del Código Civil plantea que “Podrá inhabilitarse judicialmente:

1. A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.
2. A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.
3. A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Solo procederá en este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación sólo corresponderá al cónyuge, ascendientes y descendientes.

Se nombrará un curador al inhabilitado y se aplicarán en lo pertinente las normas relativas a la declaración de incapacidad por demencia y rehabilitación. Sin la conformidad del curador los inhabilitados no podrán disponer de sus bienes por actos entre vivos. Los inhabilitados podrán otorgar por sí solos actos de administración, salvo los que limite la sentencia de inhabilitación teniendo en cuenta las circunstancias del caso” (código civil,1974, p.34)

En el caso de P, no se trataría de una persona para considerar insana ni inhabilitada, ya que como punto esencial posee el alta psiquiátrica y judicial. Posee capacidad de dirigir su persona y administrar sus bienes, y en cuanto a los criterios que se consideran a una persona inhabilitada, tampoco en el caso de P se cumplen, lo único que él mismo plantea que no se siente en condiciones de hacerse cargo es del cuidado de sus hijos.

Mas allá de que P no se siente en condiciones de hacerse cargo del cuidado de sus hijos, en el rol playing, sobre la base de la consigna planteada, eligió representar un día al aire libre con sus hijos. En esta representación él demostraba cariño, afecto y generosidad para con los residentes, los cuales representaban a sus hijos. Se pudo observar como P, una vez fuera del Servicio, tiene como objetivo la reconstrucción de su familia mas allá de su situación actual con ellos y los años de hospitalización.

#### *Caso R:*

En el caso de R, su mujer y su hija lo están esperando en la Provincia de Entre Rios. Este residente en una etapa de su vida las abandono y luego de un periodo por el cual vago por muchas ciudades de la Argentina termino internado en el Borda. Al llegar al servicio, comenzó a desarrollar un lazo muy importante con su mujer y con su hija, a la cual casi no conocía, ya que uno de los objetivos del servicio es la integración del residente con su familia de origen.

Volviendo sobre el ejercicio planteado (“que quieren o creen que va a ser de Uds. una vez que se vayan de Hospital de Noche”), R dijo que una vez fuera del servicio le gustaría rearmar su familia. Esta situación es otra de las tantas que suelen ocurrir con los residentes internados, que las familias afuera lo están esperando, lo que no signifique que colaboren con la rehabilitación del paciente. En el caso de R, su familia no afecta en su tratamiento de manera negativa, al contrario, es un importante sostén del mismo.

Fue muy importante el hecho de que R, eligió representar el reencuentro con la hija y la mujer, que era algo que le preocupaba mucho y que actualmente tenía en mente, ya que el hecho de que los demás residentes de a poco hayan empezado a buscar su lugar afuera, le hizo a él también preocuparse por su propio reinserción en su familia.

El rol playing lo sensibilizo mucho. Le sirvió representarlo puesto que desde que está en el Servicio nunca le había comentado a sus compañeros que tenía una familia esperándolo afuera.

De esta forma podemos ver que de acuerdo a los objetivos que nos planteamos al comienzo del taller, hay personas que les cuesta más que otras

expresar su historia personal por medio de la palabra, lo que hizo en el caso de R encontrar otra vía de expresión.

*Caso RM:*

RM es una persona de 51 años, soltero, dependiente de su familia. Es una persona que presenta alucinaciones, embotamiento emocional, lentitud del pensamiento y movimiento, poca actividad, falta de iniciativa, postura y andar rígidos, con un diagnóstico de esquizofrenia.

RM eligió para representar “como sería su vida una vez fuera del servicio” una cena con su familia. De esta forma, cada uno de los residentes representó a un integrante de su familia, introduciéndose en tal personaje con las particularidades que este tenía. Una vez terminado el ejercicio RM planteó que se sintió muy cómodo y representado. Sintió que realmente estaba compartiendo una cena con su familia y que como cada uno de los residentes se comportaba y lo trataba, era como realmente son estas personas en relación a él.

En relación con lo real, el psicodrama se sitúa por entero en el terreno imaginario. Se trata de una dramatización. Al igual que en el teatro, se representan escenas imaginadas, sea porque pertenecen al pasado y se las revive, o porque son futuras y proyectivas. (Lemoine, 1979)

*Caso G:*

G es un joven de 25 años, soltero. Presenta muchas dificultades de mejoría debido a la falta de sostén familiar, la cuál no lo ayuda en nada, más allá de todos los logros que realizó y sigue realizando, vemos que la familia va a imposibilitar cualquier intento de alta de Hospital de noche.

Este residente no quiso representar la situación, pero si comentarla, planteo que una vez fuera del servicio quiere alquilarse un departamento para vivir sólo o con algún amigo.

En el caso de G fue muy importante que haya podido tomar esa decisión, ya que su familia perjudica los avances del residente. La familia de G siempre le pide dinero, tiene que rendirles cuenta de lo que hace y no hace. Los fines de semana cuando va a su casa le piden plata y lo dejan todo el día en la casa sin integrarlo en las salidas que ellos organizan.

Son estos los casos en los que se piensa mucho antes de externar a un residente, por el grupo familiar que es perjudicial para su rehabilitación. Uno quiere la salud psíquica del residente y la tranquilidad emocional, para eso se trabaja, de que sirve que se externe y al tiempo tenga que re-internarse.

Cuando los pacientes adquieren nuevas habilidades en el transcurso de la rehabilitación, es razonable que las puedan poner en práctica en diferentes situaciones, como su casa o el empleo. Esto depende de las habilidades adquiridas durante la rehabilitación y las que requieran posteriormente. Sin embargo, no se puede esperar que estas respuestas a las características especiales de un ambiente de rehabilitación se transfieran a otras situaciones. (Watts, Bennet, 1978)

A la familia le sirve que él este internado y que a la vez les de dinero.

Por eso día a día se está trabajando con G la posibilidad de independencia de sus padres, y el hecho de que él sólo en el ejercicio haya tomado esa decisión fue un logro tanto de él como del equipo profesional.

Otra vez, realizamos el taller, en la habitación de los residentes, debido a que uno de ellos, M, había sido operado de una enfermedad médica, y quisimos que forme parte del taller, ya que contábamos con su presencia, debido a que maneja un taxi, y hay días que no viene al taller con aviso previo.

M en los días que estuvo en reposo y con licencia en el trabajo, sin poder realizar ningún tipo de esfuerzo recibió apoyo y cuidado de los demás residentes.

Justo ese día había venido un pasante de la Universidad de Palermo, así que él mismo presencié esa actividad y fue participe.

El taller de Juegos Teatrales ese día fue suspendido, haciéndose el taller de convivencia, debido a que 5 residentes se ausentaban, y además, por no haber limpiado lo acordado (limpieza de baños) en el taller de la vida cotidiana.

Esto llevó a que RM expresara por primera vez, (debido a que no habla mucho y le cuesta comunicarse con el resto) que lo asfixian tantos talleres, que le cuesta seguir con los ritmos, que siente que Hospital de Noche le demanda mucha responsabilidad. Fueron cosas que nunca nos había planteado y por primera vez supimos que sentía y que le pasaba a él en el servicio.

Además ese mismo día a la mañana, en el *Taller de la Vida Cotidiana*, llegó una hora más tarde y al comentarle que el taller empieza a una determinada hora y que tiene que estar a esa hora, ahí él con expresividad me dijo "llegué una hora tarde porque en el vivero (que es a donde el trabaja dentro del Hospital ) hubo "bronca"", porque últimamente está llegando tarde, y pide ir al baño y vuelve a la media hora.

Ese día sentí que había nacido un nuevo RM, con sentimientos, expresión en la cara, energía, carácter y voz.

A la semana siguiente, estaban preparando unas representaciones para los festejos de cumpleaños (de residentes y profesionales) y despedidas de dos residentes que se iban a realizar. Estos iban a representar a los profesionales del servicio, según su elección. A RM se le planteó que para representar al profesional que eligió debería afeitarse los bigotes a lo que respondió enojado: "los bigotes no ...". Ante esta expresión una licenciada le preguntó, "¿porque los bigotes no RM?", a lo que él le contestó: "no todo lo que se pregunta tiene respuesta"

De a poco fue ganado su lugar con relación al grupo, y a su propia persona.

En cuanto a las representaciones que se organizaron para ese festejo (cumpleaños y despedidas), los residentes mostraron mucha resistencia para llevarlas a la acción, ya que tenían miedo a ser evaluados, a la expulsión del servicio y a que los profesionales lo tomen como una agresión. Varias veces tomaban la propia decisión de que no lo iban a hacer inventando una y otra

razón. Finalmente lo hicieron quedando todos muy conformes al respecto, tanto residentes como profesionales. Era increíble el grado de semejanza de las representaciones con las conductas y actitudes propias de los profesionales. Fue muy buena la percepción de los residentes, hasta del mínimo de los detalles.

Al finalizar la obra los residentes, nos agradecieron a las tres por haberlos ayudado en la organización de la puesta en escena.

Otra de las tareas realizadas en el taller que tuvo sus resultados positivos, fue plantear como consigna que “piensen en una persona que fue importante en su vida a la cual les hayan quedado cosas por decirle, y sientan la necesidad de hacerlo”.

La consigna surgió a raíz de una iniciativa personal de preguntarme y re preguntarme cuales debían ser las razones por las que estos residentes se encontraban transitando una etapa de sus vidas en el Hospital . Me cuestionaba los motivos que nos alejaban de las posibilidades de que tanto yo como cualquier persona permanezcan internados en cualquier Hospital psiquiátrico.

A partir de la consigna arriba nombrada, cada uno fue representando, eligiéndonos a una de nosotras para imaginarse a la persona que querían dialogar, por supuesto que nosotras participábamos pasivamente.

*En la dirección de la cura y los principios de su poder (1958)*, Lacan hace cuatro preguntas en relación a la situación analítica y más precisamente el lugar del analista.

Dentro del texto hay un ítem titulado: Como Actuar con el propio Ser (ser del analista). En este apartado Lacan hace una crítica muy fuerte a los analistas post-Freudianos basándose en la falta en ser que estos obturan con la ilusión de completud.

En la teoría lacaniana los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible para que advenga la transferencia y el análisis sea posible, pudiendo ser análogo este lugar al del jugador “muerto” del Bridge. Por esta razón es que los profesionales se colocan en una posición pasiva en referencia a la metáfora del Bridge de Lacan.

A continuación se procederá a relatar la participación de cada uno de los residentes frente a esta consigna:

#### *Caso F:*

Así F, que es un ex – residente, dialoga con su novia que había fallecido 5 años atrás, en un accidente automovilístico, en el que él manejaba. Le expresaba su culpa, por lo sucedido, y que desde ese día era otra persona, y los demás lo veían y lo trataban diferente.

Eso lo llevó a estar muy mal, teniendo que recurrir a diversos métodos (drogas) para no angustiarse, terminando en la internación del Hospital.

Fue increíble, como el ejercicio toco un montón de puntos que no estaban previstos durante la organización de la actividad, así como logro aflorar sentimientos de los residentes.

El “como sí” de este ejercicio permitió que F pudiera desembarazarse de la mirada de los otros pudiendo expresar libremente sus sentimientos más profundos.

A la vez, de esta forma, el objetivo del taller se pudo cumplir claramente, ya que algo que estuvo tapado se pudo dejar salir con un ejercicio simple como fue este.

Uno se da cuenta, cuando suceden estas cosas, que importante que es este taller en este tipo de cosas, ya que F nunca se lo había comentado a sus compañeros.

#### *Caso R:*

R quiso hablar con su ex – mujer fallecida a la semana de haberse casado, en un accidente en avión. A raíz de eso todas sus ilusiones de años de noviazgo se le fracturaron y se encontró desesperado sin encontrarle sentido a su vida, estaba tan movilizado en el momento del diálogo, que siguió comentando que un hermano de él también había fallecido en un accidente, que perdió a todos sus seres queridos y que de alguna forma no le encontraba salida a su vida.

Es decir que en el caso de R y de F, se ve claramente como la pérdida de un familiar querido provocó una eclosión en su vida.

#### **4) CONCLUSIÓN:**

Elegí como tema a desarrollar específicamente el taller de juegos teatrales, porque es asombroso y muy instructivo los resultados que se obtuvieron en este en los últimos encuentros.

A través del juego uno puede expresar determinados pensamientos o sentimientos que no surgen nunca en la terapia.

Tomando en cuenta por otra parte, que no todos tienen los mismos recursos de expresarse, lo que hace que se les dificulte la comunicación.

A partir del taller de juegos teatrales muchos pudieron encontrar su beta artísticas y otros terapéutica.

Es por este motivo, que elegí para el desarrollo de mi trabajo de integración final trabajar sobre este tema.

Las propuestas que plantearía si tendría que empezar de acá en adelante a hacerme cargo del taller sería propiciar un espacio complementario de expresividad verbal y no verbal; terapéutico-teatral.

Mas allá de que hay muchos de los residentes que les fascina este taller por tratarse de un espacio totalmente diferente al resto, debido a que lo ven mas como un espacio de relajación, de diversión y de humor.

Reconozco que en este sentido, es útil e importante para ellos que continúe funcionando en esta modalidad, pero a la vez privilegio otras cuestiones que me parecen importantes considerar, como ser las actividades

que fueron surgiendo en los últimos encuentros, que más allá que se realizaron, fueron por mi inclusión.

La temática de trabajo que plantearía para este taller si lo tendría que comenzar a dirigir el próximo año serían las que plantearon Liberman, Yalom y Miles (1973).

De alguna forma lo que plantean se lleva a cabo en el taller pero no de esta forma tan estructurada.

Los planteo en base a estos autores, debido a que si tendría que comenzar el taller el año siguiente tendría que proponer objetivos fundamentados y una cierta modalidad de trabajo.

Estos, sintetizaron cuatro funciones de un coordinador que me parecen interesantes, para empezar a trabajar:

1. Proveer de estimulación emocional: El resto del grupo debe proveerle al paciente del suficiente impacto emocional como para explotar sus vivencias, experimentar vivencias nuevas y modificar, emotivamente, sus vínculos. Para esto tendría que crear las condiciones. No puedo empezar el trabajo si antes no cree un clima de confianza entre todos los miembros del grupo entre ellos y para conmigo.
2. Atribución de significados: Una situación, una vez vivenciada, debe ser integrada al resto de la vida de cada uno. Sino se atribuyen significados, todo logro o situación que haya surgido dentro del espacio es lo mismo que nada.
3. Proveer al grupo de cuidados, contención: Es importante que el grupo intercambie contribuciones, entrando en empatía con él. Respetando sus límites o ayudando a ponerlos, aceptando sus críticas, Ayudando a mostrar sus mejores partes.
4. Función ejecutiva: cuidar que la tarea se lleve a cabo. Además todos los juegos dan la posibilidad de hacer extraño lo propio (acciones, sentimientos, pensamientos, hábitos, etc), poner en foco de atención lo que uno da por sentado, verlo, entenderlo, y así tener la posibilidad de cambiarlo. Por otro lado, dan la posibilidad de entrar en lo nuevo (acciones, pensamientos, etc) de modo de vivenciarlo y poder incorporarlo a lo de uno, tener más y nuevas alternativas de vida, conductas, pensamientos, etc., de modo de poder enfrentar situaciones desde diferentes lugares, con más recursos de lo que uno tenía.

Siempre teniendo en cuenta que cualquier juego puede fracasar si propone cambios demasiado importantes, que amenacen con la pérdida de identidad; o si propone demasiada familiaridad, falta de novedad, de modo que no se siente la posibilidad de un cambio. El residente quiere cambiar ya que no está viviendo bien así, como a la vez, mantener cierta identidad que le permita sentirse él mismo dentro de los cambios. Si sigue siendo demasiado él mismo el juego fracasa ya que no aporta lo que se supone debería aportar cualquier terapia en cuanto a la posibilidad de cambio. Si propone, por otro lado, demasiado de novedad, también fracasa, ya que aparece resistencia.

## HOSPITAL DE NOCHE: UNA PROPUESTA DIFERENTE EN REHABILITACIÓN

Por eso, cuando se va a elegir un juego, hay que tener en cuenta, la necesidad del cambio de los pacientes, en algún nivel sincronizado, con la necesidad de seguir siendo ellos mismos, en otro nivel.

## 5) AUTOEVALUACION:

La verdad que como experiencia personal fue muy importante el hecho de que me hayan dejado desenvolverme libremente, mismo planteando objetivos y tareas a desarrollar en cada nuevo espacio.

Además en cada reunión que tenían con profesionales de otros servicios me incluyeron, me presentaban, y si no estaba el día de la reunión me lo comentaban una vez que me veían.

Además, otra cosa que rescato como positiva, es que una vez tuvieron que ir a exponer a una escuela sistémica la temática que realizan, y cuando comenzaron a explicar los talleres, me incluyeron, así como al resto de las psicólogas que habían concurrido, para que expliquemos directamente nosotras que trabajamos en esos talleres como funcionan. Me sirvió como una forma de empezar a entrenarme en el manejo de la expresividad frente a profesionales y estudiantes.

Por otra parte, rescato que el enfoque del servicio, especialmente de la jefa, debido a que su profesión es socióloga, es priorizar la reinserción del paciente a la sociedad.

También durante el tiempo que estuve en el servicio, participé en el armado de la revista del mismo, lo que me sirvió como una forma de interiorizarme, participar y ayudar. Me sentí muy bien, al ser incluida al colocar a los profesionales del equipo. Me emocioné mucho, cuando el día que actué (debido a que concurro a un taller de teatro), fueron a verme todos los pacientes, profesionales y la jefa del servicio.

Para ir terminando, me parece importante, realizar una auto evaluación de la residencia, considero que aprendí mucho, que me sirvió para saber como enfrentarme con un paciente, con un colega, como se trabaja en un hospital.

Por otro lado, en cuanto a enriquecimiento personal, me siento entusiasmada con la práctica profesional que me espera y a la vez podría decir que me sirvió para poder interconectar la teoría que veníamos viendo en todos estos años de carrera.

Me parece un espacio (la residencia) sumamente importante y irremplazable, que es necesario transitarlo antes de ejercer la profesión, por el aprendizaje personal que aporta.

En cuanto a los objetivos que me había planteado al comienzo del practicum, pude lograr ambos (lectura de historias clínicas y entrevistas de pre-admisión).

Si tendría que comenzar la residencia nuevamente, me gustaría participar, en el taller de psicoterapia grupal, que fue algo que no realice, y me quedaron muchas inquietudes, ya que me despierta mucho interés y lo considero un espacio muy importante y enriquecedor.

De esta forma doy por concluido mi trabajo de integración final, agradeciendo el hecho de haberme permitido participar tanto a la facultad de un espacio así de enriquecimiento personal y práctico, como a todos los profesionales del servicio de rehabilitación "Hospital de Noche", del Hospital José Torcuato Borda.

Desde ya muchas gracias.

## **6) ANEXO \***

### **CARTA DE UN EX -RESIDENTE**

Es lindo de vez en cuando contar un cuento-las mil y una noche-por ejemplo, trataremos de hacerlo.

Años pasaron para que a mí llegara esta posibilidad, no la de contar un cuento, sino la de partir hacia algo nuevo, distinto, añorado, deseado.

Ya hablaremos de los nombres, muchos oí, muchos vi, muchos me dijeron, vos te preguntarás si además sucedió; lo verás, y estoy convencido; te servirá.

Lo mismo se iguala a un occidente en la vida de un ser común. Mi accidente tuvo que ver con estados de ánimo, que distorsionaron la realidad y me llevaron a situaciones dificultosas como un cuento y además complejas.

Eso si, te diré algo. Siempre quise salir adelante; esto veras lo voy a repetir mas de una vez.

Una tarde de verano, yo estaba, bueno estaba, y se acercaron para decirme, lo buscan; para mí era una tarde más; habitual hasta ese momento en que interrumpieron en mi rutina, a partir de ahí ya la tarde fue distinta y habría muchas tardes distintas en adelante. Sigo, seguimos.

Venía a entrevistarme, al misma que recibió de mí las llaves que una vez me dieron y que yo entregara mil y una noche después y que me permitieran entrar y salir sin restricciones durante tanto tiempo. Esa profesional, y me voy al final del cuento, sabe, se lo dije, que yo no quería entregarlas para mi fueron las llaves de la vida y ya las creía más.

Volvamos a la entrevista; una pregunta: ¿le interesa?, piénselo, luego decida.

Una respuesta, en el acto: si me interesa. A partir de esto comienza mi camino por la nueva experiencia. Comienza la etapa de pre-admisión, nuevas caras, nuevos lugares, nuevos horarios, mucho de nuevo; pero algo en común, siempre un profesional cerca, bravos los residentes que me acompañan en esta ocasión, para todos ellos un recuerdo.

Un tiempo, el de pre-admisión, más extenso que el habitual, no conozco el motivo, es más yo no tenía conciencia de que así había sido y ahora, ...pero....se encargaron de decírmelo.

Eso sí, y acá la repetición, yo siempre quería seguir adelante, a pesar de los horarios nuevos, de las personas que recién conocía, a pesar de todo.

Después del período de pre-admisión comencé a ser un residente que compartía con los que ya estaba, y a querer. Ya conocía y empezaba una nueva etapa lejos de aquello anterior previa a la entrevista de esa tarde de verano.

Toda una experiencia agradable, encontré compañerismo; siempre fue así, comencé con las actividades propias del lugar, talleres, tareas, tiempo libre, asistencia a compañeros, convivir durante mucho tiempo.

Hoy estoy conforme y contento.

Los nombres que los pongo a algún otro, yo digo adiós a los seis, y pienso en la llave...que llave...- Bueno, ahora también quiero seguir adelante.

A ustedes.

\* Textual, no se han realizado modificaciones.

## 7) BIBLIOGRAFÍA:

- Acuña Juana, Pardo Marta, Vilaseca Guillermo (1990) "Desarrollos actuales en psicodrama" Argentina.  
Disponibile en: ( <http://www.campogrupal.com/desarrollos.html>)
- Basaglia, F., Psiquiatría o ideología de la locura», en Razón, Locura y Sociedad, Basaglia F., y otros, México, Siglo XXI Ed., 1989, p. 38.
- "Brown , G.W.,Birley, J.L.T. Wing, J.K. (1972): *Influences of family life on the course of Schizophrenic disorders: A replication*. British Journal of Psychiatry , 121, 241-258. En Watts Fraser N. , Benett Douglas H. (1991): *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. México. Noriega Limusa."
- "Cabral, C.A. (1985) *Psicoterapia grupal "ciencia y mito"*. Buenos Aires :Argentina. Editorial Buenos Aires S.A."
- "Creer, C. Wing, J.K. (1974): *Schizophrenia at Home*. National Schizophrenia Fellowship, 79 Vistoria Road, Surbiton, Surrey, KT6 4NS. En Watts Fraser N. , Bennett Douglas H. (1991) : *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. P. 70. México. Noriega Limusa. "
- Giangrasso A.J. (1974) CODIGO CIVIL y Legislaciones complementarias. Buenos Aires: Argentina. Lajouane editores
- Goffman, E., Internados, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- "Gonzalez, P. (1997) *Orientaciones teóricas fundamentales en la Psicología de los grupos*. Barcelona, España: EUB., SL."
- "Hawks, D. (1975) *Community care: an analysis of assumptions*. British Jal of Psychiatry, 127, 276-285. En Watts Fraser N. , Benett Douglas H. (1991) : *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. P.18. México. Noriega Limusa.."
- Rojas Bermúdez Jaime G. (1966): " *Qué es el psicodrama*". Buenos Aires : Argentina. Celsius.
- "Lacan, Jacques (1958). Escritos 2. " *la direccion de la cura y los principios de su poder*" Buenos Aires. Argentina. Siglo veintiuno editores. "
- "Lemoine, Gennie Y Paul (1979) *Teoría del psicodrama*. Barcelona. España: Gedisa."
- Lezcano Chicharro F. (2000): *Enfermedad mental severa ¿Hacia donde vamos?. La atención al enfermo mental grave ¿una red o un laberinto? España*.  
Disponibile en: (<http://www.osakidetza-svs.org/osakidetza/cas/agenda/public/hzam/cas/anexos/Argia.htm>)
- "Loew, V.; Figueira, G. (1996) " *Juegos en dinámica de grupos*". Buenos Aires: Argentina. Club de estudio."
- "Mannoni, M. (1976) " *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*", México. Siglo Veintiuno."

- Manrique Margarita M<sup>a</sup> Hernanz \*; Montoya Beatriz \*\* (2002): *Evolución del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Alava en sus 20 años de existencia*. España  
Disponibile en:<http://www2.psiquiatria.com/articulos/psiqcomunitaria/5502>
- "Moreno, J. L. (1974) *Psicodrama*. Buenos Aires: Argentina. Hormé S.A.E"
- "Myerson, A. (1939): *Theory and principles of the "total push" method in the treatment of chronic schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 111, 955-963. En Watts Fraser N. , Bennett Douglas H. (1991) : *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. P.30. México. Noriega Limusa.."
- Travasio Mariana (1997) *Manual de Psicología Forense*. Buenos Aires: Argentina. Oficina de Publicaciones del C.B.C. UBA.
- "Wainstein, M. (2000) *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA."
- "Watts Fraser N. , Bennett Douglas H. (1991) *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. México. Noriega Limusa."
- "Watzlawick, P; Beavin, J. ; Jackson, D. (1967) "*Teoría de la comunicación humana*", Barcelona. Herder."
- "Wing, J.K. y Brown, G.W. (1970): *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge University Press. Londres. En Watts Fraser N. , Bennett Douglas H. (1991): *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. P.48. México. Noriega Limusa.."