

Rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas internadas  
en el servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico .

Autor:Leandro Eidman.

Profesor Tutor: Lic. María Laura Lupano Perugini.

**Índice**

## **1. Introducción**

El presente trabajo tiene como objetivo describir las actividades realizadas para la rehabilitación y mejora de la calidad de vida en pacientes psicóticas internadas en el servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico .

Serán abordadas las temáticas referentes a la descripción de la terapia ocupacional, musicoterapia y rol del psicólogo como intervención para la misma.

El interés por el mismo se plantea teniendo en cuenta que la rehabilitación crea en el individuo fuerzas en si mismo y la posibilidad de mantener estabilizada la enfermedad aumenta el grado de autoconfianza de la paciente, por este motivo considero de importancia poder observar la incorporación de las habilidades y el aprendizaje de la administración de sus recursos psicológicos y sociales los cuales facilitan su reinserción en el medio social mas adecuado para ellas.

Se considera que a través del conocimiento de la administración de los mismos las pacientes lograrán una reinserción en la sociedad y esto ayudará al proceso de compensación de las mismas conjuntamente con la medicación indicada por los médicos psiquiatras.

El servicio de admisión del hospital funciona bajo la dirección de dos médicos psiquiatras, una psicóloga, dos médicos residentes en psiquiatría, un cuerpo de enfermeras, una terapeuta ocupacional y un especialista en musicoterapia.

El trabajo es interdisciplinario, una vez a la semana se procede a una reunión del cuerpo profesional donde se aborda la evolución de las pacientes, los pronósticos y futuras intervenciones. Es preciso destacar que las pacientes en el servicio son derivadas por la guardia del hospital y permanecen en admisión aproximadamente 3 meses para luego ser derivadas a un pabellón de pacientes agudas de corta duración, a un pabellón de pacientes crónicas o bien la externación de las mismas.

### *1.1 Objetivo General.*

Describir las actividades realizadas para la rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas internadas en el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico.

### 1.2 *Objetivos Específicos.*

1. Describir la terapia ocupacional como intervención para la rehabilitación en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase aguda.
2. Describir la musicoterapia como intervención para la mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase aguda.
3. Describir el rol del psicólogo en la rehabilitación y mejora de la calidad de vida en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase agudas.

## **2. Desarrollo**

### *2.1 Rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas.*

La necesidad de rehabilitación de las personas con discapacidad mental conlleva, para las sociedades, la obligación de crear instituciones que brinden a los pacientes condiciones de reintegrarse a la comunidad, la continencia y el apoyo necesario que los ayuden durante el complicado proceso de rehabilitación (Cabred, 1991).

Según Agüero (1994), la rehabilitación moderna de las enfermedades mentales emergió lentamente, desde comienzos del siglo XIX, al compás de las concepciones sobre la locura y los tratamientos propuestos para ella. En la edad media, a la mayoría de los que presentaban síntomas hoy definidos como psicóticos se le permitía vagar por su aldea y se los aceptaba como miembros naturales de la comunidad o permanecían en su casa al cuidado de su familia extendida o de sus vecinos. Algunos pocos enfermos eran cuidados por órdenes religiosas, en instituciones que eran una combinación de hospital, asilo y penitenciaría. Se reconoce que, históricamente, los cambios efectivos en el tratamiento psiquiátrico comenzaron luego de la Revolución Francesa, cuando Pinel, director del hospital Bicetre primero y de La Salpêtrière después, liberó a los alienados

encadenados y transformó a los asilos en sitios más dignos material y moralmente, instituyendo el tratamiento moral, basamento de la rehabilitación.

Entre la Primera y Segunda Guerras Mundiales hubo un gran avance en la rehabilitación física de todo tipo, se consideró que la rehabilitación psiquiátrica moderna comenzó después, asociada con la rehabilitación física. El énfasis inicial se puso en el funcionamiento vocacional y se centró en los discapacitados físicos, pero esto sirvió para demostrar la eficacia de la rehabilitación y para reafirmar la responsabilidad de la sociedad hacia los minusválidos mentales (Agúero, 1994).

Desde la perspectiva de Ingenieros (1920), en Argentina se creó el proyecto inspirado en las experiencias de Conolly, un asilo de Open Door en la provincia de Buenos Aires.

Esta fue la primer colonia rural abierta autosuficiente que funcionó en el continente, luego surgieron otras. Su objetivo era la reintegración social del alienado por medio de una modalidad de moral del manejo y un sistema no restrictivo.

Lieberman (1993), relaciona los orígenes de la rehabilitación y la reintegración del paciente a la vida social con el progreso histórico. De acuerdo con la mayor o menor presencia de estigma en los enfermos, menor o mayor ha sido la posibilidad de estos de acceder a su inclusión en la comunidad.

Watts y Bennett (1990), dividen en tres fases el enfoque de rehabilitación de los enfermos mentales: en la primer fase manifiestan que se hizo poco por los pacientes justificándose en que es poco lo que se puede hacer, en la segunda fase, se aceptó la vulnerabilidad y se dio protección y privilegio a los discapacitados y finalmente en la tercer fase la rehabilitación psiquiátrica comenzó asociada a la rehabilitación física, luego de las dos guerras mundiales, con intentos de modificar y contrarrestar discapacidades perfeccionando otras aptitudes.

## *2.2 La Psicosis: Esquizofrenia, características principales.*

Un grave problema que han sufrido los enfermos mentales de todas las épocas y que dificultó los objetivos de la rehabilitación es el estigma social que sus trastornos provocan (Gabay, 1997).

Una actitud muy difundida en las sociedades es la de denigrar reflexivamente como psicopatológico todo cuanto es distinto de lo propio y que, a primera vista, parece incomprendible. Las características que se le atribuyen a un sujeto por sus diferencias con el que las atribuye es un estigma basado en la identidad social virtual, siendo un tipo especial de discrepancia entre ambas identidades, un defecto, una falla o desventaja que produce en los demás, como efecto, un descrédito amplio (Gabay, 1997).

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2001).

Según Malla y Norman (2002), cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia).

En la fase prodrómica, que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad, se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, con rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir,

disfrutar menos de las cosas, no recordar con precisión, depresión y tristeza, preocupación con una o dos cosas, ver menos a las amistades, pensar que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, sentirse mal sin motivo claro, sentirse muy agitado, emocionado o sentirse inútil (Malla & Norman, 2002).

En la fase activa, se producen los llamados brotes o crisis, los síntomas que se manifiestan son los positivos como ser las alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento, es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días, en otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de las personas puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona (Malla & Norman, 2002).

La fase residual, no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su punto más alto y el deterioro personal, social y laboral es grave (Malla & Norman, 2002).

Las características esenciales de la esquizofrenia considerada dentro de los cuadros psicóticos, desde una perspectiva psiquiátrica, son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (American Psychiatric Association, 2001).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la

motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social (American Psychiatric Association, 2001).

A los fines del trabajo se procederá a describir en detalle los tipos de esquizofrenia: desorganizada, indiferenciada y paranoide, sin por esto dejar de tener en cuenta la existencia de la esquizofrenia tipo catatónica y residual.

### *2.2.1 Esquizofrenia Desorganizada*

El comienzo de este subtipo de esquizofrenia generalmente se presenta al final de la adolescencia o comienzo de la edad adulta, antes de los 25 años. Los antecedentes familiares de depresión o psicosis aumentan la probabilidad de sufrir esta enfermedad. Las personas con esta forma de esquizofrenia tienen más probabilidad que otros de desarrollar problemas con el abuso de sustancias como el alcohol y las drogas ilícitas y tienen particularmente más posibilidades de convertirse en fumadores empedernidos (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento (American Psychiatric Association, 2001).

Es una enfermedad crónica y es común que se presente recurrencia de los síntomas, sin embargo, es posible hacerle un buen manejo y recuperar el funcionamiento. Es necesario que la familia del paciente se involucre en el proceso, ya que esto beneficia al paciente y al equipo médico. Algunas veces, las personas que presentan esta condición dejan de tomar los medicamentos, ya sea debido a los efectos secundarios desagradables o porque creen que ya se han curado y que, por lo tanto, ya no los necesitan. Sin embargo, el equipo médico puede abordar estas preocupaciones con el paciente, en lugar de suspender los medicamentos del todo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Los miembros de la familia y los servicios psiquiátricos de la comunidad pueden ayudar para que el paciente tome todos los medicamentos de manera apropiada y para que los efectos secundarios sean tolerables, aunque es mucho menos probable que los medicamentos más recientes para tratar esta condición causen efectos secundarios molestos (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

### *2.2.2. Esquizofrenia Indiferenciada.*

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen con el criterio A (1. ideas delirantes, 2. alucinaciones, 3. lenguaje desorganizado, 4. comportamiento catatónico, 5. síntomas negativos) de la esquizofrenia, pero que no cumplen con los criterios para los tipos paranoide, desorganizada o catatónica (American Psychiatric Association, 2001).

### *2.2.3 Esquizofrenia Paranoide.*

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos (American Psychiatric Association, 2001).



### *2.3 Terapia Ocupacional: Reseña histórica y sus incumbencias.*

Según la American Occupational Therapy Association (1986), la Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad, puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.

La esencia de la terapia ocupacional descansa en el uso de las actividades como medio de tratamiento, con una meta mínima de mejorar la calidad de vida y una máxima de completar la rehabilitación o habilitación para una plena incorporación y un desarrollo satisfactorio en la sociedad (American Occupational Therapy Association, 1986).

En la historia de la terapia ocupacional, los profesionales la describieron y definieron de varias maneras, pero generalmente según Early (1985), la terapia ocupacional es cualquier actividad, física o mental, prescrita por el médico y guiada profesionalmente para ayudar a un paciente a recuperarse de una lesión o enfermedad.

En un principio el tratamiento era prescrito y dirigido por el médico, actualmente los terapeutas ocupacionales reciben la derivación del médico pero tienen la prerrogativa de determinar el curso del tratamiento sobre la base de sus propias evaluaciones (American Occupational Therapy Association, 1986).

Las intervenciones de la terapia ocupacional pueden encontrarse en las áreas de desempeño funcional de autocuidado, trabajo y esparcimiento prestando atención al ambiente humano y no humano, cultural y social dentro del cual funciona la persona.

Para la evaluación y tratamiento de aquellas personas con déficit de desempeño, deben considerarse los componentes sensorio motores, en cuanto a la integración sensorial, neuromuscular y motora; los componentes cognitivos, en cuanto al nivel de excitación, orientación, reconocimiento, campo de atención, memoria, realización de la secuencia, categorización, formación de conceptos, operaciones intelectuales en el espacio, solución de problemas, generalización del aprendizaje y síntesis del aprendizaje;

finalmente los componentes psicológicos y destrezas psicosociales (American Occupational Therapy Association, 1986).

Muchos pacientes esquizofrénicos son hospitalizados más como resultado de sus capacidades sociales y vocacionales inadecuadas que a causa de su psicopatología. A menudo se encuentran con problemas para obtener un empleo y, una vez conseguido, experimentan problemas para llevar a cabo adecuadamente su labor debido a sus pobres habilidades vocacionales y sociales y a la falta de motivación (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Para estas personas, los esfuerzos de rehabilitación tienen especial importancia. Como consecuencia de lo antes mencionado, Hopkins y Smith (1981), manifiestan que la terapia ocupacional fue reconocida como posibilidad terapéutica para los pacientes psiquiátricos organizada de forma tal que los programas de actividades que lleven a cabo los internados fuesen hechos importantes para el reconocimiento de la rehabilitación de los mismos lo cual permitió reconocer que los pacientes psiquiátricos se ven beneficiados cuando desempeñan actividades programadas, mostró la posibilidad de los pacientes de desempeñarse en actividades que ya eran aceptadas socialmente desde épocas como la Revolución Francesa y se pudo observar que la organización brindada para ofrecer dichas actividades a los pacientes con trastornos mentales tenía las mismas características que para el común de la gente con sus reglamentos y modalidades de instrumentación.

Teniendo presente las características del ejercicio actual, Hopkins y Smith (1981), consideran que la terapia ocupacional es el arte y la ciencia de analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar la salud, reconociéndole una base científica y creativa y su utilidad para el tratamiento de la salud humana. Esta práctica constituye una situación dinámica, que se basa en conceptos que pueden cambiar continuamente por la interacción constante del individuo con las variables ambientales. La terapia ocupacional colabora en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud humana, como otras profesiones vinculadas con esta área. Últimamente va cobrando mayor relevancia el concepto de atención primaria de la salud, cuyo objetivo es promover el bienestar general previniendo aquellos factores que facilitan las enfermedades.

### *2.3.1 Terapia Ocupacional: Competencia*

Los terapeutas ocupacionales y los asistentes de terapia ocupacional centran sus actuación en hacer que la gente se involucre en las actividades de la vida diaria que tienen sentido para cada persona y por lo tanto uno propio. El ámbito de la terapia ocupacional se basa en el interés de la habilidad del ser humano en involucrarse en las actividades cotidianas (Fisher & Kielhofner, 1995).

Desde la perspectiva de Kielhofner (1985), el proceso que se lleva a cabo durante la intervención de la terapia ocupacional puede incluir el uso terapéutico de la ocupación como un medio o método de cambio del desempeño. El fin en el proceso de intervención se produce con la mejoría del paciente al involucrarse en una ocupación significativa.

Ocupación y actividad son términos que se utilizan por terapeutas ocupacionales y asistentes de terapia ocupacional para describir la participación en las tareas de la vida cotidiana. Las ocupaciones son varias generalmente como actividades que tienen significado único y un propósito en la vida de la persona. Las ocupaciones son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en la forma en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones. El término actividad describe una clase general de acciones humanas dirigidas a una meta (Fisher & Kielhofner, 1995).

Según Fisher y Kielhofner (1995), involucrarse en una ocupación en un entorno para estar activo es el objetivo principal de la intervención de la terapia ocupacional. El compromiso con una ocupación se ve como el soporte natural y dirigido a la participación en un entorno.

Cuando las personas tienen una ocupación, están comprometidas con su cumplimiento siendo resultado de su libre elección, con una motivación y un significado. El término ocupación dentro de la terapia ocupacional incluye el considerar los deseos, necesidades y elecciones que hacen la persona durante el proceso de evaluación e intervención. El involucrarse en una ocupación tiene dos aspectos, aspectos subjetivos de desempeño o actuación (emocional o psicológico) y aspectos objetivos del desempeño o actuación

(los que se pueden observar físicamente). Los terapeutas ocupacionales y los asistentes de terapia ocupacional entienden el compromiso de esta perspectiva dual y holística y tienen en cuenta todos los aspectos de la actuación (físico, cognitivo, psicosocial y contextual) cuando intervienen diseñando o fomentando el mantenimiento de las ocupaciones o las actividades de la vida diaria (Kielhofner, 1985).

Los terapeutas ocupacionales entienden que la salud se apoya y mantiene cuando las personas son capaces de involucrarse en ocupaciones o actividades que desean o que son necesarias para su casa, colegio, lugar de trabajo o en situaciones de la vida comunitaria. Los terapeutas ocupacionales ayudan a las personas a unir sus destrezas en las actividades de la vida diaria con sus patrones de desempeño, permitiéndoles desarrollar los roles deseados, en las situaciones de la vida familiar, colegio, lugar de trabajo y la comunidad (Fisher & Kielhofner, 1995).

El marco de referencia de rehabilitación enseña al paciente a compensar los déficits subyacentes que no pueden remediarse. Este marco de referencia constituyó una realidad nacional cuando la filosofía de rehabilitación se incluyó en la legislación (Dutton, 2007).

El marco de referencia tiene cinco suposiciones. La primera suposición establece que una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación, la segunda establece que la motivación para la autonomía no puede separarse de los subsistemas volitivo y la habituación. La motivación para la autonomía está influenciada por los valores de toda la vida, los roles futuros y un renovado sentido de propósito. La tercera suposición establece que la motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. Las demandas del ambiente de alta, la situación económica del paciente y los recursos emocionales son necesarias para que la autonomía sea posible.

La cuarta suposición es que un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales son necesarias para que la autonomía sea posible. La quinta suposición es que el razonamiento clínico debe hacer un enfoque de arriba hacia abajo (Dutton, 2007).

Como lo establece Dutton (2007), las tres continuidades de la función – disfunción que son el dominio del conocimiento para el marco de referencia de rehabilitación son las

actividades de la vida diaria, trabajo y esparcimiento. El comportamiento de un paciente puede colocarse dentro de estas tres continuidades por comportamientos indicadores de cambio encontrados al utilizar la observación como instrumento de investigación.

### *2.3.2 Estudios que demuestran la eficacia de la intervención de la terapia ocupacional.*

Una de las primeras evidencias encontradas fue la realizada por Anthony (1979), quien establece los principios de la llamada rehabilitación psiquiátrica, o también llamada rehabilitación psicosocial, hasta hoy con la nueva definición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, han sido casi 25 años de evolución. Actualmente cuenta con un cuerpo de evidencia válido que se apoya en bases empíricas consistentes.

El término de rehabilitación psicosocial ha sido objeto de diversas controversias. Anthony (1979), acuña un enunciado operativo el cual establece mejorar los déficits en habilidades presuntamente causantes del deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas. Pero pierden la dimensión evolutiva de la rehabilitación a lo largo de la vida del individuo y se centran en la recuperación de las capacidades perdidas (déficit) y en el cambio en el ambiente.

Posteriormente añade la dimensión temporal, reintegrarse en la comunidad, mejorar su funcionamiento psicosocial, y tiene en cuenta su entorno social, dentro de las condiciones de normalización e independencia individual (Anthony, 1979).

Si uniésemos al concepto de rehabilitación psicosocial actual con la forma de entender a la persona afectada por un trastorno mental por el modelo de ocupación humana, la definición sería el proceso de cambio de una disfunción ocupacional a lo largo de la vida de la persona afectada por un trastorno mental hacia el desempeño ocupacional dentro de su entorno comunitario, en una cultura predeterminada (Hopkins, 1998).

Esta concepción cambia la visión de la rehabilitación psicosocial hacia el aspecto evolutivo vital de un discapacitado psiquiátrico basándose en su potencialidad como persona ocupada en su lugar de residencia (centrado en la comunidad) y teniendo en cuenta su cultura ( incluye sus propios valores e intereses) (Hopkins, 1998).

Otra concepción teórica que no debemos olvidar es la que propuso Mosey (1986), en su libro *Psychosocial Components of Occupational Therapy*, que estableció un modelo teórico de Terapia Ocupacional basado en un nuevo enfoque bio-psico-social. Este enfoque fue adoptado ampliamente en la psiquiatría comunitaria, tanto que obligo a Mosey a derivar su modelo de atención en Terapia Ocupacional hacia el actual de habilidades adaptativas.

Buchain, Vizzotto, Neto y Elkis (2003), llevaron un estudio en el que se parte de la estrategia válida de la combinación de psicoterapia, farmacología , terapia familiar y terapia ocupacional como la mejor estrategia para los pacientes con esquizofrenia.

Comparó la efectividad entre dos grupos de esquizofrénicos resistentes al tratamiento, uno recibió sólo clozapina y otro clozapina y terapia ocupacional. Se demostró la mayor efectividad del grupo de terapia ocupacional y clozapina (Buchain et al, 2003).

Buchain et al (2003), demostraron que lograron un resultado estadísticamente significativo en el grupo de pacientes que recibió Terapia Ocupacional y entrenamiento en relaciones sociales, manejo de dinero, roles sexuales maritales y extraconyugales, relaciones familiares, el otro grupo recibió solamente medicación antipsicótica.

Un alto porcentaje de personas diagnosticadas con esquizofrenia suelen presentar déficits en su funcionalidad, de modo que la capacidad para cumplir con las exigencias de sus roles suele quedar alterada (Panades, 2002).

Para detener estos déficits se aplican técnicas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, orientadas a la adquisición o mejora de habilidades relacionadas con los aspectos prácticos de las actividades de la vida diaria, con el objetivo de fomentar la vida autónoma y la mejora funcional (Panades, 2002).

Existen estudios que afirman que el entrenamiento en habilidades de la vida diaria conduce a mejores resultados que la atención estándar en relación al funcionamiento social y la calidad de vida. Pero, dado que los resultados de metanálisis recientes no demuestran un nivel de evidencia científica que indique que los programas de

habilidades de la vida diaria sean útiles o perjudiciales para personas con esquizofrenia (nivel de evidencia científica Ia), deben llevarse a cabo estudios amplios, bien diseñados, dirigidos e informados que demuestren la eficacia de este tipo de tratamientos (Panades, 2002).

Un documento de consenso especifica que los servicios de rehabilitación psicosocial deberían incluir entrenamiento en habilidades sociales y en actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, para mejorar las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidado general de la salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos considerados básicos y cotidianos (Panades, 2002).

#### *2.4 Musicoterapia: Surgimiento y características generales*

Después de la segunda guerra mundial la musicoterapia se jerarquiza formalmente en Europa, especialmente en Inglaterra, con la asistencia a veteranos de guerra en prácticas hospitalarias. La evidencia presentada en los resultados de ésta practica sostenida por músicos y docentes musicales, fue mostrando la necesidad de generar una formación específica del musicoterapeuta (Alvin, 1997).

En Argentina, la actividad musicoterapéutica comienza en las décadas del 60 y no como prácticas hospitalarias, sino dentro de instituciones con propuestas de carácter pedagógico-reeducativo (Alvin, 1997).

Según Benenzon (2001), la musicoterapia es el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y

consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

El bienestar emocional, la salud física, la interacción social, las habilidades comunicacionales y la capacidad cognitiva son evaluados y considerados a través de procedimientos específicos, como la improvisación musical clínica, la imaginación musical receptiva, la creación clínica de canciones y la técnica vocal terapéutica, entre otros. En ese proceso, el musicoterapeuta promueve y registra cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del tratamiento. En las sesiones de musicoterapia, se emplean instrumentos musicales, música editada, grabaciones, sonidos corporales, la voz y otros materiales sonoros. La musicoterapia no considera que la música por sí misma puede curar; no existen recetas musicales generales para sentirse mejor (Benenzon, 2001).

Según el consejo de la Federación Mundial de Musicoterapia (1996), la musicoterapia es el uso de la música y/o de los elementos musicales por un musicoterapeuta, pacientes o grupo, para facilitar y promover la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o a restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.

La musicoterapia se usa con niños, con adultos y personas de la tercera edad con diferentes problemas. También se emplea con personas que no están enfermas o que no tienen algún problema, para mejorar el bienestar personal, para desarrollar la creatividad, mejorar el aprendizaje, las relaciones interpersonales y para el manejo del estrés (Montero, 2000).

Desde la perspectiva de Montero (2000), la musicoterapia les permite a las personas:

- Explorar sus sentimientos.
- Hacer cambios positivos en su estado de ánimo y en su estado emocional.
- Desarrollar un sentido de control de sus vidas a través de experiencias de éxito.



- Aprender o poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos.
- Mejorar la socialización.

#### *2.4.1 Lo predominantemente no verbal.*

El comportamiento no verbal está determinado por los movimientos corporales, del rostro, de las manos, la dimensión espacial que adoptan los cuerpos interactuantes, la entonación e inflexión de la voz y el ritmo del discurso (Cook, 1997).

Cook (1997), destaca los aspectos estáticos: cara, configuración física, voz, ropa, maquillaje y peinado y los aspectos dinámicos: orientación, distancia, postura, gestos, movimientos, expresiones del rostro, tono de voz, ritmo y velocidad del discurso.

La educación musical es todo proceso que consista en la transmisión más o menos consciente y voluntaria de conocimientos y habilidades musicales a personas que participan más o menos voluntariamente en dichas adquisiciones (Hargreaves, 1998).

Consiste en un proceso de enseñanza – aprendizaje sistematizado con dos fines: el primero de ellos es completar el campo expresivo – receptivo del paciente que asiste a un proceso general y el segundo en el desarrollo de aptitudes específicas e intereses por la música de manera tal que se adquiera conocimientos y desarrollo en habilidades propias (Hargreaves, 1998).

En el ámbito hospitalario se apunta a variados objetivos: uno de ellos es la facilitación o mejoramiento de la comunicación de los pacientes en todos sus niveles, en este sentido se hace referencia a todos los niveles implicados desde a palabra, gestos, sonido y grafismo. Es enfrentar la actividad para mejorar la capacidad de simbolización del individuo, facilitando expresar sus emociones, sensaciones, ideas e inquietudes (Benenzon, 1997).

Otro de los objetivos planteados por Benenzon (1997), es el fortalecimiento del desarrollo emocional hacia un equilibrio que predisponga positivamente hacia el aprendizaje y otras acciones de la vida, como así también el logro de un equilibrio entre placer y displacer, lo cual significa generar una situación de contención que brinde

seguridad, a su vez, perfile los límites precisos que van dando forma a la tolerancia ante la frustración, o a la tolerancia del logro y a la aceptación de si mismo.

El hecho de que los conocimientos adquieran significado conectándose con los conocimientos anteriores, tiene relación con propuestas constructivistas. Lo que se remarca en musicoterapia es que los conocimientos puedan ser transferibles a situaciones nuevas y puedan ser conectados con hechos, acontecimientos sociales y de la vida diaria (Benenzon 1997).

#### 2.4.2 *Estudios que demuestran la eficacia de la intervención de la Musicoterapia..*

A través de la musicoterapia se entrenan habilidades sociales, pero con un componente de interacción social y con mayor énfasis en los aspectos afectivos (Bruscia, 1998).

Se ha llevado a cabo una investigación para dar cuenta de la eficacia de la estrategia sonoro-musical-expresiva. El trabajo de musicoterapia fue conducido por una musicoterapeuta entrenada y certificada por el *Certification Board for Music Therapists* de los Estados Unidos.

Los objetivos generales de la intervención consistieron en que los pacientes pudieran: 1) desarrollar habilidades sociales y mejorar su funcionalidad, y 2) movilización afectiva. En cada sesión se trabajaron aspectos como el contacto con la realidad, atención, concentración, interacción interpersonal, reconocimiento y expresión de los sentimientos. Además, se trataron temas como: características de la esquizofrenia, importancia de los medicamentos y asistencia a las consultas médicas, así como a la terapia, los síntomas de las recaídas y su detección temprana, relaciones familiares y sociales, y requisitos para buscar un trabajo, entre otros (Bruscia, 1998).

El trabajo se hizo con técnicas de estrategias sonoro – musicales – expresivas en el que tocaban diversos instrumentos de percusión melódicos y no melódicos, ya que son accesibles a todos los pacientes. Esta técnica parte de la base de que la forma como uno toca los instrumentos y enfrenta la tarea y a la música es la manera como se relaciona

con el mundo y por lo tanto se puede modificar la experiencia de la relación con el mismo (Bruscia, 1987).

El trabajo con los pacientes era grupal y directivo, y estaba orientado al aquí y el ahora para así adquirir las habilidades que requieren para lograr los objetivos. El terapeuta escuchaba las producciones musicales de los pacientes siguiendo los lineamientos de las Planillas de Evaluación de la Improvisación (*Improvisational Assessment Profiles*, Bruscia, 1987) e intervenía de acuerdo con lo que escuchaba y con el objetivo de la tarea que se estaba realizando.

El terapeuta guiaba el trabajo en la música y las discusiones verbales y en ocasiones elegía el tema de la sesión. El trabajo musical se basaba en el tema elegido, a partir del cual se pedía a los pacientes que tomaran un instrumento, se proponía una improvisación individual, posteriormente se hablaba sobre ella, se seguía con una improvisación de grupo, de pareja, en grupos pequeños o individual (Bruscia, 1987).

El terapeuta podía acompañar a los pacientes en la improvisación dependiendo del producto terapéutico/musical. Al término de cada sesión se les preguntaba qué habían aprendido de ellos mismos y se les pedía que indicaran cómo lo iban a poner en práctica en la vida diaria. Al final de la sesión los pacientes evaluaban su participación en la misma (Bruscia, 1987).

La psicología clínica ofrece la posibilidad de tratar a personas con alguna enfermedad mental, en éste caso a pacientes con esquizofrenia en quienes se utilizaron diversas modalidades terapéuticas. Por su parte la investigación clínica permite evaluar la eficacia de cada intervención. Universalmente se ha reconocido que la evaluación de las intervenciones psicológicas es indispensable por lo menos por dos razones: 1) considerar si los procedimientos utilizados generan cambios en los sujetos, y 2) si los cambios observados son de suficiente magnitud (Pedroza, Galán & Martínez, 2002).

Cuando se comparan varias intervenciones es conveniente determinar la efectividad de cada intervención de manera que los resultados obtenidos no sean producto de otras variables ajenas a la intervención, sino que se deban exclusivamente al efecto de cada intervención en la conducta de los sujetos (Pedroza, Galán & Martínez, 2002).

En este sentido la medición de la magnitud de la significancia clínica consiste como lo plantea Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) en tener la seguridad que la cantidad de cambio sea de tal magnitud como para demostrar que éste no se debe al azar.

Kazdin (2000), indica que el cambio clínico significativo consiste en evaluar si el procedimiento utilizado (la intervención) tiene que ver con un cambio real que sea medible en diversos aspectos de la vida del paciente. En este sentido los resultados de esta investigación permiten llegar a varias conclusiones. La primera indica que los pacientes que participaron en la musicoterapia, presentaron mejorías en la movilización afectiva, así como en las relaciones sociales, por lo que en general obtuvieron beneficios terapéuticos.

El porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones durante cada una de las intervenciones fue mucho menor que lo que se ha reportado a nivel internacional que es de alrededor del 50% (Bebbington, 1985; Perkins, 1999 & 2002), o como lo plantean Hogarty y Ulrich (1998) después de revisar diversos estudios de intervenciones psicosociales aplicadas como complemento de los medicamentos antipsicóticos en donde encontraron que la posibilidad de recaídas se reduce hasta en un 50%. En el presente estudio considerando el porcentaje de recaídas de la musicoterapia que se reportó en un rango de 6,6% a 7,6%, la disminución de recaídas se redujo por arriba del 90% (92,4%).

De esta forma, se comprueba lo encontrado por Hogarty y Ulrich (1998) que cuando se combinan los medicamentos antipsicóticos con alguna forma de intervención psicosocial la posibilidad de recaídas disminuye.

En cuanto a las implicaciones de las intervenciones en psicología clínica se puede comentar como una limitante determinante el hecho de que todavía en Latinoamérica no existe una cultura de hacer investigación clínica, debido a la falta de infraestructura, a la falta de apoyo a la investigación y al desinterés de los psicólogos. Muy pocos psicólogos se dedican al tratamiento de pacientes con esquizofrenia y este número disminuye considerablemente a los que realizan investigación clínica.

La musicoterapia para pacientes psiquiátricos con esquizofrenia podrían mejorar algunos de los síntomas del padecimiento, según un nuevo estudio realizado por los investigadores del *Imperial Collage London* y terapeutas del *Central and North West London Mental Health Trust*.

La investigación preeliminar, publicada en el *British Journal of Psychiatry*, es la primera vez que la musicoterapia para personas con esquizofrenia aguda ha sido evaluada. Para este pequeño estudio 81 pacientes de cuatro hospitales en el interior y centro de Londres fueron elegidos para recibir musicoterapia o el tratamiento estándar. Aquellas personas que recibieron musicoterapia lo hicieron entre ocho y doce sesiones, una vez por semana a lo largo de 45 minutos.

Durante estas sesiones se utilizó la estrategia sonoro-musical-expresiva. Inicialmente el terapeuta escuchó cuidadosamente la música del paciente y lo acompañó de manera cercana tratando de seguir su estado emocional en términos musicales. Luego el terapeuta ofreció oportunidades para extender o variar la naturaleza de la interacción musical.

Los investigadores evaluaron síntomas de esquizofrenia y encontraron que las mejoras fueron mayores entre las personas que recibían musicoterapia que aquellos que recibían el tratamiento convencional. En referencia a la musicoterapia se asoció con reducción en los síntomas generales tales como depresión y ansiedad y los síntomas negativos de la esquizofrenia como por ejemplo retiro emocional.

### **3. Metodología.**

#### *3.1 Tipo de Estudio y Diseño:*

Descriptivo – No experimental/transversal.

#### *3.2 Participantes:*

Muestra no probabilística, compuesta por 12 pacientes mujeres de 22 a 62 años diagnosticadas con diferentes tipos de psicosis esquizofrénica ingresadas al Servicio de

admisión derivadas por Guardia con un diagnóstico presuntivo de descompensación psicótica.

Las pacientes a las cuales se realizó la observación en los puntos planteados a continuación tienen como características haber ingresado por primera vez al servicio .

Cabe destacar que la diferenciación que se realiza en el servicio de admisión en cuanto a la condición de pacientes agudas o crónicas es tal que aquellas que permanecen en el servicio durante tres meses para su evaluación y confirmación de diagnóstico son consideradas agudas hasta la derivación a otros pabellones o bien su externación.

En cuanto al diagnóstico de las pacientes luego de la evaluación de las mismas en el servicio de admisión se destacan 6 pacientes con esquizofrenia paranoide, 3 pacientes con esquizofrenia desorganizada y 3 pacientes con esquizofrenia de tipo indiferenciado.

### *3.3 Instrumento y Procedimiento:*

El método para la recopilación de la información se realizó a través de la observación directa participante del desempeño de habilidades, de las pacientes internadas, en su labor en cada una de las tareas propuestas por la terapeuta ocupacional, el musicoterapeuta y las intervenciones realizadas por la psicóloga. Esto con el fin de que en el tiempo de la internación hasta la externación o derivación a otros pabellones, las pacientes adquieran hábitos pertinentes para su rehabilitación y mejora de calidad de vida.

Para poder llevar a cabo la misma se pondrá en detalle las observaciones realizadas en las disciplinas antes mencionadas:

Las siguientes técnicas fueron elaboradas por Rogers y Holm, 1994:

- 1) Terapia Ocupacional
  - a. Actividades de la vida diaria
    - Observación: Arreglo Personal: higiene personal y aseo
    - Observación: Mantenimiento del Hogar (Servicio de admisión ): cuidado de ropa, orden y limpieza y armado de cama.

2) Ocupaciones Diarias: La evaluación de ocupaciones diarias permite identificar en forma gráfica los tipos de ocupaciones que realiza una persona y la cantidad de tiempo que se le asigna a cada una, durante el transcurso de una jornada normal de actividades. Esto se realizó a través de un gráfico similar a un reloj donde las pacientes con colores, colorean las horas en base a las actividades que realizan y de esta forma lo tienen como referencia pegados en sus placares.

- Observación: Luego de haber sido realizada la evaluación por parte de la terapeuta ocupacional, se observó el mantenimiento por un período de tiempo de un mes, de las ocupaciones señaladas por la paciente en el gráfico; el registro de las mismas fue a través de un cuaderno de observaciones. Este está compuesto por colores: el Blanco es horas de sueño, el Rojo es alimentación, el Rosado es Actividades del Hogar (Servicio de Admisión ) y el Naranja es esparcimiento.

La siguiente técnica fue elaborada por Butera, 2002:

### 3) Musicoterapia

a. Estrategias sonoro – musicales – expresivas: el musicoterapeuta recibe al individuo con un diagnóstico que determina una situación sintomática, rasgos determinantes de caracteres, carencias, dificultades e imposibilidades. Desde esta perspectiva, la tarea no consiste en remarcar éstos aspectos, sino lo contrario, se trabaja a partir de las posibilidades, de lo preservado como aspectos sanos. De lo que logra, no de lo que carece, sino de lo que tiene.

- Observación: Movilización afectiva: miedo, sorpresa, aversión, ira, alegría y tristeza.
- Observación: Habilidades de socialización: interacción con las demás pacientes e integración grupal.
- Entrevista semidirigida al musicoterapeuta.

Respecto del rol del psicólogo en la rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas esquizofrenicas en fase aguda, se observó las intervenciones realizadas por la psicóloga respecto de las actividades desempeñadas en terapia ocupacional y en musicoterapia en cuanto al impacto que éstas producen en el bienestar del paciente. Antes de intervenir, la psicóloga se informa por historia clínica y en base a lo detallado lo realiza. La observación fue por el período de tiempo de un mes y el registro de las mismas fue a través de anotaciones en un cuaderno de observaciones.

#### 4. Resultados

Con el fin de responder al objetivo general de este estudio, referido a la descripción de las actividades realizadas para rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas internadas en el Servicio de Admisión del Hospital, se procedió a la realización de la observación en cuanto a las actividades realizadas para lograr tal fin.

Cabe destacar que las pacientes que se encuentran concurriendo a éstos talleres, están compensadas con la medicación adecuada y con un proceso de tratamiento psicoterapéutico en el cual se las evoluciona de forma diaria en el transcurso de su internación.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, las pacientes al momento de la observación no cuentan con signos y síntomas propios de la enfermedad.

##### *4.1 Terapia ocupacional como intervención para la rehabilitación en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase aguda.*

Con el fin de responder al objetivo específico número 1 que intenta describir la Terapia ocupacional como intervención para la rehabilitación en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase aguda se procedió a analizar lo observado según los ejes expuestos (Ver Instrumento y Procedimiento):

Las pacientes concurren a terapia ocupacional dos veces a la semana, el espacio se conforma por dos horas y media de intervenciones por parte de la terapeuta ocupacional, las mismas se encuentran centradas en las actividades de la vida diaria donde se observó el procedimiento mediante el cual se les enseña acerca del arreglo personal, en cuanto a higiene y aseo; el mantenimiento del hogar, en este caso se denomina mantenimiento del hogar al lugar donde se encuentran internadas, es decir, al Servicio de Admisión, las habilidades que se enseñan son las del cuidado de ropa, orden y limpieza y armado de camas.



Desde la perspectiva de Pakmer y Heaton (2000), es natural considerar que las capacidades cognitivas tienen máxima influencia en el funcionamiento cotidiano de las personas, en la forma en que se desenvuelven en la sociedad y en su posibilidad de lograr un desarrollo personal.

Los pacientes con esquizofrenia presentan déficits en la atención selectiva, alteraciones en la capacidad de mantener la concentración y un aumento en el tiempo de reacción. Además tienen dificultad para utilizar las experiencias anteriores en la percepción y en el tratamiento de los estímulos actuales, lo que conduciría a una perturbación en la selección del estímulo y en la respuesta al mismo (Pakmer & Heaton, 2000).

Respecto de la memoria, según Keefe (2000), la memoria implícita procedural se encuentra relativamente intacta. Este tipo de memoria se relaciona con la conservación de hábitos adquiridos y con la adquisición de nuevos hábitos. La memoria de trabajo de los pacientes con esquizofrenia se encuentra perturbada.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, acordamos con la terapeuta ocupacional trabajar sobre lo que las pacientes tienen conservado y aquello que pueden ir adquiriendo como hábitos, de esta forma el fin sería que el día de la externación ellas puedan seguir realizando las actividades que les fueron enseñadas en los talleres.

De esta manera, teniendo en cuenta que además de los recursos farmacológicos que se han utilizado para disminuir los déficits cognitivos, la rehabilitación cognitiva consiste tanto en reparar la función alterada así como en desarrollar nuevas capacidades que reemplacen o compensen a las deficitarias, de esta forma el trabajo que se realiza con las pacientes desde el espacio de terapia ocupacional es no solo el de corregir los déficits sino también un modelo compensatorio cuyo énfasis está puesto en disminuir las incapacidades.

Las ocupaciones que se manejan en terapia ocupacional son aquellas de la vida del ser humano que le facilitan el crecimiento y su interacción continua con el ambiente (Hopkins & Smith 1998).

Las ocupaciones de automantenimiento comprenden la alimentación, el vestido, la higiene, el arreglo personal, el transporte, la comunicación y las tareas del hogar como limpiar, lavar, planchar, cocinar y hacer las compras. Estas actividades requieren, para su ejercicio, del desarrollo de destrezas, hábitos y autonomía. Por la complejidad de las mismas aquella población que presente problemas para su ejecución requiere de ayuda específica (Hopkins & Smith 1998).

Las técnicas y metodologías son las acciones para establecer el período de atención, la frecuencia y la intensidad y los modelos que comprende el abordaje del caso.

En el proceso de terapia ocupacional, la terapeuta realiza una entrevista individual a cada una de las pacientes que se encuentran asistiendo al taller, las evalúa, establece la planificación del tratamiento, los objetivos, selecciona las ocupaciones y después de 15 días realiza una re evaluación con el fin de dar una devolución a aquellas pacientes que podrían estar cerca del alta o bien de la derivación a otros pabellones.

Luego de las entrevistas individuales, se procede a una reunión grupal donde se explica a las pacientes la actividad programada para el día. La terapeuta comienza explicando aquellas actividades que están relacionadas al arreglo personal, de manera tal que remarca la importancia de la higiene y el aseo.

Teniendo en cuenta lo mencionado por Hopkins y Smith (1998), estas pacientes requieren de entrenamiento y estímulo en sus destrezas y hábitos, los que les permitiría una mayor autonomía, para este proceso necesitan una organización externa a ellas que lo facilite y que las motive.

El entrenamiento que se realiza es un proceso donde se explica a las pacientes la importancia de su cuidado personal, de esta forma las actividades de la vida diaria juegan un papel importante ya que el objetivo es que ellas puedan incorporarlas para que posteriormente se conviertan en hábitos de manera tal que se puedan sentir autónomas en su cuidado personal.

La terapeuta ocupacional procede a la organización externa de las pacientes para el sostenimiento de los hábitos que son enseñados, éstos y las destrezas le permitirán a las

pacientes el cuidado de su ropa y arreglo personal, manejo de medicación indicada y mantenimiento del hogar.

Luego de ser explicada las actividades a realizar, se procede a la acción de las mismas, la terapeuta está atenta a cada una de las pacientes de manera tal que las mismas puedan realizar esto de la mejor forma y puedan sostenerlo en el tiempo.

Las pacientes observadas presentaban dificultades en cuanto a su higiene, aseo y mantenimiento del hogar. Comenzaron a desarrollar las habilidades en cuanto al cuidado de su ropa, el armado de las camas, el orden y la limpieza.

Desde la perspectiva de Lifson y Simon (1998), el desempeño ocupacional resulta de la consecución de la ocupación o actividad seleccionada y ocurre a través de una transacción dinámica entre la paciente, el entorno y la actividad. La mejora o desarrollo de las habilidades y patrones del desempeño ocupacional permiten involucrarse en una o más ocupaciones.

Cuando la terapeuta ocupacional analiza el desempeño ocupacional, identifica las habilidades y patrones usados para éste y evalúa otros aspectos de la participación en dicha ocupación que afectan a éstas habilidades y patrones como ser el arreglo personal y el mantenimiento del hogar.

En el análisis del proceso va identificando los factores así como las barreras en varios aspectos de la participación en la ocupación y en las actividades de la vida diaria. El análisis del desempeño ocupacional que realiza la terapeuta se encuentra relacionado al entendimiento de la interacción dinámica del complejo formado por las habilidades y los patrones de desempeño, el entorno y las demandas de la actividad y características de las pacientes que se encuentran internadas.

La observación obtenida por la terapeuta durante el perfil ocupacional sobre las necesidades, problemas y prioridades de la paciente, van dirigiendo las decisiones durante el análisis que realiza sobre el desempeño ocupacional.

En éste proceso la terapeuta resume la información del perfil ocupacional para centrarse en áreas ocupacionales específicas y los entornos a los que se ha de dirigir la intervención, de esta forma una vez explicada las actividades a realizar durante el día, las pacientes proceden a ejecutarlas y aquellas que se encuentran con dificultades para poder realizarlas son asistidas tanto por la terapeuta como por mí. La intención es que puedan aprehenderlas y de ésta forma la adquieran como hábito.

En un paso siguiente, se ha observado el desempeño de las pacientes en las actividades de mantenimiento del hogar y de higiene personal, percibiendo la efectividad de las habilidades y modos de desempeño. Se fueron seleccionando y utilizando instrumentos específicos para medir apropiadamente las habilidades y patrones de desempeño.

La terapeuta cuenta con una planilla mediante la cual va anotando la evolución en cada una de las tareas realizadas de manera tal que en la sesión próxima al evaluarlas se verifica si se sostienen o no. En caso de que se hayan sostenido, la terapeuta procede a aplicar refuerzos positivos y otorgar premios con el fin de que se pueda ir interiorizando el hábito.

De las 12 pacientes observadas, solamente 2 de ellas no pudieron sostener la actividad que anteriormente les fue explicada, la terapeuta las vuelve a entrevistar y les consulta los motivos por los cuales no han podido realizar la actividad a lo que las mismas responden que fue por desgano.

Según Hopkins y Smith (1998), cabe destacar que las alteraciones cognitivas están presentes durante toda la enfermedad.

La motivación es el elemento que facilita la rehabilitación y es un requisito indispensable para poder llevar a buen término la actividad que se propone y el tratamiento. El hecho que una paciente se encuentre motivada y que realice una actividad con la que se encuentra satisfecha opera favorablemente en la prosecución de la tarea y en la adquisición de nuevos roles (Watts, 1991).

Se elaboró un seguimiento a las pacientes que no han podido realizar las tareas mencionadas, se las incentivó y se las motivó a través de refuerzos positivos y finalmente las pacientes lograron poder realizar lo solicitado por la terapeuta.

El foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño en los diferentes roles de la vida social y comunitaria, la mejor en la suma de calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que en cada caso sea posible (Aldaz & Vásquez, 1996).

La experiencia en los talleres de terapia ocupacional resultó altamente favorable para las pacientes que fueron observadas, la terapeuta ocupacional luego de haber dado las explicaciones correspondientes a lo referente de las actividades de la vida diaria, de manera tal que estas puedan ser incorporadas como hábito, en sesiones individuales procede a la explicación de las ocupaciones diarias.

La terapeuta ocupacional explica que la posibilidad de llevar un registro sobre lo que van a hacer durante la semana las ayuda a organizarse y esto es de alguna manera un ayuda memoria para que ellas sepan en cada momento lo que esta estipulado hacer.

Esta intervención se articula a través de un proceso individualizado que combina el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde la psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial de la persona.

De esta forma, en sesiones posteriores se las va llamando a las pacientes y se le solicita que rellenen un gráfico similar a un reloj donde con colores se les solicita que colorean las horas en base a las actividades que realizan y de esta forma lo tienen como referencia pegados en sus placares.

Respecto de los colores el Blanco es horas de sueño, el Rojo es alimentación, el Rosado es Actividades del Hogar (servicio de admisión ) y el Naranja es esparcimiento.

Luego de haberlo realizado, se procede a la observación del mantenimiento de la conducta de las pacientes durante el transcurso de un mes, las pacientes no presentaron inconvenientes y en sesiones posteriores a cada una de ellas la terapeuta les fue dando una devolución respecto de su evolución en el tratamiento.

Se observó que antes de la intervención las pacientes presentaban dificultades en la organización de sus placares y en las tareas de esparcimiento. Una vez realizado el gráfico se podía observar por la mañana que las pacientes miraban el gráfico realizado y procedían a la realización de las actividades que estaban estipuladas.

La terapia ocupacional como intervención para la rehabilitación en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase aguda puede ser descripta como una evaluación funcional de las discapacidades y habilidades en relación con las demandas ambientales de su entorno; también cabe destacar que la terapeuta procede a realizar una planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada paciente; explica la importancia de la implicación y la participación activa en todas las fases del proceso y finalmente realiza un seguimiento, monitorización y apoyo de las pacientes en los distintos contextos de su vida.

#### *4.2 Musicoterapia como intervención para la mejora de calidad de vida.*

Para poder abordar el objetivo específico número 2 que propone la descripción de la musicoterapia como intervención para la mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas esquizofrénicas en fase aguda, se procedió a la realización de una entrevista semidirigida con el musicoterapeuta del servicio y a las observaciones según los ejes expuestos (Ver Instrumento y Procedimiento).

En la entrevista el Licenciado explica que obtiene información de las pacientes a través de la lectura de sus historias clínicas para poder tener una base respecto de cómo realizar sus intervenciones. La tarea que realiza consiste en remarcar los aspectos que se encuentran conservados en las mismas, es decir de aquellas habilidades que se encuentran conservadas y no fueron deterioradas por la enfermedad luego de cada brote.

Las pacientes concurren al espacio de musicoterapia el cual está pautado por ley en el hospital, consiste en dos encuentros semanales de 3 horas donde se realizan actividades tales como la utilización de diferentes instrumentos musicales, el armado de un cancionero, la improvisación y finalmente un momento de reflexión respecto de lo sucedido durante la sesión.

El musicoterapeuta explica que el objetivo es la movilización afectiva y el incremento de las habilidades sociales, la estrategia que utiliza es sonoro – musical – expresiva.

Desde la perspectiva del Licenciado las actividades musicoterapéuticas posibilitan un incremento de la capacidad de insight en los pacientes, lo que a su vez mejora su autoestima y disminuye los niveles de ansiedad, depresión, impulsividad y/o confusión.

El licenciado emplea la expresión sonoro – musical como medio para posibilitar un fin: mejorar la salud del paciente. Para ello explica que debe ser músico, pero además, debe entender el sentido que la expresión sonoro – musical adquiere en el contexto de la clínica musicoterapéutica.

El acento está puesto en la capacidad de la música para facilitar los objetivos terapéuticos. El interés del profesional es el de acompañar a la paciente en un proceso que debe concluir en un mayor grado de conocimientos de sí mismas, una mirada realista sobre las capacidades y límites, la integración de las zonas con dificultades en un ámbito relacional en el que se construyen nuevos sentidos que representan la original identidad de las participantes.

Según lo observado en los encuentros, las sesiones son de forma grupal, el Licenciado enseña a las pacientes que sus capacidades son una vía para la expresión de su mundo emocional. De esta forma, el orden de expresión sonoro – musical lo presenta como un posibilitador de un proceso de auto-exploración que, instalado en el marco grupal, va a favorecer la reticulación vincular o comunicacional.

En la primer sesión, luego de las explicaciones dadas a las pacientes, se procede al armado del cancionero, para que en la posterior sesión se trabaje sobre las mismas. El cancionero forma parte de la estrategia sonoro-musical-expresiva, en sesiones

posteriores el musicoterapeuta trae armado un disco con las canciones elegidas por las pacientes y las letras de las mismas para que sean cantadas por todas.

En el proceso se les solicita que improvisen, que se muevan y canten las canciones como a ellas les gusta y luego se procede a la discusión respecto de lo que las mismas les ha producido.

Respecto del lenguaje no verbal, es notable la movilización afectiva que les produce, lágrimas, sonrisas y muchas veces enojo son emociones visibles en el transcurso del tema que es reproducido.

Posteriormente debido al efecto que produce la canción sobre las pacientes, el musicoterapeuta opta por estar unos minutos en silencio y comienza la intervención con la paciente que ha elegido el tema y le pregunta de manera socrática respecto de lo que le ha producido el tema.

De esta forma se genera un ambiente donde la paciente que habla es escuchada con atención por el grupo y se van intercambiando opiniones, lo cual el Licenciado me comunica que es el objetivo debido a que esto facilita la comunicación de sus sentimientos de manera tal que refuerza las interacciones sociales.

En la entrevista obtenida con el musicoterapeuta, manifiesta que existen a su criterio, cuatro pilares que sostienen su ejercicio, en primer lugar explica la identidad profesional donde debe renunciar a las formas habituales de ser músico, su intervención permitiría objetivar, mediante el proceso de producción sonora, la subjetividad de la paciente. En segundo lugar explica un punto de intersección entre la música y la terapia, el hacer música en el contexto de la sesión de musicoterapia adquiere significaciones y objetivos particulares, como ser, la producción sonora de la paciente debe entenderse como un objeto cargado de sentido, investido de afecto y de significación, agrega que de esta forma se inaugura y sostiene el proceso de manipulación de ese objeto, facilitando la emergencia, la toma de conciencia y la elaboración de representaciones hasta entonces desconocidas por la paciente. En tercer lugar la inconmensurabilidad entre la música y el lenguaje, describe que los fenómenos sonoro-musicales no son un medio de transmisión de contenidos que se pueden formular a través de la palabra sino que son el



mensaje en sí mismo, el material de la paciente. Los sentidos que transmiten no son simétricos a los que pueden estar contenidos en una forma discursiva verbal, sino paralelos, enriqueciéndose, convergiendo u oponiéndose uno al otro. El musicoterapeuta opera fundamentalmente sobre la producción sonoro-musical. Finalmente, el cuarto pilar es la dialéctica entre lo amorfo y lo formal, en este punto explica que la expresión estética, en general, y en la música, en particular, se ofrecen como medios privilegiados de ordenamiento de la experiencia subjetiva. La finalidad del proceso no es que la paciente se exprese de acuerdo a estereotipias culturales sino que acepte y desarrolle su propio estilo. Las características que asume la propia expresión de las pacientes emergen de la necesidad de cada una de individualizarse en relación con las demás pacientes. El estilo, es por lo tanto una afirmación de si misma, la declaración de sus diferencias.

El trabajo del musicoterapeuta consistió en un acompañamiento de las pacientes en un proceso de dinamización de sus sentidos a través de la elaboración expresiva del material, procurando el devenir dialéctico entre los polos del contraste que va de la desorganización hasta la organización.

Mediante la observación clínica se advirtió que cuando un producto sonoro-musical se organiza en torno a la regularidad, intensidad y densidad media o baja y/o responde a estereotipos culturales genera en las pacientes imágenes ligadas al orden, la armonía, la salud y las conductas socialmente aceptadas. Esto implica que al tener características fenoménicas organizadas en forma usual, genera imágenes familiares que brindan seguridad.

Las intervenciones funcionaron como estabilizadoras de las pacientes para conseguir una adecuada interacción. El musicoterapeuta intervino para que cada participante tenga su espacio en la sesión, excepto cuando existieron situaciones en las que alguna de las participantes estuvo atravesando por momentos sumamente angustiantes, ofreciéndose como continente de la angustia.

Otro de los puntos abordados en la entrevista fue el arte, el licenciado explica que es un medio con que las pacientes cuentan desde tiempos inmemoriales para una infinidad de finalidades, que se fueron modificando a lo largo de la historia, entre ellas, el

acercamiento entre los sexos, la distracción, la fruición técnica, la orientación de conductas desde los grupos de poder, el fortalecimiento de la identidad de individuos y grupos, y para los que emplean la música con fines terapéuticos, posibilita una vía de acceso a la experiencia emocional irreductible al lenguaje.

El análisis de la música elegida o producida por una paciente en el encuadre musicoterapéutico, ha producido una idea acerca de la forma en la que ésta se percibe, percibe al mundo y a las relaciones con sus pares. Se constituye en espejo de su experiencia subjetiva, un espejo en que puede verse, y este verse representa la ética de la disciplina.

Las relaciones interpersonales son un factor esencial en la adaptación social de las personas. La esquizofrenia tiene como elemento en la definición del trastorno, el déficit en el funcionamiento interpersonal siendo además un factor perturbador que contribuye a las recaídas (Vallina & Lemos, 2001).

Las habilidades sociales suponen un proceso interactivo que combina idiosincrasias individuales en contextos cambiantes en función de objetivos situacionales. Los componentes principales son las conductas expresivas, las conductas receptivas, las conductas interactivas y factores situacionales. Las habilidades sociales son específicas a cada situación, de modo que lo apropiado de la conducta social depende en parte del contexto ambiental en el que ocurre (Vallina & Lemos, 2001).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se pudo observar que las pacientes fueron incorporando determinadas conductas, tales como la interacción con las otras pacientes, la interacción con los profesionales y la interacción con su familia en situaciones que involucraban el ámbito en donde se encontraban internadas.

Sus conductas sociales luego del mes de observación en cuanto a las intervenciones sonoro-musicales-expresivas, han sido modificadas lo cual les facilitó la adquisición del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida.

#### *4.3 Rol del Psicólogo en rehabilitación y mejora de calidad de vida*

Con el fin de responder al objetivo específico número 3 que intenta describir Rol del Psicólogo en rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas se procedió a analizar lo observado en las sesiones individuales con las pacientes:

Previamente a la sesión, la psicóloga del hospital se informa mediante historia clínica sobre la situación de la paciente. De esta forma analiza el diagnóstico presuntivo, las actividades que son realizadas por las mismas y elabora un plan de intervención en pos de la externación de la paciente en caso de ser posible o bien la derivación de la paciente a otros pabellones.

El Servicio de Admisión trabaja bajo una forma tal que el objetivo es la recuperación de la paciente, la estabilización de su estado de ánimo y la externación en caso de la existencia de una familia continente.

La calidad de vida se distingue de otras medidas de salud, porque incorpora los valores y las preferencias de las pacientes (Gill & Feinstein, 1994). Aunque no exista una definición uniforme de calidad de vida hay elementos del concepto que son claramente aceptados: su carácter predominantemente subjetivo, su multidimensionalidad, y la referencia a un momento temporal concreto. También hay acuerdo con respecto a sus principales dominios constitutivos: el estado de salud física, la capacidad funcional, el estado y el bienestar psicológico, las interacciones sociales y la situación económica (Spilker, 1990).

Antes de comenzar las sesiones con las pacientes, a las cuales se procede a evolucionarlas todos los días, la Licenciada manifiesta que en rehabilitación la importancia es recuperar o promover una vida de calidad aceptable para las personas que sufren discapacidades por trastornos mentales, por lo tanto la rehabilitación debe hacerse contando con la opinión de aquellos cuyas vidas se ayuda a cambiar, siendo su criterio fundamental, tanto en la planificación como en la evaluación de los resultados.

Manifiesta que la elaboración de un plan de tratamiento para una paciente concreta obliga a tener en cuenta una serie de cuestiones transversales y otras longitudinales. El plan de tratamiento ha de involucrar a la paciente y a la familia en caso de que la

hubiere, ésta en una colaboración activa, mediante el empleo de un planteamiento psicosocial y de rehabilitación apropiado, que se ajustan según la respuesta y la progresión de la paciente.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se plantea como objetivo la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios y la optimización de la función psicosocial entre los diversos episodios.

El plan de tratamiento comienza con el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica de apoyo a la paciente, el conocimiento de la paciente como persona en cuanto al análisis de la influencia del trastorno mental en el desarrollo de su vida y la continuidad del tratamiento psicológico.

Para lograr esto, la Licenciada manifiesta que es importante prestar atención a los cambios que pueden producirse en la paciente en cuanto a los signos de recaída y hace énfasis en la colaboración con la familia o personas cercanas del paciente para determinar su estado.

Tanto a la paciente como a los familiares se procede a la educación sanitaria respecto de la esquizofrenia y sus tratamientos, se pudo observar que esto produjo consecuencias positivas como ser la cumplimentación del tratamiento, prevención de recaídas, mejora de usos de los recursos y programas terapéuticos.

Antes de ser atendida la paciente por la Licenciada, éstas son atendidas por los psiquiatras quienes determinan la necesidad de la medicación y de otros tratamientos específicos.

La psicoeducación proporcionada produce un aumento del conocimiento y la adaptación a los efectos psicosociales del trastorno, por lo cual se procede al fomento de la identificación de los episodios para poder ayudar a la paciente y a sus familiares a identificar los signos y síntomas iniciales de los episodios agudos.

La esquizofrenia requiere de combinación de un tratamiento farmacológico con una serie de recursos e intervenciones que por su carácter no biológico, han sido

denominadas genéricamente como tratamientos psicosociales. La diversidad de técnicas y modalidades de tratamiento psicosociales hacen difícil la evaluación de los mismos. A pesar de las dificultades metodológicas, se han realizado recientes revisiones de la efectividad de dichas intervenciones en el tratamiento de la esquizofrenia midiendo una serie de aspectos que van más allá de la estabilización clínica y de la mejoría de síntomas, como mejora del funcionamiento social, acceso a recursos y oportunidades de empleo, calidad de vida y satisfacción de los propios usuarios y sus familiares (Penn, 1996).

Respecto del área de intervención individual, las intervenciones apuntan a proporcionar la mayor independencia posible dentro de las características propias de cada paciente, intentando superar el impacto y consecuencias de la enfermedad mental con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su nivel de satisfacción personal.

Las intervenciones están dirigidas hacia la mejora del conocimiento y manejo de la propia enfermedad, de manera tal que la Licenciada brinda información sobre la enfermedad y su tratamiento, controla los síntomas y previene recaídas.

Otro aspecto a destacar en las intervenciones es la mejora en el funcionamiento y capacitación personal, trabaja de forma tal que refuerza las intervenciones de la terapia ocupacional y la musicoterapia en cuanto al autocuidado y actividades de la vida diaria, las habilidades sociales y el funcionamiento psicológico referente al cuidado de uno mismo, autoestima y síntomas psicóticos.

Se destaca el papel de la psicoeducación, de esta forma se proporciona información actualizada y comprensible sobre la enfermedad mental lo cual genera una mejora en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicosocial, previene recaídas, favorece la conciencia de enfermedad y disminuye el estigma asociado a la enfermedad mental. Como objetivo se plantea el mayor grado de autonomía posible de la paciente en todos los aspectos relacionados con su enfermedad.

La denominación más usada en terapia individual de la esquizofrenia es la psicoterapia de apoyo, lo que en la práctica se traduce en que los psicólogos utilizan una combinación o síntesis de diversos enfoques y estrategias que ajustan de manera

individual para cada paciente en función de su estado clínico concreto, sus capacidades de afrontamiento y sus preferencias. Fundamentalmente se usan estrategias orientadas a la realidad y técnicas de resolución de problemas (Lifson & Simon, 1998).

La Licenciada explica la importancia del trabajo basado en la terapia de apoyo para la mejora de la calidad de vida del paciente y su posible externación. Tiene en cuenta el estilo de diálogo con la paciente, la relación terapeuta-paciente la cual es de naturaleza real y generalmente no se analiza. El apoyo está puesto en las defensas a menos que sean desadaptativas, la adquisición del insight no conforman un objetivo importante. La terapeuta realiza esfuerzos para minimizar la frustración y la ansiedad en terapia.

Respecto del estilo dialogal, la Licenciada interviene haciendo preguntas respecto de la historia personal, de forma tal que pueda facilitar, escuchar, clarificar determinadas situaciones y abrir la posibilidad del desahogo. Posteriormente se evalúa el estado anímico de la paciente y comienza a hacer preguntas relacionadas a lo leído en la evolución de las mismas a través de historia clínica.

De esta forma la terapeuta fortalece aquellos aspectos relacionados a las habilidades sociales, actividades de la vida diaria y ocupaciones diarias.

Teniendo en cuenta que fueron 12 las pacientes observadas en todo el proceso el cual está comprendido en un período de tiempo de 3 meses, sin dejar por fuera el mes que se encontraron internadas en guardia, se pudo observar que 7 de las 12 pacientes fueron dadas de alta y siguen con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico por un mes mas en el servicio de admisión y luego son derivadas a consultorios externos.

Con lo que respecta a las 5 pacientes restantes, las mismas fueron derivadas a diferentes pabellones de crónicos debido a que no contaban con una familia continente.

En ésta experiencia se puede corroborar que el tratamiento de pacientes esquizofrénicos otorga mayores resultados positivos si el trabajo es de manera multimodal donde la paciente es tratada como persona y se destaca que la enfermedad que tiene es la esquizofrenia pero lejos está de ser únicamente esquizofrénica sino que tiene recursos,

habilidades y potenciales que deben ser explorados y reforzados para la mejora de su calidad de vida a pesar de la enfermedad.

## **5. Conclusiones.**

La presente investigación surge luego de haber realizado la residencia en un Hospital neuropsiquiátrico con el fin de poder describir la existencia de diferentes abordajes terapéuticos en cuanto a la rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes psicóticas.

Respecto de la terapia ocupacional como intervención para la rehabilitación en pacientes con psicosis esquizofrénica en fase aguda, la terapeuta ocupacional centró sus actividades en hacer que las pacientes logren involucrarse en las actividades de la vida diaria y en las ocupaciones diarias, lo que provoca que sea factible la unión de las habilidades con los patrones de desempeño acercándolas al desarrollo de determinados roles para la reinserción social.

Si bien puede considerarse que éstas intervenciones son fundamentales para una mejora en su rehabilitación y por lo tanto disminuyen la posibilidad de futuras recaídas, las limitaciones en éste punto de la investigación se centran en la imposibilidad (resistencia de la institución en cuanto a la administración de técnicas por parte del alumno) de poder acceder a la administración de pruebas objetivas para que sean tomadas como complemento con el fin de obtener una visión más holística. Se considera que hubiera sido de utilidad la administración del Comprehensive Occupational Therapy evaluation Scale (COTE) el cual tiene como fin otorgar datos objetivos respecto del arreglo personal, mantenimiento del hogar y la organización de las ocupaciones diarias.

Respecto de la musicoterapia como intervención para la mejora de calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en fase aguda, el musicoterapeuta se desempeñó de manera tal que ha logrado promover las relaciones, el aprendizaje y la expresión, dando como resultado el desarrollo de potencialidades en las pacientes tales como mejoras en la integración interpersonal. Al transcurrir las sesiones se hacía notorio el registro de los cambios expresivos, receptivos y relacionales, los cuales dieron lugar a la evolución en

el tratamiento. El trabajo del terapeuta estuvo centrado en aspectos como la interacción interpersonal y el reconocimiento y expresión de los sentimientos.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, los limitantes determinantes fueron el hecho de que en Argentina no se encuentran validadas pruebas objetivas que puedan medir la capacidad de interacción social y movilización afectiva en pacientes con psicosis esquizofrénica, lo cual podría haber aportado datos útiles al presente trabajo. Por tal motivo se procedió a la observación de las intervenciones que son de orden psicoanalítico, en base a lo manifestado por el musicoterapeuta.

En cuanto a las intervenciones de orden individual de la psicóloga para la rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes con psicosis esquizofrénica, la terapeuta trabaja con el fin de la reducción de la gravedad, frecuencia y consecuencias psicosociales de los episodios. Es relevante destacar que la psicoeducación ha jugado un papel importante para llegar al objetivo deseado, con esto ha quedado demostrada la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicosocial favoreciendo a la toma de conciencia de la enfermedad tanto de la paciente como de su familia.

El trabajo estuvo centrado en la terapia de apoyo, es decir, en la combinación de diversos enfoques y estrategias ajustados de manera individual en función del estado clínico de las pacientes. Las limitantes se encuentran en un predominio de escucha psicoanalítica por parte de la terapeuta, de manera tal que al tener poca formación en la corriente teórica, resultó dificultosa la comprensión de las intervenciones.

En cuanto a los resultados obtenidos se puede afirmar que desde un abordaje multidisciplinario es posible la rehabilitación y mejora de calidad de vida en las pacientes internadas. Esto encuentra su justificación en las investigaciones mencionadas y en la experiencia vivida en la residencia en el Hospital Dr. Baulio Moyano.

Desde una perspectiva diferente a las abordadas por los profesionales, se considera de importancia añadir la terapia cognitivo conductual para comprender la aplicación y utilidad de las diferentes modalidades que fueron implementadas.



Se propone el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento lo cual irá madurando desde las primeras entrevistas. Durante las mismas, a la vez que se podría generar confianza, se comenzaría a conocer a la paciente y a sus acontecimientos vitales. A partir de este conocimiento se pondría de manifiesto cómo son las estrategias de afrontamiento que utiliza la paciente. Se podría confeccionar un listado de los sucesos que han sido estresantes para la misma y otro con los estresores actuales.

Según Castilla del Pino (1991), la conciencia de enfermedad no se limita, simplemente, a que la paciente sepa que está enferma, sino que el objetivo es que comprenda qué le sucede y porqué, generando en ella una mayor y más activa participación en su recuperación. Por tanto, se considera que con esta toma de conciencia se favorece las adherencias al tratamiento tanto farmacológico como psicológico con el consiguiente beneficio que ello trae sobre las relaciones interpersonales y la evolución de la enfermedad.

En relación a lo antes mencionado, se debería enseñar y entrenar a las pacientes mediante un sistemático proceso de colaboración para que identifique los pensamientos automáticos, las creencias y los procesos cognitivos alterados que podrían generar creencias disfuncionales sobre ellas mismas, sobre sus experiencias o sobre su entorno.

La prevención de recaídas y el manejo de la incapacidad social radican, fundamentalmente, en el conocimiento de las características individuales de la vulnerabilidad que podrían desencadenar un futuro episodio (Castilla del Pino, 1991).

Por tanto, a través de este conocimiento se lograría un entrenamiento en identificación de los signos y síntomas que advierten acerca de una posible recaída, lo que posibilitaría una intervención precoz, facilitaría el desarrollo personal y evitaría sentimientos de minusvalía, estigma y aislamiento social que conlleva a cada una de las recaídas.

Teniendo en cuenta las restricciones con que se cuentan al momento de poder hacer una evaluación integral de las pacientes, como ser utilización de técnicas objetivas las cuales se consideran de importancia para complementar los tratamientos, se considera que para un mejor funcionamiento del servicio, las mismas deberían ser implementadas.

Se justifica la realización de más ensayos, en los que este tratamiento se compare especialmente con enfoques de apoyo de menor grado. Estos ensayos deberían diseñarse de manera que sus variables de resultado sean clínicamente significativas y tengan una amplia aplicación.

Finamente, el trabajo podría ser más enriquecedor en caso de haber podido acceder a las historias clínicas de las pacientes, la restricción en cuanto al uso de otros instrumentos de evaluación psicológica hizo que las observaciones sean limitadas y reducidas al modelo teórico predominante en el servicio.

En futuras investigaciones, se considera de importancia el seguimiento de las pacientes derivadas a otros servicios dentro de la institución y entrevistas con profesionales de consultorios externos a fin de poder arribar a una descripción más amplia en cuanto a las actividades realizadas por los profesionales para la rehabilitación y mejora de calidad de vida en pacientes con psicosis esquizofrenica.

## **6. Referencias Bibliográfica**

Aldaz, J.A. & Vásquez, C. (1996). *Esquizofrenia, fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.

- Alvin, J. (1997). *Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Anthony W. (1979). *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*. Baltimore: University Park.
- American Occupation Therapy Association (1986). *Uniform terminology for occupational therapy services*. EE. UU: Author.
- American Psychiatric Association (2001). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders (4a. ed.)*. Washington, DC, EE. UU.: Author.
- Agüero, A.L. (1994). *Breve historia de la medicina*. Argentina: Claridad.
- Bebbington, P. E. (1995). The content and context of noncompliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 9 , 41-50.
- Benenzon, R. (1997). *Sonido, comunicación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Benenzon, R. (2001). *Manual de musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Birchwood, M. (1995). *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. España: Ariel.
- Bruscia, K.E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Buchain,P.C, Vizzotto,A.D, Neto,J. (2003). Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25, 26-30.
- Butera, C. (2002). *Introducción a la musicoterapia*. Argentina: EMC.
- Castilla del Pino, C. (1991). *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia*. Madrid: Trotta.

- Cabred, D. (1991). Discurso inaugural de la colonia de alienados. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 2, 62-66.
- Consejo de Federación Mundial de Musicoterapia (1996). *Uniform terminology for music therapy*. Hamburgo: Author.
- Cook, R. (1997). *Comportamiento no verbal y comunicación*. Barcelona: Gille.
- Dutton, R. (2007). *Fundamentos teóricos y filosóficos actuales de la terapia ocupacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Early, M.B. (1985). *Mental health concepts and techniques*. New York: Raven.
- Fisher, A. & Kielhofner, G. (1995). *Skill in occupation performance*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gabay, P.M. (1997). *La rehabilitación psiquiátrica y su relación con el estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gill, T.M. & Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of life instruments. *JAMA*, 276:619-626.
- Hargreaves, D. (1998). *Música y desarrollo psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Hogarty, G. E., & Ulrich, R.F. (1998). The limitations of antipsychotic [medication](#) on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 243-250.
- Hopkins, H.L. & Smith, H.D. (1998). *Terapéutica Ocupacional*. Buenos Aires: Panamericana.
- Ingenieros, J. (1920). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Cooperativa Editorial Buenos Aires.

- Jacobson, N.S., Follette, W.C. & Revenstorff, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-452.
- Kaplan, H.I., Sadock, B. J. & Grebb, J.A., (1997). *Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- Keefe, R. (2000). *Working memory dysfunction and its relevance to schizophrenia*. New York: Oxford University.
- Kielhofner, G. (1985). *A model of human occupation*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lifson, L. & Simon, R. (1998). *The mental health practitioner*. Cambridge: University Press.
- Malla, A.K & Norman, R.M.G. (2002). *Early intervention in schizophrenia and related disorders*. Munksgaard: Oxford.
- Montero, A. (2002). *De la integración a la inclusividad*. Buenos Aires: Espacio.
- Mosey, A.C. (1986). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. New York. EEUU: Raven.
- Olivos Aragón (2005). *Calidad de vida y esquizofrenia*. España: Paidós.
- Palmer, B & Heaton, R. (2000). *Executive Dysfunction in Schizophrenia*. New York: Oxford University.
- Panades R. (2002). *La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Pedroza, F., Galán, S. & Martínez, K. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 73-84.
- Penn, D.L. (1996). Reserch update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 17. 153-607.
- Rogers, J. & Hala, M. (1994). Assessment of self-care. En B.R. Bonder & M.B. Wagner (Eds), *Functional performance in adults*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven.
- Vallina, O. & Lemos, S. (20019). *Intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid: Psicothema.
- Watts, F.N. & Bennett, D. (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica teoría y práctica*. México: Noriega-Limusa.
- Watts, F.N. (1991). *Rehabilitación psiquiatrica*. Mexico: Noriega-Limusa.