

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

Hospital de Día

Caso Único

Autor: José Quirno

Tutora: Dra. Margarita Robertazzi

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivos Generales	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3. MÉTODO	7
3.1 Guía para la administración de entrevistas	7
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 Esquizofrenia	9
4.1.2 Breve reseña histórica	9
4.1.3. Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia según DSM IV	11
4.2. Hospital de Día	14
4.2.1 Descripción del Hospital de Día en la Institución de referencia.....	15
4.2.2. Dispositivos de Intervención: Talleres.....	16
4.2.2.1. <i>Taller de terapia Ocupacional</i>	16
4.2.2.2. <i>Taller de Musicoterapia</i>	17
4.2.2.3. <i>Taller recreativo</i>	19
4.2.2.4. <i>Taller de Psicoterapia Grupal</i>	20

5. RESULTADOS	21
5.1. De la Entrevista	21
5.2. De la Observación	25
5.3. Actitud del Terapeuta	27
5.4. Técnicas Propuestas	29
6. CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXO	44

1. INTRODUCCIÓN

El material que se desarrolla en el presente Trabajo Final de Integración surge a partir de la experiencia realizada por el autor en un Hospital de Día

El motivo por el cual se eligió dicho centro surgió al advertir que la formación universitaria no resulta suficiente para explorar el complejo mundo de una enfermedad como la esquizofrenia, o de otras con alto deterioro mental. La presunción de que existía mucho más detrás de las clasificaciones de un Manual, o de la opinión de reconocidos autores. La certeza de que ninguna de las grandes escuelas de la psicología o la medicina habían llegado a una conclusión única respecto a la causalidad y al tratamiento. Por ello resultaba atractivo conocer más de cerca la realidad que aquejaba a los pacientes, la convivencia diaria, la relación humana que pudiera trascender cualquier esquema teórico. Así se llegó a la institución para compartir con pacientes y profesionales un año de experiencias que permitieran acceder a tales lugares, a los que los libros no nos pueden transportar.

Al comenzar la práctica pre-profesional existía la posibilidad de participar en dos actividades principales. La primera fue el mencionado Hospital de Día, dónde se podía participar de los distintos talleres: gimnasia, musicoterapia, lectura y terapia ocupacional. Esta actividad se realizaba de lunes a viernes de 9 de la mañana a 13 hs.

La segunda actividad propuesta fue la de presenciar encuentros grupales de mujeres mayores, siempre bajo la supervisión de la psicóloga responsable. Estas reuniones eran quincenales, ya que el grupo estaba en un proceso avanzado el cual no requería más horas de encuentro. El material presenciado aquí también fue muy enriquecedor, pero al tener una carga horaria tan breve, se decidió apuntar el tema del Trabajo de Integración Final específicamente a lo vivenciado en el Hospital de Día.

Los autores que se citan en el presente trabajo fueron seleccionados por considerar que realizan aportes interesantes a la temática principal: la esquizofrenia. La primera parte hace hincapié en un posible acercamiento o exploración de la misma a través de la inmersión en el dispositivo Hospital de Día. La teoría abarca tanto los lineamientos generales aplicados al dispositivo Hospital de Día en general como así también una descripción de lo que respecta exclusivamente al hospital .

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Generales:

2.1. A Describir la modalidad de tratamiento de un Hospital de Día, apuntando a evidenciar sus fortalezas y debilidades. █

2.1. B Aportar nuevas estrategias terapéuticas que pudieran enriquecer el sistema vigente en pos de una mejor calidad de vida para los pacientes.

2.2 Objetivos específicos:

A. Conocer objetivos, funcionamiento y cronograma de actividades de un Hospital de Día.

B. Explorar el tratamiento de la esquizofrenia como psicopatología predominante en el Hospital de Día estudiado.

C. Identificar cuáles son los factores relacionados con la temática social, el vínculo terapeuta-paciente y otros no especificados que puedan afectar de manera positiva o negativa la respuesta al tratamiento.

3. MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo que se abordó con metodología cualitativa. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a describir. Se seleccionaron aquellos temas y autores que pueden ayudar a conocer el actual dispositivo, o bien los que puedan aportar nueva información que posibilite una visión integradora de intervención.

El trabajo consiste en realizar un análisis general del funcionamiento de un hospital de día para pacientes con psicopatologías psiquiátricas severas, principalmente esquizofrenia, a partir de la observación que se ha realizado a lo largo de un año de prácticas pre-profesionales, con el objetivo de realizar aportes que puedan contribuir al mejor desarrollo del modelo vigente.

Se entrevistó a dos terapeutas y cuatro pacientes para lograr un mayor acercamiento a la realidad del hospital. Por cuestiones éticas se preservarán sus identidades, ya que sólo se realizaron las entrevistas bajo esas condiciones y con total consentimiento de los participantes. Por lo tanto las técnicas para la recolección de datos son la observación participante, la administración de entrevistas semi estructuradas y el análisis de las planificaciones que los profesionales que trabajan en el hospital de día presentan semestralmente a la institución, como fuente secundaria. Los datos fueron registrados según la modalidad de cada técnica. Las observaciones se registraron en un cuaderno de notas y de las entrevistas se extrajo material para su posterior análisis. Se realizaron las mismas preguntas a pacientes y terapeutas a fin de lograr una comparación entre ambas miradas sobre un mismo tema.

3.1 Guía para la administración de las entrevistas:

¿Podría Ud. relatarme cómo es un día en el hospital de día?

¿Cuáles son las actividades que más lo motivan?

¿Cuáles las que más le aburren o le cuestan?

¿Cuáles cree que son los factores que predisponen a un mejor tratamiento?

Enumere las características que a su juicio debe tener un buen profesional

¿Percibe prejuicios hacia los pacientes? ¿Cuáles? ¿Por parte de quién?

Es muy difícil cuantificar cómo influye el buen humor, el optimismo, u otras emociones o posturas frente a la vida en relación a la enfermedad. No obstante, el diálogo con los profesionales de la salud, la convivencia en un hospital de día y las propias manifestaciones de los pacientes proveen elementos suficientes como para prestar más atención a todo aquello que sea capaz de mejorar la calidad de vida a las personas con trastornos psiquiátricos. Se sabe que los requisitos necesarios para convertir un hecho en verdad científica son muchos y complejos. De todas maneras sería éticamente incorrecto evitar el tratamiento de un tema cuya relevancia para los pacientes es, a juzgar por el autor, muy importante. Por esta razón las entrevistas antes mencionadas se toman como una valiosa herramienta para la realización del Trabajo Final de Integración. Las mismas reflejan ideas, sensaciones y opiniones de personas con distintos roles dentro de la institución, no sólo de los pacientes. Es una invitación a la reflexión y un complemento a lo expuesto por los autores seleccionados.

4. MARCO TEÓRICO

Para la realización de este trabajo se incluye una revisión de los principales conceptos teóricos que se abordan, la esquizofrenia por ser la patología predominante de los pacientes que concurren y el particular dispositivo clínico con el que son tratados.

4.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es uno de los trastornos más habituales en el hospital de día, y a ello se debe la exploración de este tema. En el ámbito universitario se pone mucho énfasis en la teoría y poco en la práctica. Se decide llegar a la esquizofrenia para poder experimentar más e intelectualizar menos al respecto. En una revisión general de autores, se hallan aquellos más dogmáticos y que apelan a un encuadramiento mucho más exacto de la enfermedad, mientras que otros ponen la mira en aspectos más holísticos, humanizando más el objeto de estudio.

4.1.2 Breve reseña histórica.

Como sostiene Kaplan (2001) la esquizofrenia ha atraído de forma constante la atención de las principales figuras de la psiquiatría y neurología a través de la historia de este trastorno. Entre ellos destaca a Kraepelin quien tradujo la demencia precoz de Morel, término que subrayaba el proceso cognoscitivo distintivo –demencia- y en la edad de inicio temprana –precox- del trastorno. Los pacientes con esta demencia fueron descritos con un curso deteriorante a largo plazo y síntomas clínicos frecuentes del tipo alucinaciones y delirios. También menciona a Breuler, quien acuñó el término esquizofrenia que sustituyó al de demencia precoz. Escogió este término para expresar la presencia de una escisión entre pensamiento, emociones y conductas en los pacientes afectados. Sostuvo que la esquizofrenia no necesariamente tenía un curso deteriorante.

Para Sullivan (1931) la esquizofrenia era un trastorno en la capacidad de las personas para relacionarse con los demás, con los otros significativos. No se consideraba el aspecto biológico. Se refirió al aislamiento social como causa y síntoma de la esquizofrenia.

En los años '50, con Meyer (1950) comenzaron los esfuerzos para la cura mediante la palabra. La psicosis podía entenderse para este autor como una reacción funcional al encuentro entre la persona y el entorno.

Fromm-Reichmann (1960) integró el pensamiento psicoanalítico más clásico con la perspectiva interpersonal de Sullivan.

Ruiz Vargas (1987) considera que la esquizofrenia no es una enfermedad simple, sino compleja en todos sus componentes, ya que en su origen intervienen una multiplicidad de factores. Afirma también que no hay homogeneidad en la modalidad de tratamiento.

El modelo psicodinámico tiene por base teórica la terapia psicoanalítica y el psicoanálisis. Estudia las ideas, impulsos, emociones y los mecanismos de defensa que explican cómo se adapta y funciona la mente humana. Así, en el modelo psicodinámico se plantea que el cambio sociocultural proviene de la acción humana, y que está determinado por la condición interna del hombre. Son los conflictos inconscientes los que determinan la conducta desviada.

La psicoterapia de apoyo comienza a aparecer a fines de los años cincuenta, como tratamiento para las psicosis, junto con la clorpromacina. El hecho de que los fármacos produjeran resultados exitosos sugería la existencia de un factor somático. El modelo psicoterapia de apoyo se convirtió en una relación de médico-paciente más que de analista-analizado, o psicología-paciente.

Desde un enfoque cognitivo-conductual, la psicopatología se contempla como el resultado de las distorsiones en la formación o usos de esquemas. El modelo de mente utilizado por los enfoques cognitivos

conductuales se desarrolló independientemente del pensamiento psicodinámico y las teorías de la etiología de la psicosis (Beck, 1979)

Por su parte el Modelo de vulnerabilidad-estrés, implica la vulnerabilidad biológica a la psicosis y al estrés experiencial.

Bellock, Sandin y Ramos (1995) hacen referencia a distintos autores, entre ellos Zubin y Spring (1977) señalan que la vulnerabilidad se considera como el resultado tanto de factores genéticos como de propensión adquirida, y los estresores ambientales precipitan los episodios psicóticos. Esta vulnerabilidad cambia de una persona a otra, de manera tal que un estresor menor puede precipitar los síntomas esquizofrénicos en algunas personas, mientras que otras pueden no verse afectadas. La misma diversidad de reacciones puede ocurrir frente a un estresor grave. También citan a Maher (1983) quien se refiere a la vulnerabilidad extrema, cuyo significado es que probablemente aparecerá un síndrome esquizofrénico constante y continuo. Los estresantes menores tienden a ser frecuentes y repetidos. Y por último Parnas y Mednick (1991, c.p. Bellock, Sandin y Ramos, 1995) concluyen que la vulnerabilidad básica consiste en la fragilidad y desintegración de los esquemas afectivo-lógicos que modulan nuestro intercambio de información con el ambiente.

4.1.2. Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia según DSM IV (2003)

Los criterios más ampliamente utilizados para diagnosticar esquizofrenia provienen del Manual sobre el diagnóstico de trastornos mentales.

Es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer lineamientos de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribir a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría.

Como justamente se trata de una guía estadística, debe ser utilizado con prudencia, por profesionales con experiencia clínica y criterios éticos necesarios.

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

4.2 Hospital de Día

El primer interrogante al realizar este trabajo fue ¿Para quién está indicado el tratamiento en un hospital de día? Gracias al entrecruzamiento de la práctica pre-profesional realizado y la ayuda de la teoría seleccionada, se pudo considerar propicio para aquellas personas que por causa de enfermedad o problema psicológico no realizan una vida cotidiana razonablemente organizada -carecen totalmente de actividades por falta de iniciativa, o no pueden realizar las que desearían hacer a causa de sus síntomas-. Este tipo de dispositivo le brinda a la persona apoyo para organizar sus actividades diarias.

El modelo de Hospital de Día tiene su origen en 1933 en la ex Unión Soviética, en el primer Hospital Psiquiátrico de Moscú, apareciendo como respuesta a una desbordante demanda en contraste con la escasez de recursos económicos, físicos y humanos. Recién en 1946 surge el nombre de Hospital de Día como tal a partir de Cameron, en el Instituto de Psiquiatría de Allam Memorial de Montreal, y de Bierer en 1948 en Londres, quien inaugura unidades experimentales de tiempo parcial; ambos proyectos son motivados por las consecuencias de la guerra. En América Latina las primeras experiencias registradas son las de Porto Alegre, en 1962 y las de La Habana, en 1965. En 1972 nace el Hospital de Día del Hospital Braulio Moyano. En la actualidad, se considera al Hospital de Día como un servicio que brinda un modelo de tratamiento ambulatorio con múltiples abordajes y recursos terapéuticos. (Fernandez Bertran, 2004)

El hospital de día es un dispositivo que ha permitido establecer una dinámica asistencial promoviendo una nueva adaptación social del paciente, y a través de un monitoreo permanente ampliando el campo de investigación, tanto en el diagnóstico como en el pronóstico de las enfermedades mentales (Grande, 2004).

En el hospital de día concurrido se considera que esta modalidad de atención para pacientes ambulatorios aporta - desde el comienzo - un contexto terapéutico, de contención y de rehabilitación a través de técnicas y herramientas que terapeutas especializados utilizan desde distintas áreas complementarias.

Todo ello apunta a la rehabilitación psicofísica del paciente con deterioro medio a severo, que presenta trastornos en la orientación témporo-espacial, trastornos en las funciones cognitivas básicas y diversos cuadros fronterizos a psicóticos.

4.2.1 Descripción del Hospital de Día en la Institución de referencia

Al Hospital de Día acude un número de entre 10 y 20 pacientes, todos ellos padecen cuadros psicopatológicos severos. Las edades oscilan entre los 40 y los 75 años.

La indicación de Hospital de Día es tomada en cuenta prioritariamente a posteriori de internaciones psiquiátricas agudas, dado que habilita un tránsito no traumático a instancias terapéuticas posteriores con más niveles de autonomía. Asimismo, cabe considerarse en casos de cronicidad de la estructura psicótica y en casos de ausencia de contención de redes sociales y familiares externas. Según información proveída por la Institución, el tratamiento está destinado a evitar el desarrollo de crisis agudas que pudieran desembocar en internaciones psiquiátricas.

El diseño de las actividades terapéuticas y contextuales se basa en un modelo extendido que entiende la mente como integración de cerebro, cuerpo y mundo en un todo articulado. Esto hace a una concepción de persona y entorno articulados en la vida cotidiana, de modo que las problemáticas que presentan los pacientes requieren un abordaje que contemple esta multiplicidad de dimensiones en interacción, así como el de la red

familiar y/o social en los casos en que sea posible. Es por ello que el control psiquiátrico y psicofarmacológico se complementa con distintas modalidades terapéuticas y contextuales promotoras de nuevos aprendizajes

La función más relevante es, según material confeccionado por la institución, la de realizar una interconexión entre las distintas actividades buscando entre todos -con las distintas herramientas terapéuticas- el objetivo central que es el mayor bienestar posible para el paciente. Se trata de coordinar las estrategias para el logro de objetivos particulares para cada caso, pero haciendo foco en lograr la mayor autonomía posible en cada uno de los pacientes.

4.2.2. Dispositivos de Intervención: Talleres

En lo sucesivo se realizará una descripción de las actividades anteriormente mencionadas, organizadas a través de talleres, para ello se ha tomado en cuenta la revisión de las planificaciones presentadas por los y las profesionales que coordinan estos talleres, así como las entrevistas que el autor de este trabajo ha sostenido con ellos.

4.2.2.1 Taller de terapia Ocupacional

El bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, está vinculado a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas.

La ocupación es un medio terapéutico y una intervención terapéutica comprendida como una vía posible de relación del ser humano con el orden simbólico, condición del entramado sociocultural que le precede y en el que se desarrolla, en la medida en que la acción revela al agente del acto, y, a través de ella, el ser humano se distingue y se expresa.

La Terapeuta Ocupacional sostiene que la ocupación favorece y promueve la participación e integración social a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la productividad, el ocio y el juego, incidiendo en último término en la salud

y bienestar individual, permitiendo al sujeto participar como miembro contribuyente de su entorno personal, social, cultural y económico.

En el espacio de este taller se realizan distintas actividades: arte con las manos, cocina, lectura de diarios, y habilidades sociales, a través de las cuales se intenta:

- Brindar un espacio preventivo, realizando actividades que tratan de anticipar la aparición de problemas que impliquen desajustes personales y/o socio-familiares.
- Ofrecer un espacio compensador, intentando mediar las dificultades propias de las personas con dificultades en la adaptación al medio social.
- Propiciar un espacio asistencial, permitiendo que la persona con dificultades mentales pueda realizar una actividad significativa para ella, con sentido terapéutico y, en lo posible, con sentido utilitario inmediato.
- Favorecer un espacio participativo, permitiendo una intervención activa de las personas en cuestión y socializador, brindando oportunidades para la interacción con terceros.
- Generar un espacio creativo, porque la actividad significativa es el lugar donde la persona plasma concretamente su intencionalidad, sea esta verbal o no. Como espacio creativo, permite al sujeto el pasaje del caos o desorganización a la experiencia del orden u organización y sentido.

4.2.2.2 Taller de Musicoterapia

Se busca que los pacientes puedan desarrollar y ampliar las posibilidades de expresión de sus conflictos y problemáticas, a través de la exploración de sus recursos sonoro-musicales y corporales.

Se utiliza la voz como instrumento de expresión y comunicación básico de los sujetos, objetos mediadores (instrumentos musicales) y audición de grabaciones significativas para los pacientes.

Se crea el Taller de construcción de instrumentos sonoro-musicales. Las actividades del taller consisten en:

A) Establecer pautas grupales de las características necesarias acústicas y formales del material que se empleará para la construcción de los instrumentos.

B) Búsqueda y selección de los objetos y materiales traídos por los pacientes, teniendo en cuenta la calidad, las posibilidades sonoras y las cualidades materiales (su registro, timbre, intensidad) de los mismos.

C) Construcción de los instrumentos. Los pacientes trabajan en equipos, fomentando el desarrollo de lazos que incentiven la cooperación y la movilidad de roles dentro del grupo.

D) Clasificación de los instrumentos realizados, teniendo en cuenta: sus cualidades materiales -membranófonos, idiófonos, aerófonos y cordófonos-, sus modos de acción y su uso y aplicación en distintas actividades tales como, efectos y fondos sonoros, improvisaciones y orquestaciones.

Se crea el Taller de radio. Éste es una creación grupal en donde se lleva a cabo un programa de radio que se graba y luego es escuchado por los integrantes del grupo. El escucharse les permite realizar un análisis crítico y autocrítico del trabajo realizado, pudiendo mejorar los aspectos del trabajo que el grupo considera que no son satisfactorios. El taller de radio consta de las siguientes etapas de realización:

A) Se discute y planifica el formato del programa de ese día.

B) Se definen y asumen los roles: locutores, oyentes que llaman, cantantes de publicidades, canciones, musicalizadores, entrevistados.

C) Se escribe el orden del programa y se definen los materiales necesarios para la producción. Se realiza y se graba.

Según información brindada por la profesional a cargo, el taller de radio es un instrumento que les permite a los pacientes pensar, construir y sostener un proyecto grupal, les posibilita adoptar diferentes roles sociales e integrar distintos aspectos de su personalidad, preferencias y deseos personales en un producto grupal a través de un proceso de creación colectiva.

Posteriormente se crea el Taller de expresión vocal y trabajo con canciones, el cual considera que el canto es un elemento estructurante para el ser humano, ya sea en su historia filogenética, colaborando en la construcción

cultural, formando parte del universo simbólico de todas las culturas; o en su historia ontogenética, gracias a la cual, cada individuo al nacer, utiliza vocalizaciones para iniciar el intercambio con el mundo. El hombre expresa musicalmente su mundo interno, subjetivo, a través de la voz y nuestra memoria funciona registrando y archivando canciones. El canto es por lo tanto un recurso musicoterapéutico que permite la expresión de vivencias inconscientes, facilita la comunicación y la flexibilidad vocal y corporal.

4.2.2.3. Taller recreativo

¿Por qué pensar en un Taller como -tiempo de re-creación-? Sostienen los profesionales que el tiempo es uno de los organizadores del hacer y del ser del hombre. Tiempo de re-creación. Por Re-Creación no se comprende simplemente el pasar el tiempo o rellenar espacios o entretener. El concepto Re-Creación tiene que ver con la palabra crear. La que comprende un hacer, un instituir, un formar, establecer o componer algo. Cuando se piensa en Tiempo Re-Creativo, se hace alusión al acto de crear en un Tiempo con propósito y, con actividades, que ocupa a la persona en el acto de Re-Crearse significativamente. Lo significativo de la actividad es aquel valor que la persona que lo ejecuta da a dicha actividad.

En un proceso terapéutico, implica la posibilidad de que la persona se contacte con situaciones y/o significados ya internalizados y los relacione con las nuevas vivencias mientras desarrolla una actividad con propósito. Como expresión de sí mismo se convierte en un nuevo acto creativo, la cual en definitiva lo lleva a re-crearse a sí mismo. De allí que, este tiempo terapéutico en el espacio de Terapia Ocupacional, intente ser un Tiempo de Re-Creación, más allá de lo que implicaría un tiempo para pasar entretenido.

4.2.2.4. Taller de Psicoterapia Grupal

Está basado en un enfoque de base multimodal con énfasis en lo cognitivo. Se abordan aspectos relacionados con el reconocimiento sostenido e incremento gradual de la autonomía y responsabilidad en la toma

de decisiones, expresada en la interacción con otros en situaciones de la vida cotidiana. Se atiende especialmente al fortalecimiento de habilidades sociales para la resolución de problemas en situaciones concretas.

Desde la coordinación se realizan intervenciones que favorezcan la participación de todos los integrantes del grupo, como asimismo la movilidad y rotación en el interjuego de roles, junto con la posibilidad de reflexión sobre las conductas y respuestas que cada individuo presenta en el grupo.

5. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS Y DE LA OBSERVACIÓN

5.1 Entrevistas

La idea de tomar las entrevistas a pacientes y terapeutas se realizó para cotejar si ante las mismas preguntas surgían diferentes opiniones. Interesaba primordialmente saber si las actividades propuestas por los terapeutas contemplaban la motivación del paciente. Mediante la información obtenida se intentó objetivar esas diferentes opiniones. A partir de las respuestas de los pacientes se pudo contemplar qué necesitaban o esperaban del tratamiento.

Las preguntas fueron elaboradas de acuerdo a los interrogantes surgidos durante la práctica pre-profesional. Para obtener material y comprender el funcionamiento de los talleres se participó de los mismos de manera activa.

Las entrevistas se llevaron a cabo de manera confidencial. Se les preguntó a varios de los pacientes si estaban dispuestos a participar y se explicitó con qué fin se realizaban las preguntas. En un primer momento la mayoría de ellos se mostraron reticentes. A pesar de la primera impresión varios accedieron a responder.

A la luz de los resultados obtenidos se comparan los distintos discursos a fin de obtener categorías que representen lo expresado tanto por terapeutas como pacientes. El cuadro que se presenta a continuación se propone como una síntesis de los resultados obtenidos en las entrevistas, a la vez que intenta comparar los puntos de vista de pacientes y terapeutas.

Cuadro 1: Comparación de perspectivas de pacientes y terapeutas respecto del tratamiento

PACIENTES

TERAPEUTAS

Motivación

Actividades con alto desafío

Relacionada con el grado de dificultad o beneficios a obtener.

Aburrimiento frente a algunas actividades

Basadas en la recreación

Disminución del interés ante algunas actividades de muy baja exigencia

A los pacientes les cuesta más las actividades que requieren mucha atención.

Aumento de la motivación ante el cambio de rutinas.

La rutina los organiza.

Frustración ante ejercicios de motilidad fina.

Atención/

Silencio

No hacer silencio lo relacionan con la falta de interés ante las tareas propuestas

Les cuesta mucho hacer silencio.
Falta de atención.

Predisposición al tratamiento

Lograr bienestar familiar.

Asistir a la terapia grupal,
la cual es insuficiente una
vez por semana.

Que los terapeutas no los subestimen.

Que puedan hacer excursiones, salir del centro

Que haya un buen clima de
trabajo.

La unión grupal.

Que cumplan las consignas.

No improvisar, atenerse al
programa de actividades.

Un buen Profesional

Que sepa escuchar.

Que llegue puntual.

Que los deje hablar de
cosas personales.

Que sean afectuosos

Que no los subestimen

Buena preparación (estudios)

Estar actualizados

Seguimiento de cada caso.

Evaluaciones periódicas del
programa

Prejuicios

En la calle, en los comercios.

Los terapeutas observan que a veces entre pacientes se descalifican, haciendo referencia a la locura como insulto.

En la facultad

También se refieren a la sociedad en general.

Lo que se propone este cuadro es poder a simple vista tener una idea acerca de diferencias y coincidencias entre pacientes y terapeutas frente a los mismos temas que fueron planteados. Por ejemplo, un terapeuta atribuye cierta dificultad en los pacientes a la hora de concentrarse en determinadas tareas, mientras ellos declaran no prestar atención porque tales actividades son demasiado sencillas, o ya las habían realizado. Entonces lo que puede parecer una dificultad cognitiva para unos, termina siendo una consecuencia lógica de la falta de motivación, para otros. Este tipo de conclusiones no pretenden juzgar a nadie, ya que no es tarea del autor, pero sí destacar la importancia de escuchar, con todas las letras, al paciente, porque siempre nos está brindando información que podría ser de utilidad. De esta manera, volviendo al ejemplo, en vez de exigirle más atención al paciente, el terapeuta puede replantear una actividad o cambiarla por otra que despierte más interés.

5.2. Resultados de la observación: la rutina en el Hospital de día.

Registro de las actividades: rutina en el hospital de día.

Para los pacientes el día comienza a las 9 hs, horario en el cual se desarrolla el primer taller.

Los que llegan antes:

Algunos compañeros llegan antes porque no tienen nada que hacer, mientras que otros llegan antes porque no se llevan bien con sus familias. También están quienes disfrutan más un taller que otro y en ese caso la puntualidad coincide con lo que suelen expresar, o demostrar acerca de dichos talleres.

Los que llegan después:

De lo observado se concluye que muchos de los que llegan tarde lo hacen porque les cuesta bastante levantarse debido a los efectos farmacológicos de los remedios que toman.

Como se indicó anteriormente, otros llegan tarde porque no les gusta el taller que abre ese día.

Para ellos la primera actividad es la preparación del desayuno, y sostienen que esta actividad debería ser más extensa. Lo que más les gusta es el mate ya que refieren que les permite compartir y sentirse parte de un grupo. Luego comienzan los talleres. El desayuno como un momento altamente valorado donde la totalidad de los pacientes se saludan, sin excepción. Distribución de roles para prepararlo: uno prende el fuego, otro vigila el agua, otros llevan galletitas, y otros lavan. Este momento no puede saltarse, y aunque uno llegue tarde lo primero que realizará es tomar el desayuno. Los terapeutas opinan que este momento es la última actividad no estructurada, ya que luego cada taller tiene sus normas.

A cada uno le gusta más un taller que otro, entre otras cosas depende del lazo que mantengan con el terapeuta. Todos rechazan aquellas actividades que consideran irrelevantes. Quieren hacer cosas útiles.

Se observó en los pacientes una marcada dificultad para expresar sus emociones. Sin embargo, se mostraron más cómodos y abiertos en el taller de Terapia Grupal. A través de sus discursos se pudo apreciar que este taller es muy valorado por ellos, lo cual quedó evidenciado mediante la alta tasa de asistencia al mismo. También se percibió que este momento era esperado ansiosamente por cada uno de ellos, dado que se interrumpían con frecuencia, y en muchos casos no se prestaban atención. La situación se revertía una vez expresado lo que sentían. En este espacio suelen ser más verborágicos y además muy expresivos en cuanto a sentimientos y emociones ya que encuentran en este ámbito un lugar para utilizar una de las funciones que se ven afectadas como lo es la comunicación. Dentro de sus verbalizaciones incluyen también ansiedades y

temores. Uno de los temores más frecuentes está relacionado con el hecho de tener una enfermedad mental severa difícil de aceptar. Refieren estar limitados tanto en sus capacidades físicas y mentales como en sus actividades sociales, afectivas y laborales. Muchas veces la sociedad impone ciertas condiciones para ser considerado parte de ella. Cualquier individuo que se desvíe unos grados de lo que debería ser la norma, cargará sobre sus espaldas el rótulo de -diferente-. Entre los muchos prejuicios que existen hay dos que impactan mayormente en los pacientes : el prejuicio contra “la locura” y el prejuicio contra “la vejez”. Si una persona anciana sana suele sufrir el trato indiferente y hasta despectivo de una sociedad que sólo valora la juventud eterna, este efecto se intensifica si además es “loca”.

En diferentes encuentros que se produjeron se ha escuchado a los pacientes manifestar su preocupación acerca de este tema. Ansiedad, paranoia -justificada en este caso-, culpa, inseguridad, depresión, duelo. El paciente suele ser consciente, aunque no siempre lo exprese, de que hay un antes y un después desde la aparición de la enfermedad. Este segundo momento acompañado de “déficit” en aptitudes mentales y físicas. Esta ecuación implica una pérdida importante y muchas veces invalidante, y ante esta situación es conveniente un debido proceso de duelo.

El deterioro o pérdida de una función puede ser leve, pero el paciente suele llegar a conclusiones extremas. La paciente X1 se refiere a sus manos como “dos porquerías que no sirven para nada”, cuando en realidad las puede usar para pintar, escribir, manipular objetos, prender la luz, peinarse, pintarse, presionar, etc. Esta expresión surge después de haberse volcado una pequeña cantidad de mate, debido a no tener buen pulso. Las reacciones emocionales también son extremas y la autocrítica rigurosa.

5.3 Actitud del terapeuta

Coincidiendo con Arranz y Cancio (2003) el modelo que se propone sostiene que determinadas formas de relación y comunicación son terapéuticas en sí mismas y que a menudo son las responsables directas del cambio en el paciente. Independientemente de la técnica e incluso de la escuela terapéutica a la que el psicólogo

responda. Los citados autores ponen énfasis en la necesidad de empatizar, conectar con el paciente y crear un clima emocional adecuado. Además, ser flexible en el estilo, de manera tal que se pueda conversar con diferentes personas. Si no se transmite confianza y seguridad, se reducirá drásticamente la eficacia de las técnicas.

La actitud del terapeuta suele ser menos analizada que otros puntos a los que las teorías científicas se dedican más. Sin embargo, se ha advertido en las distintas actividades de este hospital de día lo relevante que puede llegar a ser el bagaje de actitudes, gestos, discurso y toma de decisiones que el profesional lleva adelante. El poder registrar más profundamente esta manera de comunicar facilitaría intervenciones más efectivas y más convenientes para el paciente. Tal como plantea Watzlawick (1971) en el encuentro clínico es imposible no comunicar, por lo tanto desde un silencio hasta la mirada y los gestos son interpretados como mensaje por el paciente.

Como sostiene Wainstein (2000) cualquier conducta debiera ser entendida como un acto de influencia. Ya desde el inicio, en la etapa de diagnóstico, se observa una gama de actitudes diferentes que los profesionales pueden tomar. Por un lado existe la mirada más relacionada con el modelo médico, orientada a la búsqueda de la objetividad. Aquí el profesional se centra principalmente en la observación de síntomas y signos. Los mismos suelen clasificarse y otorgar un diagnóstico basado en los manuales estadísticos. La urgencia de los tiempos modernos exige una prontitud para realizar el diagnóstico que podría ser perjudicial no solamente para el sujeto evaluado sino para el mismísimo sistema de salud. Lo describe Yalom (2002) de la siguiente manera:

Los administradores de los servicios de salud exigen que los terapeutas lleguen rápidamente a un diagnóstico preciso y luego prosigan con un plan de terapia breve y puntual que se ajuste a ese diagnóstico particular. Suena bien. Suena lógico y eficiente. Pero tiene muy poco que ver con la

realidad. Representa, por el contrario, un intento ilusorio de generar mediante una ley la precisión científica cuando no resulta posible ni deseable. (p. 24)

No se pretende obviar una etapa tan necesaria como aquella en la que se realiza el diagnóstico. Lo que sí puede resultar beneficioso es ser muy cauto antes de etiquetar al sujeto con una enfermedad. No menos importante es reconocer los distintos niveles que manejan el psiquiatra y el psicólogo para poder complementarse eficientemente. Así, el psiquiatra realizará un informe preciso y objetivo, basado en los síntomas y signos del sujeto, mientras el psicólogo se basará en la escucha y en la búsqueda de un sentido. Si se pierde esa búsqueda, se está condenando al sujeto a ser ese conjunto de síntomas y signos sin identidad alguna. Lo que se está proponiendo es ir un paso más allá de la clasificación médica. La distinción entre médicos y psicólogos es útil para que cada uno pueda aportar lo mejor de su profesión y trabajar interdisciplinariamente. El DSM IV ayudará a determinar si una persona padece esquizofrenia, pero el psicólogo es quien debe escuchar a ese sujeto esquizofrénico.

En la institución en la que se ha realizado la residencia, establecer un diagnóstico para cada paciente durante la entrevista de admisión es un requisito indispensable solicitado por las relaciones contractuales con las obras sociales para las que trabaja. A la vez, según han manifestado los profesionales durante las entrevistas, tales diagnósticos no pueden faltar en las HC, aunque el paciente haya concurrido por única vez a la consulta, a riesgo de tener problemas con las auditorías. Por otro lado, se percibe que la perspectiva médica psiquiátrica es sobrevalorada por encima de otras, que deberían ser complementarias, por ello la inclusión de Irvin Yalom para enriquecer la perspectiva teórica de este TFI, un médico psiquiatra que no sobrevalora esta mirada, sino que la amplía y es allí donde aparece la psicología, sociología, y distintas terapias complementarias. En muchos casos, es la problemática social o familiar el tema más acuciante. Esto se refleja claramente en la actitud de los pacientes. Ante marcos familiares realmente tóxicos, repleto de necesidades y a veces cargados de agresión, de indiferencia y otras bajezas, la respuesta del paciente pareciera ser completamente lógica para su

supervivencia. Ante casos extremos se interviene citando familiares, pero la problemática es muy compleja y difícil de resolver, ya que muchas veces dichos familiares no tienen intención alguna de cooperar. Este un tema que puede llevar una tesis entera, pero que no se podía omitir en esta mirada más general del hospital de día y su funcionamiento. Lo que sí queda claro es que un entorno tan incidente en la vida de un paciente, puede cambiar la dirección del tratamiento a una línea más sistémica, al tratamiento de las redes de un paciente, y seguramente a revisar la medicación indicada.

Cabe destacar que muchas veces se caracteriza un comportamiento como patológico, y luego de conocer las causas que lo motivaron podría resultar mucho más acertado. Es así que la rutinización del abordaje, la falta de sorpresa, la falta de dificultad en las tareas, pueden llevar a los pacientes a desmotivarse, perder la atención, la concentración, las ganas de cooperar, y otras actitudes propias de cualquier persona sana que sufra estas consecuencias. Por ello se propone, no sólo por los pacientes, sino por el trabajo más creativo y llevadero para los profesionales, la utilización de las siguientes técnicas, y la apertura constante a seguir cambiándolas.

5.4. Propuesta de técnicas

No importa el dominio psicoterapéutico al que pertenezcan, cada técnica tiene la posibilidad de colaborar en la recuperación, en la flexibilidad o en la integración del paciente. Cualquier aporte en la recuperación de una enfermedad que produce tanto deterioro debe ser valorado independientemente de la teoría que provenga, teniendo como prioridad siempre el aspecto humano sobre cualquier otro.

Las técnicas propuestas tienen como fin apuntar a los intereses propios de los pacientes como por ejemplo el uso de la pintura creativa. A través de la expresión artística pueden establecer una mutua comunicación en un vínculo que los conecte tanto con ellos mismos como con los miembros del grupo. Es de gran importancia indagar en la historia previa de cada paciente a fin de establecer un contexto movilizador y estimulante. Es sabido que mediante la tarea artística los individuos proyectan parte de su mundo interno poniéndolo de

manifiesto en un espacio compartido. Es de destacar que es fundamental tener en cuenta las características del grupo así como también la identidad del mismo antes de la selección de las técnicas a aplicar.

En la práctica pre-profesional se ha observado en la mayoría de los pacientes una severa dificultad para comunicar no sólo información, sino emociones y sentimientos. A continuación se describen técnicas para ayudar al paciente a expresarse y que son de fácil inserción en la actual estructura del hospital de día.

El uso de la pintura creativa

Es una manera artística de poder expresar cuestiones relacionadas con uno mismo, como ser miedos, alucinaciones, sentimientos. La modalidad varía según el estilo y objetivo de cada terapeuta. Una alternativa interesante para profundizar en un mismo tema a lo largo del tiempo es reiterar un dibujo o pintura y en cada encuentro evaluar las diferencias con las producciones anteriores, que bien pueden reflejar los cambios producidos en el interior del paciente. El arte como medio de expresión es una alternativa a comunicar sólo con palabras, y es productivo que haya un abanico de posibilidades para favorecer dicha comunicación. Si no se logra la manifestación explícita de lo que le sucede a cada paciente, siempre está el valor de lo simbólico, de lo indirectamente sugerido a través de sus dibujos, colores y texturas (Perris & Mc Gorry, 2004).

El uso de las tarjetas TAT

El Test de Apercepción Temática (TAT) puede ser utilizado de diferentes maneras.

Su objetivo es revelar contenidos emocionales que subyacen tras la conducta manifiesta.

Uno de los usos posibles es el psicodiagnóstico. Aquí el test es una herramienta más con la que el profesional puede contar a fin de llegar a un mejor diagnóstico psiquiátrico. En lo que respecta a esquizofrenia, el TAT es útil en su detección a través de los siguientes indicadores:

- a) Falta de tono afectivo.
- b) Contradicciones, absurdos, incoherencias:
 - 1) contenidos improbables;

- 2) generalidades de contenido vago que se presentan como formulaciones desconcertantes y redundantes;
- 3) desarticulación (incoherencia) espontánea o que aparece al interrogatorio insistente o en un comentario incidental;
- 4) confusiones, contradicciones, en las que caen los esquizofrénicos agudos y los preesquizofrénicos;
- 5) arbitrariedades; burla deliberada; aprehensión del material sensorial y fantaseado como perceptualmente real (percepciones autísticas) e introducción de contenidos, situaciones o ideas injustificados;
- 6) simbolismo de contenido demasiado elaborado: es índice de patología esquizofrénica o preesquizofrénica.
- 7) Referencia directa en las historias al retraimiento.
- 8) Contenido semejante a las ilusiones esquizofrénicas.
- 9) Fantasías excéntricas: índice de una vida de fantasía excesiva y acaso, ilusoria.
- 10) Cambios peculiares en el contenido, a menudo en forma de ocurrencias graciosas.
- 11) Incapacidad de ajustarse a la consigna en todas sus partes o de producir relatos con material integrado en función de un objetivo completamente consciente e impuesto por la situación de prueba.
- 12) Perturbaciones en la estructura de referencia del sujeto: que se manifiestan principalmente en las respuestas a la indagación.
- 13) Manifestaciones iniciales peculiares: de llanto o carácter intenso deben prevenir al examinador a fin de que busque índices de pensamiento psicótico.
- 14) Verbalizaciones peculiares: neologismos, peculiaridad en la formación de frases, en la secuencia de pensamientos, etc.
- 15) Bloqueo y perseveración

Pero la función que más se corresponde con la intención del presente trabajo no es la de herramienta para el psicodiagnóstico, sino la utilización del TAT como test proyectivo, como una técnica más que aporte material para su posterior análisis. El estar expuestos a mismos estímulos o situaciones producirá de todas formas respuestas diversas y teñidas de la individualidad de cada paciente. Las imágenes que se le presentan al sujeto

con distintos motivos o situaciones llevan como objetivo la identificación sin condicionamientos, y posteriormente la comunicación de una historia dramática que incluya presentación, nudo y desenlace. De esta manera se obtiene información sobre su percepción, imaginación y situación emocional (Murray, 2002). Se el alto grado de inestabilidad emocional de los pacientes, a su vez relacionado con las mejorías o retrocesos en su vinculación con compañeros y terapeutas, su participación en los talleres, su atención y su actitud en general. Según Murray (op. cit.), la prueba consiste en exhibir al examinado en forma sucesiva una colección de láminas que reproducen escenas dramáticas escogidas, que por sus características difusas son lo suficientemente ambiguas como para provocar la proyección de la realidad íntima del sujeto a través de sus interpretaciones (estructuraciones) perceptuales (descripciones), mnémicas e imaginativas (historias). A criterio del autor existe una variedad suficiente de situaciones como para averiguar cuales sugieren al sujeto temor, deseos, dificultades, necesidades y presiones fundamentales en la dinámica subyacente de su personalidad.

El paciente estará expuesto a una amplia gama de situaciones, ente ellas el vínculo con sus compañeros, con sus padres o figuras de autoridad; situaciones laborales; sexuales; agresivas para con el medio o sí mismo(suicidio).

Se describió cómo el TAT puede ser una valiosa fuente de información acerca de la situacional emocional del paciente y su forma de pensar e interpretar situaciones. Pero también se le realizaron objeciones. Lo que se pone en duda es que el sujeto definitivamente esté proyectando, adjudicando el relato de las historias a experiencias recientes que haya tenido, a recuerdos de libros, películas, anécdotas. A modo de defensa del test, el autor sostiene que lo relevante no es si la historia es real o no, sino los motivos que llevan a una persona a elegir ese cuento y no otro, esa anécdota y no otra. Se vuelve entonces a remarcar la utilidad del TAT como proveedor de material disponible para su posterior trabajo. Se observó en diferentes talleres que ante una misma consigna, en apariencia lineal y concreta, las respuestas de los pacientes fueron de lo más heterogéneas, situación ésta que nos permite observar las características individuales de cada uno de ellos. Es en esta línea de trabajo que se propone el TAT. Una herramienta que estimula y posibilita la manifestación de la individualidad de un sujeto. Gracias a los manuales estadísticos es más simple organizar la información, clasificarla, acceder

a generalidades que orientan y dan un marco. Valorando ese trabajo y utilizándolo, se apunta también a trabajar en pos de lo particular, lo más característico de un sujeto y no de todos. Es ésta la propuesta del presente trabajo, desplazar el foco hacia factores que no estén siendo tan examinados y tenidos en cuenta en las leyes generales.

Para Perris (2004) es útil para el tratamiento de temas demasiado traumáticos o que el paciente no pueda tolerar, ya que se pueden trabajar indirectamente a través de su discurso, y si es necesario, se lo puede confrontar con los problemas que de allí se deriven.

La forma específica del pensamiento del paciente se manifestará en el relato que elija construir a partir de observar algunas tarjetas anteriormente seleccionadas por el terapeuta.

Escribir un diario

En la observación diaria de los pacientes se aprecia la tendencia a imponer el discurso propio sobre el de los demás, a no respetar los turnos, a la verborragia. A lo cual se le suman los problemas característicos de la esquizofrenia en cuanto a memoria y atención.

Escribir un diario puede ser útil para que cada uno pueda expresarse sin interrumpir al otro. Si se le solicita al paciente que sea lo más claro posible y sintético, a través de las correcciones del diario, esta conducta puede trasladarse luego a su manera de hablar. El diario conservará a través del tiempo información subjetiva del paciente, útil para futuras evaluaciones. También se observó en algunos pacientes mayor confianza para expresar emociones por medio de escrituras, pinturas, canciones, etc. Esta posibilidad de escribir en un diario “suyo” al cual no cualquiera tendrá acceso crearía bases sólidas de confianza para volcar sus cuestiones más íntimas en ese espacio propio. Por último, es un aliado del terapeuta para lograr información de lo que ocurre entre sesión y sesión, o largos periodos en los que no haya contacto alguno.

Yalom (2000) señala lo útil que puede ser esta herramienta, ya que en la tranquilidad de la intimidad se vuelcan al papel ideas, sentimientos y emociones que en el encuentro personal podrían evitarse por diferentes razones. Al acceder al diario de una paciente, previamente convenido, logró información relevante para la terapia y para darse cuenta de cuantas suposiciones erróneas puede elaborar el profesional sobre el discurso o el comportamiento de un paciente.

Escribir cartas

Es otra alternativa para la contención de procesos de pensamiento. La forma escrita permite obtener más información acerca de dichos procesos. Le facilita al paciente la clasificación de sus pensamientos y sentimientos, tanto hacia personas vivas como personas muertas. Ante un sentimiento de culpa que produce dolor o impotencia frente a alguien que ya falleció, el escribirle una carta da la oportunidad de comunicar, de expresar todo aquello que no pudo ser manifestado en vida. Y en personas que aún viven, como familiares y amigos, también facilita tanto la comunicación a la distancia, como la posibilidad de clarificar, preguntar, o decir todo lo que por diversos motivos no se pueda decir cara a cara. Nuevamente se llega al hecho de hacer consciente lo inconsciente, siendo la escritura de una carta una herramienta más que ayuda a que se produzca este proceso.

No abundan trabajos realizados específicamente para evaluar los resultados. De todas formas se intenta abordar estas técnicas desde un análisis cualitativo. Es la experimentación la que proveerá material para ser investigado de manera sistemática y responsable por quienes tengan los medios para hacerlo. Lo que se plantea es la necesidad de continuar permanentemente en la búsqueda de alternativas que permitan motivar al paciente. Apostar al cambio, a la sorpresa. Evitar la desmotivación que la rutina trae consigo. Y reinventar las técnicas viejas o crear nuevas a partir no sólo del profesional sino de lo que ofrecen los pacientes. Centrarse en ellos y desde allí generar los cambios.

Uso de fotografías y álbumes fotográficos

La principal utilidad de observar fotografías es la de movilizar el afecto del paciente. Desde esta actividad se facilita el acceso a la historia familiar. Se puede corroborar si la historia contada es veraz (Meloche, 1973). Se observó en este período de residencia, que los pacientes suelen llevar fotografías de sus familiares y se muestran ansiosos por compartirlas con los profesionales y con sus compañeros del hospital. Si bien se les permite dicha actividad, no se le dedica el espacio necesario, o el tiempo que ellos requieren. Esto es lógico porque cada taller tiene un objetivo, una finalidad que el terapeuta debe respetar, sin mayores desvíos. Se sugiere incorporar un espacio específico donde las fotografías sean los elementos disparadores para que aparezcan más datos relevantes sobre la historia individual y familiar. En los pacientes de más edad, esta técnica es útil para establecer rapport (Gerace, 1989).

El uso de fábulas

Ayudan al paciente a encontrar sus propias soluciones, o bien brinda soluciones a los problemas que el paciente considera imposible de resolver. En la fábula cobra importancia la metáfora. Cuando se encuentra demasiada resistencia para tratar temas complejos o dolorosos, la metáfora es una opción que crea las bases para hacerlo de manera indirecta y fácil de comprender. (Peseschkian, 1986) sugiere que como las fábulas no están sujetas al mundo directo de la experiencia del paciente no provocan su resistencia a descubrir su debilidad y pueden ayudar a tomar una nueva actitud frente a los problemas. Según Wainstein (2000) la analogía puede usarse para amplificar algo que el terapeuta quiera comunicar o bien para desviar la atención consciente sobre determinado problema. Y concluye: “Esta modalidad indirecta de comunicación minimiza la resistencia” (p 74).

Se ha observado en los talleres la preferencia de los pacientes por los cuentos más simples, las poesías más cortas, las noticias más sintéticas. La fábula entonces, por medio de analogías simples, debiera ser una manera agradable de enfrentar aspectos de la historia personal que no lo son tanto. En este modo de

comunicación puede incluirse también el humor como otra herramienta válida para evitar resistencia sin dejar de tratar aquello que resulte traumático para el paciente.

6. CONCLUSIONES

El hecho de tener una enfermedad mental severa no es fácil de aceptar en la mayoría de quienes la padecen. Evidentemente al padecer este tipo de enfermedades la persona se ve limitada en muchas de sus capacidades físicas y mentales, y a su vez en sus actividades sociales, afectivas, y laborales. La sociedad impone ciertas condiciones para ser considerado parte de ella. Cualquier individuo que se desvíe unos grados de lo que debería ser la norma, cargará sobre sus espaldas el rótulo de “diferente”. Entre los muchos prejuicios que existen hay dos que impactan mayormente en los pacientes: el prejuicio contra “la locura” y el prejuicio contra “la vejez”. Si una persona anciana sana suele sufrir el trato indiferente y hasta despectivo de una sociedad que sólo valora la juventud eterna, este efecto de indiferencia se intensifica si además es “loca”. En diferentes encuentros se ha escuchado a los pacientes manifestar su preocupación acerca de este tema.

A lo largo de la historia la manera de concebir a la esquizofrenia ha mutado incesantemente, y se espera descubrir todavía mucho más. Lo importante es comprender que todavía no se llegó a un grado de certeza tal que permita diseñar una única forma de tratamiento, una única explicación de los fenómenos, una teoría única válida. El dogmatismo teórico y metodológico puede llevar a los profesionales a perder de vista signos importantes a causa de una observación rígida, y condicionada a priorizar unos aspectos e ignorar otros. Ante la incertidumbre o inexperiencia, el método puede ser un bastón fundamental donde apoyarse. Pero a medida que más se avanza en el conocimiento, más debiera reconocerse todo lo que aún se ignora, y así adoptar una actitud de apertura a la experiencia, a los nuevos conocimientos y a replantear los existentes. Mantener activa la capacidad de descubrimiento y aprendizaje. Si no, esta súper especialización de la ciencia, que sorprende por su avance, se convertiría en un obstáculo en vez de una ventaja. La ciencia comprendió que la atomización en extremo desnaturaliza aquello que intenta estudiar. Trabajar interdisciplinariamente permite comprender mucho mejor cada uno de los aspectos de un mismo fenómeno, pues están interrelacionados. Si el todo implica algo más que la suma de las partes, el estudio de un elemento por separado tendría siempre que tener en cuenta el contexto al que pertenece, al cual modifica y por el cual es modificado. Como observación del autor, el

mismo plus que genera un trabajo desde varias disciplinas, puede aportarlo un trabajo enfocado desde distintas escuelas.

El modo de encarar un modelo de hospital de día no debiera perder de vista esta mirada holística de los fenómenos. La suma de talleres tendrán que analizarse como un todo que logre satisfacer las necesidades más básicas de los pacientes. Se propone ampliar el campo de observación. No quedarse únicamente en la fragmentación del conocimiento, que siempre es útil si no pierde el fin más elemental de la ciencia de estar al servicio del hombre, y no viceversa. Una propuesta podría ser una mayor rotación respecto de los talleres que se ofrecen, a pesar de que algunos de ellos son obligatorios por razones contractuales, por ejemplo: musicoterapia o terapia ocupacional. O bien de mantenerse los talleres, un cambio frecuente de las actividades.

Siguiendo con el concepto holístico que se pretende destacar, se considera un paso en falso desconocer el resultado de una técnica por no coincidir con el modelo teórico de quien debe aplicarla. Resultado en este caso es “bienestar” para el paciente, y es allí dónde toda rigurosidad dogmática está perdiendo de vista el lado humano de esta cuestión, y si realmente se está trabajando para alimentar un modelo, un paradigma, o para aliviar el padecimiento de los pacientes, o en el mejor de los casos, ojalá, curarlo.

Se logró a través de la observación sumada a la opinión de pacientes y terapeutas, alcanzar una aproximación general acerca de las fortalezas y debilidades que presenta la institución aludida. El punto que más llamó la atención fue que gracias a este dispositivo de Hospital de Día los pacientes además de ser estimulados en distintas áreas a través de los talleres, demostraron en su mayoría poder tener cierta autonomía que desde la simple creencia social sobre la esquizofrenia parecía imposible. Si en vez de esta modalidad ellos tuvieran que someterse a una internación de tiempo completo, no llamaría la atención del autor encontrarse con estos mismos pacientes cronificados y aislados del contexto social.

A medida que se fue tomando contacto tanto con la realidad de los pacientes como con la estructura del hospital de día, la idea propuesta inicialmente acerca de aislar las debilidades del dispositivo en pos de un mejor funcionamiento se fue modificando hasta llegar a la conclusión de que realmente esos puntos podrían utilizarse como punto de partida para futuras intervenciones a fin de mejorar aún más.

Se pudo corroborar que la actitud del terapeuta es un factor clave al que se le debe poner mayor énfasis. Parece ser un factor menos estudiado que otros, lo cual no debiera convertirlo en menos relevante. De allí la elección de autores como Yalom, que hace de esta variable un tema central en cualquier tratamiento psicológico o psiquiátrico. También destaca el delicado cuidado que un profesional debe tener a la hora de hacer un diagnóstico. La ansiedad por tener certezas conduce a etiquetar apresuradamente y equivocar el tratamiento. El diagnóstico es algo flexible, móvil: estar atento a cambios posibles. El diagnóstico no es la persona. Tratamos con enfermos, no con enfermedades. El hospital de día es para la institución un requisito contractual, un servicio a ofrecer, pero decididamente debiera ser mucho más que eso. Todos estos factores conducen nuevamente a la inequívoca valoración humana, integral, y comprometida para con el paciente. Aplicar soluciones pragmáticas, posibles, es más responsable que proyectar grandes soluciones que tal vez nunca terminen implementándose.

De allí surge el aporte de algunas técnicas de muy simple puesta en práctica, para que los terapeutas tengan cada vez más herramientas y posibilidades de elección ante la consigna que presentarán a sus pacientes. Y estos, a su vez, podrán tener más variedad de tareas que supongan algún nuevo desafío, que provoquen algún cambio en la rutina o simplemente que les agrade más que las tareas a las que suelen enfrentarse. Esta propuesta es una entre las muchas que podrían realizarse, pero puede considerarse como un punto de partida en este camino de variación y nuevas búsquedas para mantener siempre alta la expectativa y la motivación de quienes más nos importan y para quienes fue creado este dispositivo de intervención.

Uno de los objetivos propuestos fue conocer el funcionamiento de un Hospital de día desde lo cotidiano. Se considera cumplido ampliamente, al haber podido compartir muchas horas de convivencia tanto dentro de

los talleres, como en encuentros informales en los pasillos, en los desayunos y en todo el ámbito de la institución.

El otro objetivo muy relacionado fue el de involucrarse en la realidad de la vida de pacientes con esquizofrenia, ya que toda relación estaba dada por conocimientos teóricos, o por documentales de medios de comunicación que sólo muestran una parte de esta realidad, en general la que reflejan ciertos hospitales de internación crónica.

Esta convivencia permitió también ahondar un poco más en la observación del vínculo del paciente con el terapeuta más allá de lo técnico, es decir, observar como los pacientes se sentían mejor o peor respecto del trato personal, de la empatía, de la capacidad de escucha, etc. Sin tener una postura totalmente definida, luego de esta experiencia quedó claro lo vital de ese vínculo, lo significativo que es para todos y cada uno de los pacientes que allí concurrían.

BIBLIOGRAFIA

- Arranz, P. & Cancio, H. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York; Guilford.
- Belloch, A., Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Gill
- DSM IV. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Tr. Mentales*. Barcelona: Masson.
- Fernandez Bertran, G. (2004). *Hospital de Día. Particularidades de la clínica*. Buenos Aires: Minerva.
- Fromm-Reichmann, F. (1960). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gerace, L. (1989). Using family photographs to explore life cycle changes. *Nursing and Health Care*, Vol. 10, nº 5 (pp. 244-49).
- Grande, E. (2004). Introducción. En G. Bertran (Ed.), *Hospital de Día. Particularidades de la clínica* (pp. 11-12). Buenos Aires: Minerva.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). *Sinapsis de Psiquiatría*, octava edición. Argentina: Panamericana.
- Meloche, M. (1973). El uso de fábulas. En Perris, C. & Mc Gorry, P. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. (pp. 379-394). Bilbao: Desclée.

- Meyer, A. (1950). *The Collected Papers of Adolf Meyer*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Murray, H. (2002). *Test de Apercepción Temática*. Buenos Aires: Paidós.
- Perris, C. & Mc Gorry, P. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Desclée.
- Peseschkian, N. (1986). El uso de fábulas. En Perris, C. & Mc Gorry, P. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad* (pp. 379-394). Bilbao: Desclée.
- Remor, E.; Arranz, P.; Ulla, S. (Eds.) (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ruiz Vargas, J. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Sullivan, H. (1931). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2, 519-540.
- Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton & Co.
- Sullivan, H. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: W. W. Norton
- Vega Barrios, A. (2004). Tesis de Grado. Efectos del Programa de Resocialización de Gerontes con Trastornos Depresivos Crónicos. Buenos Aires. No publicada.

Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires: Eudeba.

Watzlawick, P. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Yalom, I. (2000). *Terapia a dos voces*. Buenos Aires: Emecé.

Yalom, I. (2002). *El Don de la terapia*. Buenos Aires: Emecé.

ANEXO

Objetivos

Cronograma de actividades

Taller de Terapia Ocupacional: el objetivo de este taller es que los pacientes logren el automantenimiento (alimentación, transporte, medicación, etc); la productividad (habilidades laborales e intereses vocacionales) y el aprovechamiento del tiempo libre (actividades placenteras).

Taller de Musicoterapia: el objetivo de este taller es activar y movilizar el bienestar y la fortaleza individual; promover la interacción y la comunicación grupal; lograr mayor flexibilidad vocal, física y expresiva; y reducir bloqueos físicos y emocionales.

Taller Recreativo:

Terapia Grupal: el objetivo de esta actividad es promover el aprendizaje cooperativo con los otros en el ámbito grupal. Tiene un enfoque multimodal con énfasis en lo cognitivo

