

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

Título: “Utilidad de talleres para la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos en dispositivos comunitarios”.

Carrera Psicología

Autor: María Fernanda Miranda

I.

INTRODUCCION

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) para la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo se deriva de la práctica de habilitación profesional V que se llevó a cabo en un hospital de día .

El objetivo a seguir del proyecto es la recuperación del paciente con un cuadro psiquiátrico severo, apuntando tanto al estudio de la sintomatología del paciente como a la recuperación del funcionamiento psicosocial previo a la enfermedad. El Hospital de Día trabaja de forma asistencial intermedia entre el tratamiento ambulatorio y la internación psiquiátrica.

Se trabaja de una forma personalizada, en donde el paciente trabaja con un programa de tratamiento intensivo y comunitario independientemente del riesgo y de su cuadro en ese momento. También funciona como una sala de pruebas en donde se pone a prueba las conductas, actitudes, y actos que el paciente realice ayudándolo así, a medir las consecuencias que estas acciones puedan tener en el afuera y poder ayudarlo a tener una exitosa reinserción a la sociedad.

El Hospital de Día realiza una actividad terapéutica comunitaria (asamblea, terapia de grupo, reunión familiar, terapias corporales, terapias de arte, música y creatividad, grupo de fin de semana) la cual incluye a todos los pacientes y profesionales (psiquiatras, psicólogos y talleristas) que participan del programa, quienes idean diferentes estrategias terapéuticas personalizadas para cada paciente.

La institución consta de un programa de lunes a viernes en donde se realizan actividades de grupales como terapias de rehabilitación social, terapias corporales y diferentes tipos de talleres, así también tratamiento psicofarmacológico si se es necesario.

Lo que se buscó con el presente trabajo de investigación, fue describir y conocer la forma en que se trabaja en los talleres de Musicoterapia y Arte para pacientes con esquizofrenia. Poder conocer la experiencia tanto de los talleristas como de los pacientes.

II.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la utilidad de los talleres de musicoterapia y

Objetivos específicos

Describir el lugar que ocupan los talleres de música terapia y de arte en el hospital de día.

Caracterizar las utilidades y dificultades que encuentran los profesionales al efectuar los talleres de música terapia y de arte al trabajar con pacientes esquizofrénicos.

Conocer el interés, dificultades y opinión de los pacientes acerca de los talleres. de arte para la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos en dispositivos comunitarios.

III.

MARCO TEORICO

3.1 Esquizofrenia

3.1.1 Historia de la Esquizofrenia

El concepto de esquizofrenia ha estado en discusión desde finales del siglo XIX. Hoy en día se ha llegado a reconocer que la patología tiene un origen endógeno y orgánico del sistema nervioso central, el cual afecta al patrón del comportamiento, afectivo y sistema cognitivo de los pacientes (Carperter y Buchanan, 1991). El concepto de esquizofrenia ha ido evolucionando a lo largo del siglo XX y en la actualidad tiene una definición clínico-evolutiva (Pichot, 1995).

Como dice Hare (2002), la ilustración más clásica de esquizofrenia fue en 1899 por Emil Kraepelin, a la que llamó "Dementia Praecox". Identificó tres subtipos: hebefrénica, paranoide y catatónica. Kraepelin la describe desde su inicio y como va evolucionando hasta su deterioro.

Este mismo autor cuenta también que más adelante en 1911, Bleuer propuso el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz y referirse a la disociación del proceso de pensamiento, refiriéndose al verbo griego "shizein" que significa "cortar". Caracteriza a la esquizofrenia por presentar: ambivalencia, autismo, asociaciones laxas e incongruencias.

Hacia 1940, Kurt Schneider se esfuerza en el avance de la descripción de los trastornos esquizofrénicos y observa la existencia de síntomas patognomónicos o de primer orden: robo de pensamiento, imposición de pensamiento, sonorización del pensamiento y fenómenos de clarividencia.

En 1982, según Andreasen (1992), se delimitaron tres subtipos de esquizofrenia con sus síntomas que característicos. La primera siendo la Esquizofrenia positiva caracterizada por ideas delirantes, alucinaciones, conducta extraña y trastornos del pensamiento. La segunda denominada Esquizofrenia negativa caracterizada por la presencia del afecto aplanado, déficits atencionales e ideas delirantes y por último Esquizofrenia mixta la cual incluye síntomas característicos de la Esquizofrenia positiva y negativa.

En la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado en 1952, se clasificó a la esquizofrenia en varios tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual.

Actualmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000) contiene cinco tipos de esquizofrenia.

La primera siendo de tipo paranoide en la cual predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas. La segunda es el tipo desorganizado en donde predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana. El tercero es de tipo catatónico: presenta alteraciones

psicomotoras tales como la flexibilidad c6rea, estupor catat6nico el cual puede llevar a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales. El cuarto es la esquizofrenia de tipo indiferenciado donde hay sntomas psic6ticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catat6nico. Y por 6ltimo la esquizofrenia de tipo residual en donde los sntomas positivos est1n presentes tan s6lo a baja intensidad.

Desde la perspectiva biopsicosocial se admite que las manifestaciones de la esquizofrenia son el resultado de las posibles combinaciones entre la interacci3n gen6tica y de las influencias del medio social.

Tanto la psiquiatría biol3gica como la psicología m6dica, la neurología y la gen6tica son disciplinas que han intentado aproximarse a la explicaci3n de la esquizofrenia. En la 6ltima d6cada de producci3n científica, ha avanzado mucho la integraci3n en el abordaje de la enfermedad (Perris, 1989).

3.1.2 Diagn3stico de Esquizofrenia:

De acuerdo con la cuarta edici3n revisada del DSM IV – TR (2000), para ser diagnosticado con esquizofrenia, tres criterios de diagn3stico se deben cumplir:

☒☒Sntomas característicos: Dos o m1s de los sntomas: ilusiones, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, sntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia). Cada uno presente durante gran parte del tiempo durante un perío do de un mes (o menos, si los sntomas remiten con el tratamiento).

☒☒Disfunci3n social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteraci3n, una o m1s 1reas importantes de actividad, como el trabajo, relaciones interpersonales o el cuidado personal, est1n muy por debajo del nivel alcanzado antes de la aparici3n.

☒☒Duraci3n: signos continuos de la alteraci3n persisten durante al menos seis meses. Este perío do de seis meses debe incluir al menos un mes de sntomas (o menos, si los sntomas remiten con el tratamiento).

3.1.3 Sntomas

Para clasificar el tipo de enfermedad se puede utilizar el sistema que se basa en la preponderancia entre sntomas positivos y negativos y el progreso de la enfermedad dependiendo de la severidad y tipo de sntomas que se presentan a lo largo del tiempo (Pillmann & Marneros, 2003).

Según Herz y Lamberti (1995) los signos son manifestaciones objetivas de determinado estado patol3gico, por lo que pueden ser observados por terceras personas y los sntomas son manifestaciones subjetivas contadas por el paciente los cuales no pueden ser observados.

Los síntomas pueden irse desarrollando lentamente a lo largo del tiempo, como también pueden aparecer repentinamente. Los síntomas de la esquizofrenia pueden ser positivos y/o negativos. (Herz, & Lamberti, 1995 Frith (1992) define a los síntomas positivos como experiencias extrañas subjetivas que el paciente relata y la frecuencia de aparición y la intensidad va a depender del individuo. Las personas que presentan estos síntomas comúnmente pierden el contacto con la realidad. Por otro lado, define a los síntomas negativos como conductas extrañas observables de forma directa e indican que el individuo está perdiendo capacidades para pensar, sentir o hacer cosas de forma normal.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (1994) entre los síntomas positivos pueden estar:

☒ Alucinaciones: Son percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

☒ Delirios: Certeza errónea de origen patológico que se manifiesta aunque de razones contrarias y sensatas, la cual tiene un alcance restringido con la realidad. Por ejemplo, hay delirios de persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, entre otros.

☒ Trastornos del pensamiento: se pierde control sobre los pensamientos y el lenguaje presenta una ilogicalidad, tangencialidad y descarrilamiento.

Por otro lado, los síntomas negativos son deficiencias que afectan a todos los ámbitos desde el social, laboral hasta el familiar. Los cuales pueden ser:

- ☒ Pobreza afectiva: Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional
- Escaso contacto visual: puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada.
- ☒ Incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado.
- Alogia: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición.
- Abulia: La abulia se manifiesta como una falta de energía, problemas con el aseo y la higiene, sentimiento de cansancio, lentitud, Propensión al agotamiento físico y mental.
- ☒ Anhedonia: dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras
- ☒ Problemas cognitivos de la atención: Problemas en la concentración y en la atención, sólo es capaz de concentrarse esporádicamente.

3.1.4 Fases de la Esquizofrenia

El trastorno esquizofrénico presenta tres fases durante su evolución:

☒ Primera fase prodrómica: es la fase que ocurre antes de la aparición de la enfermedad. Depende de la persona presenta anomalías tales como pérdida de apetito, tristeza, aislamiento o puede ser también que no se detecte nada fuera de lo normal.

☒ Segunda fase activa: fase en donde aparecen los brotes psicóticos. Puede ocurrir repentinamente o ir desarrollando el cuadro lentamente. La duración de los brotes puede durar de una semana hasta un año.

☒ Tercera fase residual: Los síntomas negativos culminan y se agrava el deterioro personal, laboral y social.

3.1.5 Tratamiento:

Según Pillmann y Marneros (2003), en las últimas décadas el tratamiento de la esquizofrenia ha experimentado grandes avances. Desde que se definió la esquizofrenia se ha tratado de encontrar el tratamiento adecuado para garantizar el mejoramiento del paciente.

En un principio, cuando no se sabía las causas de la enfermedad, se realizaban ensayos de prueba y error los cuales eran dolorosos y no tenían éxito. Se realizaban tratamientos como terapia de fiebre, terapia de gas, terapia de insulina, inyecciones de sulfuro y aceite, tratamiento electroconvulsivo, entre otros.

Según estos autores, en 1950 salió a la venta el primer anti psicótico: Clorpromazina, seguido desde ahí por varios anti psicóticos más, los cuales se dieron cuenta que causaban varios efectos adversos. Luego se dio un gran avance farmacológico con la aparición de los llamados anti psicóticos atípicos los cuales trabajan no solo con los síntomas positivos sino también con los negativos y no causan tantos efectos adversos como los primeros.

Por otra parte, las terapias conductuales y psicoanalíticas se comenzaron a utilizar para el tratamiento de personas esquizofrénicas. Hoy en día para que el paciente logre tener un mejor pronóstico de su enfermedad el tratamiento debe ser interdisciplinario, este debe incluir: tratamiento farmacológico, psicoterapia grupal, psicoterapia individual, psicoterapia familiar, psicoeducación, terapia ocupacional. (Channon, Davis & Flaherty, 1991)

Según estos autores, los pacientes sienten disminuir la sensación de aislamiento al desenvolverse socialmente, desarrollando relaciones con miembros de un grupo y cumplir juntos una meta definida. Esto se puede aplicar en grupos de actividades de recreación, incluyendo talleres, terapia ocupacional y centros sociales que generalmente no implican riesgos. La autoestima se incrementa al completar las tareas asignadas en un medio ambiente menos amenazador.

A continuación se describirá un dispositivo en el cual los pacientes, en este caso esquizofrénicos, tienen la oportunidad de reintegrarse socialmente y realizar actividades que servirán para el mejoramiento de su sintomatología.

3.2 Hospital de Día (Dispositivo Comunitario)

3.2.1 Comienzos y definición

El primer Hospital de Día en Psiquiatría fue creado en 1932, en Moscú.

Comenzó debido a la falta de camas para los pacientes y por la falta de financiación en un hospital psiquiátrico para enfermos mentales graves. Luego en 1947, se creó un hospital de día experimental en Montreal, Canadá. Se abordaron diferentes temáticas, una de ellas fue hacer que el individuo asistiera al tratamiento únicamente durante el día con el propósito de estimular la vida comunitaria. Los resultados fueron bastante favorables pues los pacientes no se aislaban completamente de la sociedad. Desde entonces se fueron creando más hospitales de día alrededor del mundo. (Olivos, 2001).

Según Benett(1981, citado en Mak,1994) su desarrollo llevó bastante tiempo y fue hasta 1960 que la mayoría de países industrializados comenzaron a utilizar el modelo de atención en psiquiatría de la comunidad, siendo una de las primeras formas de cuidado comunitario de la salud, aportando un servicio alternativo para los pacientes con síntomas graves de enfermedad. Desde entonces el panorama ha cambiado progresivamente. Ha disminuido la concurrencia de pacientes tratados por medio de hospitalizaciones psiquiátricas. El tratamiento es más humano y ha mejorado la atención a los individuos, como también más pacientes se han dado de alta a comparación con los que han sido internados.

Las primeras modalidades con las que trabajaron en los hospitales de día sirvieron para desinstitucionalizar a pacientes con sintomatología crónica que se encontraban encerrados en hospitales psiquiátricos. Poco a poco los modelos de éstos dispositivos se fueron adaptando no solamente para los pacientes crónicos sino también para sintomatologías agudas y sub agudas. (Olivos, 2001).

Sepúlveda (2009) dice que la psiquiatría comunitaria se centra en la prevención, detección y tratamiento temprano de desviaciones sociales y trastornos mentales desarrollados dentro de la comunidad, haciendo hincapié en los factores ambientales que han influido en el desarrollo de la misma.

Los Hospitales de Día psiquiátricos son una instancia intermedia de tratamiento entre la atención ambulatoria y la internación psiquiátrica. Estos dispositivos buscan que el paciente permanezca en su medio habitual y no aislado de la sociedad. (Marshal, 2003, citado en Lariviere, Fortier et al 2009).

Los Hospitales de Día aportan servicios de salud mental en un ambiente menos institucionalizado y estigmatizado, reduciendo el riesgo de dependencia, y regresión que conlleva la hospitalización.

Según Rosie, Azim, Piper y Joyce (1995) los objetivos del dispositivo de hospital de día son proveer tratamiento para pacientes que de no ser así serían hospitalizados y también para aquellos que acaban de salir de una internación, lo cual les sirve como forma de rehabilitación.

Según este autor, en los Hospitales de Día se trabaja con diferentes tratamientos interconectados que incluyen espacios psicoterapéuticos, talleres y otras actividades que favorecen la estabilización del cuadro que presentan los pacientes, como también la reinserción social.

Como también plantean que el tratamiento en Hospital de Día es un tratamiento institucional en el cual los pacientes se integran en un grupo de trabajo en donde realizan actividades con reglas, sirviendo como práctica para los quehaceres de la vida cotidiana. Por ejemplo, hábitos de comida, modales, toma de medicina, etc.

Zeeck, et al., (2009) exponen que en los Hospitales de Día se trabaja de forma interdisciplinaria en donde se integran varios profesionales de diferentes ámbitos (psicólogos, terapeutas, enfermeros, entre otros) para trabajar en equipo ofreciendo técnicas de carácter individual y/o grupal. Son caracterizados por ser muy estructurados y por proveer programas multimodales de tratamiento, tales como farmacoterapia, psicoterapia, trabajo social, entre otros. Los pacientes son tratados en un contexto grupal usado para propósitos terapéuticos.

3.2.2 Funciones del Hospital de Día

Los Hospitales de Día tienen varias funciones las cuales son realizadas por diferentes profesionales y demás personas que trabajan en el dispositivo. Lo primero que se busca es atender ambulatoriamente a pacientes con enfermedades psiquiátricas, funcionando como alternativa a una internación. Se atiende a los pacientes por medio de un tratamiento especializado brindando seguimiento psicológico, farmacológico y social que permite la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período en donde se puede aclarar dudas diagnósticas. (Larivière, Desrosiers, Tousignant, & Boyer, 2010)

También se evalúa la discapacidad y el nivel de funcionamiento social para poder brindar un plan de rehabilitación psicosocial dependiendo del cuadro que se presente.

Se busca contar con un tratamiento de soporte para evitar la hospitalización cerrada y mejorar la adherencia al tratamiento.

Los hospitales de día buscan ayudar no sólo al paciente sino también dar soporte social a familiares, brindándoles programas de psicoeducación en donde se les entrega información y entrenamiento con el objetivo que al estar los pacientes fuera del hospital sigan teniendo apoyo.

En un estudio realizado en Canadá por Larivière, Desrosiers, Tousignant y Boyer (2010) se dio cuenta que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia se ven beneficiados en varios aspectos

de su enfermedad y su funcionamiento cotidiano durante el tratamiento de Hospital de Día. Al realizar seguimientos de caso se notó que luego de ser dados de alta la mayoría de pacientes continuó progresando de forma positiva en actividades diarias y roles sociales, aunque aún acompañados por el respectivo tratamiento farmacológico.

Por otro lado, plantean que aunque el tratamiento de Hospital de Día beneficie de gran manera a pacientes esquizofrénicos, al principio se puede llegar a dificultar pues la mayoría de pacientes psicóticos, en comparación a personas con otros diagnósticos, tienden a percibirse menos afectados de lo que en realidad se encuentran y pueden no tener consciencia de enfermedad por lo que se debe saber de qué manera intervenir para que no se dificulte el proceso terapéutico.

Como se mencionó anteriormente, algunos objetivos del tratamiento de los Hospitales de Día son cumplidos por medio de talleres para la rehabilitación de los pacientes. A continuación se describirán dos de ellos: Musicoterapia y Arte terapia.

3.3 Talleres para rehabilitación de pacientes Esquizofrénicos

3.3.1 Arte terapia

La terapia de arte ha sido promovida como un medio para ayudar a las personas que pueden tener dificultades para expresarse verbalmente durante tratamiento psicológico.

El grupo de terapia del arte ha sido ampliamente utilizado como uno de los tratamientos para las personas con esquizofrenia. (Lawrence, 1984)

Según Pain (2008), Cesare Lombroso en 1864 fue el primero en estudiar la relación entre arte y enfermedad mental. El Arte terapia tuvo inicio en talleres artísticos en Europa y Estados Unidos. Se formó con el objetivo de establecer procesos terapéuticos significativos a través del arte, queriendo lograr que la persona comunique su interioridad con un lenguaje no verbal. (Pain, 2008)

Una de las pioneras en utilizar el arte con fines terapéuticos fue la psicoanalista Margaret Naumburg en 1947, quien plantea que todos los individuos tienen una capacidad latente para proyectar sus conflictos internos tanto de forma visual como también de forma verbal cuando tratan de explicar sus producciones (Naumburg 1978). Otra de las primeras en trabajar con arte terapia con niños fue Edith Kramer en 1950.

En 1946 Adrian Hill fue el primer terapeuta artístico que trabajo en un hospital. Comenzó su trayectoria en el arte durante la Segunda Guerra Mundial en donde pintaba cuadros para liberarse de la nostalgia, lo que luego compartió con otros pacientes que también comenzaron a pintar experiencias traumáticas y les ayudaba para comunicar su sufrimiento y traumas

La disciplina se ha ido desarrollando apoyándose en la teoría de varios autores y está siendo utilizada mayormente en el campo de la salud mental.

Hoy en día, el arte terapia es utilizada desde diferentes corrientes de psicología (Reyes, 2003).

La Arte terapeuta Tessa Dalley (1987) plantea que el arte terapia es un valioso agente de cambio terapéutico, donde lo más importante es la persona, la creatividad y el arte sirviendo como medio de comunicación.

Según Waller y Gilroy (1992, citado en Richardson, Jones, et al., 2007) el arte terapia puede ser aplicado a grupos de diferentes edades, ya sea de forma individual, en pareja o grupal y pudiendo trabajar con dependiendo de la enfermedad y su gravedad.

La actividad artística es realizada por individuos, no importando su estado de salud psíquica, es por eso que al ser efectuado por personas discapacidad mental les está brindando un espacio de normalidad, dándoles un tiempo de expresión libre. Los enfermos mentales graves pueden tener avance si el arte terapia es bien adaptada a sus necesidades, pudiendo expresar verbalmente sus sentimientos problemáticos y experiencias de manera útil y no destructiva. (Richardson y Jones, 2007)

Dalley (1987, citada en Serrano, 2006) sugiere que para lograr una terapia exitosa, el arte terapeuta debe de contar con conocimientos básicos sobre el arte y tener una formación en Psicología. Los profesionales son participantes y observadores en el proceso terapéutico y debe orientar al paciente a entender y explorar el significado de su obra.

Según Waller y Gilroy (1992, citado Richardson, Jones, Evans, Stevens y Rowe, 2007) el Arte terapia se ha aplicado bastante para el tratamiento de pacientes con problemas de salud mental. Se puede trabajar con intervenciones a corto y largo plazo aplicadas a individuos de todas las edades y trabajando de forma individual, grupal, familiar o terapia de pareja. En esta forma de psicoterapia, el proceso de toma de imágenes juega un papel central en la relación terapéutica. intervenciones a largo o corto plazo,

3.3.1.1 Forma de trabajo

La alianza terapéutica es el objetivo principal en el comienzo del proceso terapéutico. Se busca que el terapeuta obtenga el rol de contención del paciente y de comprensión de los problemas que presenta.

La terapia puede ser abordada de forma directiva, la cual se centra en un tema específico y busca solucionar determinadas áreas de un conflicto. También se puede abordar con un enfoque no directivo el cual favorece la expresión libre del proceso creativo (Dalley, 1987).

Waller (1993) sugiere que lo ideal es que en un primer momento de una sesión Arte terapéutica, la persona reflexione sobre sí misma y que se dedique al proceso creativo con la utilización de las técnicas y materiales. Luego poder conocer el trabajo realizado, permitiendo que el paciente cuente de su experiencia y así dar salida a diversas emociones.

El proceso de la experiencia de arte terapia se divide en tres etapas. Se comienza con una entrevista en donde se obtiene información psico-social del paciente, se explican los objetivos y límites. Lo más importante es el inicio de la formación de vínculo y establecer desde ya la alianza terapéutica. Luego se espera que la persona se involucre en el proceso y aprenda a utilizar las herramientas para realizar las expresiones artísticas. Por último se analiza en la terapia el trabajo realizado y lo observado por el terapeuta, como también la experiencia del paciente.

Como plantea Holmes (1991) las técnicas artísticas y materiales que serán utilizados durante el espacio terapéutico deben de ser lo menos complicadas posibles, para que así el paciente pueda usarlos libremente y expresar lo que desea, no importando si tiene experiencia artística o no.

Según Reyes (2003), la comunicación intrapersonal, intermediaria e interpersonal son tres áreas indispensables para trabajar con personas esquizofrénicas. La primera refiere a la relación entre el terapeuta y el paciente, donde las imágenes juegan un papel importante pues ayudan a mantener el vínculo. La segunda tiene que ver con el área en donde el paciente experimenta con los objetos y la forma de utilizarlos para poderse expresarse. La última, el área intrapersonal, hace referencia a la capacidad del paciente para la creación de cuadros o imágenes, esto puede ayudar a la formación de símbolos del paciente por medio de la interacción con los materiales artísticos.

3.3.2 Música Terapia

3.3.2.1 Historia:

Según Palacios (2004), desde el comienzo de las civilizaciones la música ha sido utilizada con fines de curación. El desarrollo ha pasado desde ser utilizada en rituales mágicos y religiosos hasta como en la actualidad que puede ser utilizada con fines terapéuticos por los efectos que causa en las personas.

Debido a la violenta naturaleza de la primera guerra mundial, los hospitales de veteranos se vieron obligados a indagar técnicas innovadoras para tratar a los pacientes con dolencias físicas y mentales, lo cual formo el camino para la música terapia.

Emilse Jacques Dalcroze fue el creador de lo que es hoy en día la Musicoterapia, unió ritmos musicales y corporales y sostuvo que el ser humano puede ser educado conforme al impulso de la música.

Desde 1950 es considerada parte de una categoría científica y se imparte como disciplina académica en colegios, universidades e instituciones. En Estados Unidos en 1919 fue la primera vez que se dictó un curso de musicoterapia en Columbia University, a cargo de Margaret Anderton quien trabajó con esta clase de personas con padecimientos psiquiátricos.

3.3.2.2 Objetivos

La musicoterapia puede ser aplicada en diferentes áreas tales como: discapacidad, rehabilitación neurológica, motriz y sensorial, salud mental, entre otras.

Según Gold, Rolvsjord, et al. (2005), la musicoterapia tiene como objetivo desarrollar la orientación y locomoción de los pacientes para poder localizar el espacio y el ritmo en función del tiempo. También busca promover habilidades sociales y de comunicación interpersonal. Los musicoterapeutas utilizan la música, el sonido, el silencio y el movimiento, como recursos fundamentales para lograr objetivos terapéuticos, tanto a nivel psicológico como físico.

Según Bruscia (1998), en la musicoterapia puede haber una gran cantidad de intervenciones pero la mayoría tienen los objetivos en común. El principal vendría a ser el desarrollo de las habilidades sociales de los pacientes junto con la mejoría de su funcionalidad. Es importante trabajar con el contacto con la realidad, la concentración de cada uno y la forma en que dirigen la atención, como también la interacción con el resto del grupo y como expresan sus sentimientos.

Unkefer (1990), dice que el foco principal de la terapia son las conductas e interacciones que se experimentan cuando se está haciendo música. Se pueden observar cambios en los pacientes. Por ejemplo alguien tímido que comience a cantar frente al grupo por primera vez. Dentro de la actividad musical, el terapeuta alienta a cada paciente a probar conductas más sanas y funcionales, y pone límites a las conductas disfuncionales. Una interacción sana y promover conductas estructuradas son los objetivos predominantes en este tipo de actividad.

También plantea que durante el uso de un instrumento se genera una dinámica diferente en el grupo, en comparación a otros espacios terapéuticos, pues todos tienen reacciones diferentes ante los sonidos escuchados y todos se expresan a su manera. El músico terapeuta debe estar capacitado para interpretar lo que sucede y así poder recaudar información de cada uno para poder saber la forma en la que va a intervenir.

Según Gold et al. (2005), la psicoterapia no funciona si los pacientes no se encuentran motivados a realizarla. El uso de la música (ya sea tocada o reproducida) puede ser un factor que los motiva a participar y el terapeuta debe intervenir de la forma adecuada para que el sujeto utilice esa motivación para lograr cumplir los objetivos de la terapia. Aparte de la música, siendo el factor central en música terapia, las discusiones verbales donde se ponen en juego los recursos del paciente son de gran importancia pues son desde donde el terapeuta va a conocer las necesidades del paciente.

La musicoterapia, según Harrer (1982), parte de experiencias prácticas e ideas teóricas las cuales tienen finales terapéuticos para mejorar el estado físico y psíquico de las personas que sufren trastornos mentales, ayudándolos a ser reinsertados a la sociedad. Lo que busca esta forma de terapia, utilizando la música como medio de comunicación receptiva o activamente, regulación de tensiones.

El autor plantea que los pacientes que sufren enfermedades mentales, emocionales o físicas han perdido la confianza en sí mismos, siendo vulnerables. La música les ofrece una oportunidad de triunfo y de reivindicación si se les persuade a hacer el esfuerzo para cumplir un fin específico.

El músico terapeuta debe encontrar la forma de provocar y de renovar la motivación de vida a través de medios musicales. es ayudar a la activación emocional y

Gaston (1968, citado en Murow y Sánchez, 2003), dice que la experiencia musical favorece la cooperación y la integración entre los miembros de un grupo. La mayoría de personas con problemas psiquiátricos suelen aislarse y tener habilidades sociales bajas.

En principio, los logros musicales corresponden al esfuerzo de cada uno de los individuos y del grupo. La música ayuda a establecer o restablecer relaciones interpersonales y en el contexto terapéutico permite que personas con diferentes habilidades y dificultades se unan para cumplir el objetivo en común, en este caso la música. Stige (2002) plantea que la práctica de la musicoterapia debe ser entendida como un proceso que está situado y se desarrolla en un contexto sociocultural no sólo centrada en lo individual.

La mayoría de sesiones de musicoterapia no duran más de 1 hora y se basan en el trabajo con técnicas de improvisación. Bruscia (1998), plantea que las conductas que se ven cuando un paciente improvisa refleja la forma en que se relacionan socialmente.

El terapeuta escucha lo que los pacientes están produciendo y participa con ellos, haciendo intervenciones puntuales. Toda clase de instrumentos pueden ser utilizados en su mayoría de percusión melódicos pues son más fáciles de utilizar.

Según Odell-Miller (2011), los terapeutas al escuchar o crear música por los pacientes pueden entender mejor sus emociones y como es su forma de interactuar con el ambiente y así poder pensar en otras intervenciones que favorezcan el tratamiento. Los pacientes que participan en la terapia musical pueden más fácilmente explorar y comprender sus sentimientos y transmitirlos, como también ir reduciendo sus preocupaciones.

Según el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia, la musicoterapia es recomendada como un tratamiento para la esquizofrenia pues puede ser una forma de abordar la rigidez tanto psíquica, corporal como relacional que manifiesta la enfermedad. Se aborda al hacer que los pacientes experimenten curiosidad, imaginación, espontaneidad y poder expresarse. De esta forma poder incentivar la autonomía y también las relaciones con sus pares. (Odell-Miller 2011).

En la musicoterapia, según Alvin (2000), el goce musical ayuda a estimular la mente, reviven viejos recuerdos y activa el cuerpo. Aunque el músico terapeuta debe administrar con cuidado, cualquier reacción más profunda que las de mero entretenimiento.

En síntesis, la esquizofrenia es una enfermedad mental grave del grupo de la psicosis. Se caracteriza por presentar alteraciones de pensamiento, pérdida de contacto con la realidad, cambio de emociones, aislamiento social, motivación baja, entre otros.

El tratamiento farmacológico es el más importante para tratar esta enfermedad aunque también se necesitan otros tratamientos para poder lograr el mejoramiento del paciente pues se ven afectadas muchas áreas de la vida de la persona. Se necesita disminuir el aislamiento en el que suelen estar y ser reinsertados de nuevo a la sociedad.

El dispositivo de Hospital de Día ofrece a los enfermos mentales un espacio en donde se realizan actividades de recreación que les brinda la oportunidad de establecer relaciones con pares, también expresar y resolver su problemática de una manera diferente, reunificando su fragmentación personal.

El dispositivo cuenta con varios talleres entre los que se encuentran Musicoterapia y Arte terapia. Cada uno tiene sus propias modalidades de trabajo que permiten al paciente desenvolverse en un espacio comunitario y poder expresarse por medio de la música o del arte respectivamente.

IV.

METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio y diseño:

Tipo de estudio descriptivo.

4.2 Muestra:

El grupo de estudio estuvo constituido por 10 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia de diferentes tipos, los cuales asisten al Hospital de Día elegido. Los sujetos forman parte de una muestra mayor (N= 23) de pacientes con diferentes trastornos. También participó 1 músico terapeuta y 1 tallerista de arte.

Los criterios de inclusión que se utilizaron en la muestra de pacientes esquizofrénicos fueron:

Participación activa de 3 meses o más en los talleres de musicoterapia y arte.

Cumplir criterios del DSM-IV de esquizofrenia según el psiquiatra a cargo.

4.3 Instrumentos:

La recolección de datos se obtuvo por medio del uso de entrevistas semi -estructuradas y observación directa no participante a pacientes y talleristas durante los talleres.

Estructura para entrevista a Tallerista:

Datos personales de formación (musicoterapia / arte).

Historia profesional en el Hospital de Día.

Percepción de que es el taller (musicoterapia / arte) para el profesional.

Retos y dificultades que se le han presentado ejerciendo la profesión trabajando con pacientes esquizofrénicos.

Utilidades que encuentra impartiendo el taller (musicoterapia/arte) con pacientes esquizofrénicos en comparación con pacientes con otro diagnóstico.

Forma en que se escogen las intervenciones para cada paciente.

Progreso visto en los pacientes de la muestra.

Estructura para entrevista a Paciente:

Historia del paciente en el Hospital de Día (hace cuanto tiempo asiste, horario y frecuencia).

Actividades de agrado para el paciente.

Percepción de que es el taller (musicoterapia/ arte) para el paciente.

Utilidad del taller para el paciente

Dificultades que encuentra al realizar el taller.

Qué es lo que le gusta del taller.

Qué no le gusta del taller.

4.4 Procedimiento:

Se le realizó una entrevista semi-estructurada a los pacientes y otra a los talleristas a modo de obtener información. Se entrevistó a un paciente por vez después de almuerzo hasta llegar a entrevistar a toda la muestra y al terminar el taller se entrevistó a cada profesional de arte y musicoterapia.

Luego se revisó la información obtenida para poder describir, según ellos, cuales son las dificultades y utilidades que encuentran en los talleres, como también obtener de las mismas otros datos que sean de utilidad.

Asimismo se realizó una observación directa no participante a pacientes y talleristas durante 10 sesiones con duración de 2 horas, de musicoterapia los martes y de arte los viernes.

V DESARROLLO

A continuación se responderá a los objetivos planteados acerca de la utilidad de los talleres de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos en dispositivos comunitarios.

5.1

Describir el lugar que ocupan los talleres de música terapia y de arte en el hospital de día.

El equipo de Hospital de Día está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, talleristas y rotantes temporarios. Todos se reúnen una vez a la semana para intercambiar información acerca de los pacientes y hacer un seguimiento de cada uno de ellos. Se busca la recuperación del

paciente con un cuadro psiquiátrico severo, tanto su sintomatología como la recuperación del funcionamiento psicosocial previo a la enfermedad.

Los pacientes tienen organizadas diferentes actividades formativas y terapéuticas, entre las cuales están: Arte terapia, Musicoterapia, Terapia grupal, Terapia Ocupacional, Yoga, teatro, asamblea, almuerzo y meriendas.

Todas tienen como objetivo el mejoramiento del paciente y la resolución de conflictos internos y externos derivados de sus patologías. El programa tiene un abordaje psicoterapéutico integrado de orientación psicoanalítica y cognitiva. Ningún taller es impartido de forma individual. La forma de trabajo sigue la línea planteada por Zeeck et al. (2009), quienes dicen que los pacientes deben de ser tratados en un contexto grupal usado para propósitos terapéuticos en un ambiente estructurado y así proveer diferentes programas de tratamiento.

Los talleres de Musicoterapia y de Arte se imparten 1 vez a la semana con duración de 90 minutos. Se realizan en un salón amplio en donde se encuentran los materiales necesarios para efectuar las consignas. Bruscia (1998) plantea que las sesiones no deberían de durar más de 1 hora, aunque al preguntarle a un integrante del equipo de profesionales porque duran más los talleres comentó que es para recuperar el tiempo que se tardan los pacientes en llegar al salón y poder comenzar la actividad.

Durante el espacio de los talleres no asisten los psiquiatras ni psicólogos, únicamente participan los pacientes, los talleristas, ayudantes y rotantes. La interacción entre los talleristas y los psiquiatras o psicólogos es esencial para el tratamiento de personas con esquizofrenia, por lo que se realizan reuniones de equipo en donde los talleristas discuten lo ocurrido durante la actividad y así poder hacer un seguimiento de los casos y juntos pensar en el camino que va a tomar el tratamiento de cada uno de ellos, como también pensar nuevas intervenciones.

Al entrevistar a uno de los psicólogos, comentó que los talleres son de vital importancia para el progreso de los pacientes pues emplean técnicas dirigidas al entrenamiento de habilidades sociales y acciones psicoeducativas en un espacio diferente en donde pueden expresarse de otra manera. También señaló que los talleres de musicoterapia y arte son centrales para el funcionamiento de Hospital de Día y que se diferencian de otras actividades en las que únicamente se trabaja con la palabra.

Ambos buscan mejorar el nivel de funcionalidad social y ocupacional desarrollando nuevas habilidades o recuperando las pérdidas, que son una de las áreas más afectadas en los pacientes psicóticos. Se apunta al desarrollo de aptitudes para lograr la reinserción social y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

No es necesario que los talleristas que imparten Musicoterapia y Arte Terapia en el Hospital de Día sean profesionales, pero sí que tengan experiencia en el tema. Deben cumplir la función de hacer la experiencia significativa para el paciente y lograr que este se exprese y que aprenda a manifestar sus sentimientos e ideas, lo cual les resulta difícil a personas con patologías mentales. Durante la

observación de ambos talleres se pudo observar que los profesionales tratan de lograr que los pacientes se expresen de diferentes maneras, ya sea por medio de la música o de la pintura.

Los talleristas deben de mantener su responsabilidad de guía durante los espacios de los que están encargados pero el protagonista principal de la acción es el paciente quien, junto con los demás compañeros, determinan los virajes del tratamiento.

Es indiscutible la importancia del trabajo en la vida de las personas y estos talleres les brindan a los individuos con padecimientos mentales la oportunidad de mejorar sus habilidades desde una forma diferente que va más allá de la palabra.

El modelo sobre el que se fundan los talleres de rehabilitación para pacientes psiquiátricos tiene como objetivo la detección de demandas o necesidades insatisfechas y poder reformularlas hasta que sean funcionales para el individuo.

Los talleres ocupan un lugar principal dentro del Hospital de Día. Durante la observación de ambos talleres se pudo ver que los pacientes desarrollan habilidades y se expresan por medio de ellos. En ellos se reflejan varios aspectos de la vida de cada uno, sobre los cuales los profesionales trabajan. Por ejemplo en Arte terapia, si un paciente que no suele expresar lo que le sucede dibuja de una manera que llame la atención del tallerista, él ve si algo le está ocurriendo al paciente. De ser así se trabaja de forma interdisciplinaria para intervenir.

5.2 Caracterizar las utilidades y dificultades que encuentran los profesionales al efectuar los talleres de música terapia y de arte al trabajar con pacientes esquizofrénicos.

El taller de musicoterapia es impartido dos veces a la semana por una profesional de sexo femenino quien cuenta con un título de grado de músico terapeuta. Ella forma parte del equipo de Hospital de Día desde hace un año.

Brusica (1998), plantea que el objetivo principal en la musicoterapia es el desarrollo de las habilidades sociales y la mejoría de la funcionalidad de los pacientes, siendo el profesional el guía de toda la sesión. El autor dice que se debe trabajar con el contacto con la realidad, la concentración, atención, sentimientos e interacción de los pacientes. Tomando lo mencionado, se pudo observar que la músico terapeuta tiene un rol activo en las sesiones, ella es quien dirige a los pacientes y les dice que hacer.

También cumple varias funciones, ella establece un código de comunicación que se basa en el movimiento, ritmo y melodía, en donde también participa la palabra para expresar opiniones y sentimientos. Lo que busca es dar lugar a la expresión de cada uno en un espacio diferente al que están acostumbrados, que da la posibilidad de nuevas experiencias.

La terapeuta escucha lo que los pacientes producen musicalmente y hace intervenciones cuando es necesario y cuando corresponde al objetivo planteado. Las intervenciones son pensadas para todo el grupo y cuando es necesario hacer intervenciones individuales se hacen de forma que todos los pacientes se puedan identificar con el tema que estén discutiendo y así ellos también trabajar cuestiones propias.

Se trabaja con los pacientes de forma grupal y directa. Al principio de la sesión se establece la consigna del día y la terapeuta guía el trabajo y las discusiones que salen al tema. La mayoría de veces se le pide a los pacientes que usen un instrumento y que improvisen, ya sea por turnos individuales o todos juntos. También se trabaja con canciones que los pacientes piden o que la terapeuta reproduce y se les pregunta que sintieron al respecto.

En la entrevista realizada, la profesional señaló que la musicoterapia tiene varios efectos en los pacientes esquizofrénicos de acuerdo a su sintomatología. Sirve como herramienta para expresar emociones, también estimula la comunicación verbal y no verbal, promueve la interacción social de los individuos porque la mayoría de actividades se hacen de forma grupal.

La terapeuta señala que la musicoterapia ayuda a los pacientes esquizofrénicos a situarse en el aquí y ahora y poder trabajar en las dimensiones de tiempo-espacio que están afectadas. El ritmo de la música permite trabajar directamente con la dificultad de aceptar la realidad.

Se dan consignas de improvisación de canciones u sonidos trabajando así con la espontaneidad de los pacientes tratando que se conecten con sensaciones profundas y recuerdos propios. Según la terapeuta, estas sensaciones y recuerdos no podrían darse en un contexto donde los pacientes estén aislados o estén en un ambiente enfermizo.

Bruscia (1998), plantea que durante la improvisación se llega a reflejar la forma en que los individuos se relacionan socialmente. Esto se puede ver en el caso de uno de los pacientes quien en la mayoría de actividades se la pasa aplaudiendo de una forma en que molesta a sus compañeros. Aunque le pidan que deje de hacerlo, lo único que hace es reírse. En las sesiones de musicoterapia, cuando se esta improvisando con instrumentos, el toma alguno ruidoso y comienza a hacer sonidos extremadamente fuertes, no dejando que se escuche lo que los demás pacientes están reproduciendo. En estas situaciones se refleja lo que el paciente hace dentro y fuera del hospital, tratar de llamar la atención haciendo ruidos que no son de agrado para quienes lo rodean. La terapeuta entonces trata de ponerle límites y no dejar que lo haga para así poder lograr que también se refleje un cambio fuera del hospital.

La profesional explicó en la entrevista realizada, que durante las sesiones trata de enseñar el buen uso de la comunicación verbal y no verbal para que los pacientes puedan aplicarlo a la vida cotidiana. Por ejemplo, se observó que uno de los pacientes tiene dificultad en concentrarse durante la mayoría de talleres o actividades y distrae a

sus compañeros con su alto tono de voz. En una de las sesiones una de las pacientes comenzó a improvisar una canción y fue interrumpida por él y así paso con todos los que trataban de cantar alguna melodía. La músico terapeuta se sentó al lado de él y le puso la mano sobre el hombro y le hizo un gesto con el cual inmediatamente el se quedó en silencio y comenzó a improvisar su propia canción con un tono adecuado. Con el paso de los minutos volvía a subir el tono de voz y fue repetido el proceso varias veces hasta que logro mantenerlo. La terapeuta sostiene que “durante las sesiones futuras quiero lograr que este paciente aprenda a manejar su tono de voz y que mejore su concentración tanto en el espacio musical como en otras actividades que realice”. Así que al término de cada sesión se le pregunta tanto a él como a sus demás compañeros que aprendieron y como lo podrían poner en práctica en la vida diaria, y el paciente en mención responde “ tengo que hablar bien y no gritar”.

La profesional promueve el contacto de los pacientes con la música, la cual se utiliza para que los pacientes recuerden momentos de su pasado o se imaginen su futuro. Como se pudo observar en una de las sesiones en donde la profesional solicitó a una de las pacientes a reproducir una canción, cuando iba por la mitad la paciente comenzó a llorar. Los demás pacientes le preguntaron el porqué de su reacción, ella respondió que le hacía recordar a su fiesta de 15 años cuando ella era feliz porque sus padres todavía seguían juntos y todavía no había tenido ningún brote psicótico. Siendo guiada la conversación por la terapeuta, todos comenzaron a dar sus opiniones y la paciente se calmó. Sabiendo la historia de la paciente, llama la atención que ella nunca expresa sus sentimientos ni habla de sus experiencias anteriores a la enfermedad y fue la primera vez que ella compartió sus vivencias en un espacio abierto.

Una de las utilidades de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia es el mejoramiento de los síntomas negativos. En cada sesión se trabaja con el contacto con la realidad, atención, concentración, interacción interpersonal, reconocimiento y expresión de los sentimientos, síntomas de apatía, entre otros. Según la terapeuta, la música conecta a los pacientes con el medio ambiente y los avances que se logren se pueden ver reflejados en su vida cotidiana.

Al trabajar con pacientes esquizofrénicos se presentan varias dificultades para cumplir los objetivos, las cuales se deben de ir superando con el pasar de las sesiones.

Según la terapeuta algunas veces se dificulta el cumplimiento de las consignas por la imposibilidad de tener respuestas emocionales normales o no actuar de manera socialmente aceptable. Cuando esto sucede se retrasa la sesión pues los demás pacientes pierden la concentración que habían logrado y se debe trabajar sobre lo ocurrido. Como se observó en una de las sesiones en donde se estaban realizando cantos individuales, todos los pacientes estaban en silencio con los ojos cerrados y uno de ellos comenzó a reírse de forma exagerada distraendo a todo el grupo. Tomo todo el tiempo que restaba de la sesión para que la terapeuta lo pudiera calmar.

Esto mencionado se puede ver como dificultad pero también como una manera de darse cuenta de cómo se debe intervenir con cada paciente y de cuáles son sus necesidades, así poder ir entrenando las habilidades sociales y aspectos afectivos de los pacientes. La terapeuta también

explica que al trabajar musicoterapia con pacientes psicóticos se debe de saber con certeza que técnicas utilizar pues puede inducir alucinaciones o disociación con la realidad.

Retomando una de las sesiones observadas de musicoterapia, la cual inició distinta a todas las demás pues antes de comenzar se dio un mal entendido entre dos de las pacientes entonces ambas se encontraban irritadas y no querían participar pero la músico terapeuta les solicitó su asistencia. Cuando se pidió a un paciente que trajera los instrumentos él hizo reproches diciendo: “a mí siempre me toca traer los instrumentos es injusto que nadie haga nada”, por lo que todos los pacientes comenzaron a decirle en voz alta que eso no era cierto y comenzaron a pelear hasta que la músico terapeuta los calmó a todos.

Todos tomaron un instrumento y la terapeuta dijo “la palabra de hoy es: energía, ¿Qué significa para ustedes?” se escucharon respuestas como “hacer”, “bronca” “pelea”, “movimiento” y “fuerza”. La consigna fue hacer sonar el instrumento según la propia definición que dijo cada uno. La paciente que había tenido la pelea con su compañera tomo la pandereta la hizo sonar muy fuerte, así como la mayoría de pacientes hicieron ruidos bruscos con los instrumentos. La terapeuta comenzó a tocar la guitarra suavemente y automáticamente todos dejaron de tocar sus instrumentos, ella guiaba la intervención con los acordes del instrumento y más tarde los acompañó con golpes en la caja de la misma mientras el ritmo grupal se acoplaba y todos comenzaron a cantar una canción conocida por la mayoría.

Conforme fue avanzando el tiempo hubo una notable diferencia de cómo comenzaron a tocar los instrumentos bruscamente y después en un tono más armónico. La sesión siguió y continuaron cantando varias canciones de forma grupal y luego en parejas. La terapeuta pidió, en forma de intervención, que las dos pacientes que habían tenido el conflicto cantaran juntas una canción. Al principio las dos se rehusaron pero minutos después accedieron e hicieron un dueto que el resto de grupo acompañó con las palmas. Al terminar la canción la terapeuta les preguntó “¿Qué sintieron al cantar juntas?” y una de las pacientes respondió: “sentí como si hubiese sido la canción del perdón, ¿me disculpas?” y la otra paciente hizo un movimiento de cabeza aceptando las disculpas ofrecidas.

La terapeuta le preguntó a todo el grupo si creían que lo que habían reproducido había sonado a la palabra que habían usado para describir “energía”. La mayoría respondió que no y comenzaron a decir palabras como “paz”, “alegría” y “feliz”. Luego interrogó cual había sido la sensación que sintieron al escuchar los sonidos. Uno de los pacientes respondió que sonaba “como una secta, como algo de religión” los demás le pidieron que se explicara y dijo: “con la música uno puede dialogar, entenderse más fácilmente aun sin conocer el idioma del otro”.

Lo ocurrido en la sesión descrita se puede relacionar con lo que planteado por Unkefer (1990), quien dice que el foco principal de la terapia son las conductas e interacciones que se experimentan cuando se está haciendo música y con ella se pueden observar cambios en los pacientes. Durante la sesión, uno de los focos principales de la terapeuta era tratar de resolver el conflicto ocurrido entre las dos pacientes mencionadas. A lo largo de la actividad se pudo observar

los cambios que se experimentaron, primero describiendo la palabra “energía” como algo negativo y la forma en que tocaban los instrumentos y por último se logró llegar a tener armonía entre todo el grupo y poder cantar todos juntos canciones.

Por otro lado, el taller de Arte también se imparte 1 vez a la semana con duración de 90 minutos. Es impartido por un tallerista y su ayudante de sexo femenino.

El tallerista no tiene formación en arte terapia, trabaja conforme su experiencia en el tema y por lo que él llama “intuición”. Entonces se piensa como un taller de expresión artística no tanto como arte terapia. Comenta que se diferencia de un terapeuta pues no cuenta con conocimiento acerca del diagnóstico de los pacientes ni le interesa conocerlo. Esto difiere a lo planteado por Dalley (1987, citada en Serrano, 2006) quien sugiere que para lograr una terapia exitosa, el arte terapeuta debe de contar con conocimientos básicos sobre el arte y tener una formación en Psicología.

Se trabaja con distintos materiales como: crayones, pintura acrílica, lápices, marcadores, cartulinas, pinceles, acuarelas, crayones pastel, entre otros. Conforme van pasando las sesiones se trata de descubrir que material es el más apropiado para cada paciente y a partir de ahí se realiza la consigna.

En todas las sesiones se trabaja de forma diferente, depende de lo que esté ocurriendo en ese momento. Cuando los pacientes se encuentran decaídos o aburridos se trata de dar consignas que los entretenga y cambie su estado de ánimo. El arte funciona como medio para ayudar a procesos atencionales y perceptivos al dar consignas de cortar, pegar, pintar, copiar, etc.

Uno de los objetivos del taller de arte es despertar la creatividad de los pacientes, encontrar algo que los active y que los impulse a la acción. El tallerista comenta que busca que los pacientes tengan “ganas de crear”, no importando sus habilidades artísticas y que durante el espacio del taller dejen por un lado los problemas personales y se concentren en la consigna. Se ha observado que los pacientes que participan se relajan bastante cuando están pintando y se entusiasman con sus obras.

Una de las pacientes que participa en el taller de arte dos veces a la semana, a diferencia de sus compañeros quienes participan solo una vez, se ve muy entusiasmada al realizar las consignas. Ella no habla con nadie y se sienta la mayoría de veces fuera del grupo a realizar la actividad. Al tener la oportunidad de realizarle la entrevista ella comenta que tiene una carpeta con todos los dibujos que ha realizado en los talleres, se le pide si los puede enseñar y accede. La mayoría de las imágenes son animales y figuras coloridas. El terapeuta en una ocasión compartió con el resto del grupo los dibujos de la paciente, haciéndola sentir protagonista, todos comenzaron a alabarlos. Al preguntarle al terapeuta acerca de la paciente comentó: “Ella ha tenido grandes avances, antes no hacía nada porque creía que todo le salía mal, ahora encontró algo que le gusta y ha sido contratada para ilustrar un libro infantil pero a veces ella no valora lo que hace entonces por eso hago que los demás miren su obra y le hagan comentarios positivos”.

Se puede ver que cuando la paciente escucha que lo que hace esta bien, lo sigue haciendo y ha aumentado su seguridad y autoestima desde que la contrataron como dibujante. Como plantearon Channon, Davis y Flaherty (1991), los pacientes disminuyen la sensación de aislamiento al desenvolverse socialmente e incrementan el autoestima al completar tareas realizadas en un medio ambiente donde le den devoluciones positivas del mismo.

La ayudante del tallerista explica que el arte le sirve a pacientes psicóticos como un medio para representar sentimientos y experiencias a través de imágenes y por medio de él expresarse. Así como plantea Lawrence (1984) que la terapia de arte puede ser utilizada para ayudar a las personas que pueden tener dificultades para expresarse verbalmente durante tratamiento psicológico. En algunas sesiones se pudo observar esto, una paciente que pintaba sus dibujos de forma jubilosa y llenos de colores. En una ocasión pintó un cuadro con tonos de gris y negro y con figuras deformadas. Se le preguntó si le pasaba algo y lo negó. Después al comentar lo ocurrido con la psicóloga encargada, se supo que la paciente estaba pasando por varios problemas familiares que le estaban afectando. Así que aunque ella no comente lo que le está sucediendo, utiliza el arte como medio para poder expresar sus sentimientos.

El tallerista explica que las dificultades que encuentra al impartir el taller son dependiendo del momento. Los pacientes, no importando su diagnóstico, tienen avances y retrocesos y por medio del arte trata de hacer un cambio.

Se pudo ver que la mayor utilidad de ambos talleres es la posibilidad de expresión que le brinda a los pacientes. Como dificultad en los dos apareció la falta de concentración que tienen algunos de los pacientes lo cual no deja que el resto del grupo realice la consigna como se debería.

5.3 Conocer el interés, dificultades y opinión de los pacientes acerca de los talleres.

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que participan en los talleres de musicoterapia y arte tienen de 23 a 45 años de edad y la mayoría asiste de 3 a 4 veces al Hospital de Día.

Al entrevistar a los pacientes, se pudo dar cuenta que la mayoría tiene bastante interés por los talleres mencionados. Uno de los pacientes que ha asistido por 2 años a Musicoterapia, cuenta que es su actividad favorita porque es un momento en el cual se divierte bastante y le gusta cantar con sus compañeros. Este paciente en otros espacios no suele interactuar mucho con las demás personas y durante el taller se nota bastante participativo.

Durante las sesiones de musicoterapia y de arte son pocos los pacientes que no participan. Cuando se les pregunta la razón, ellos responden que están cansados y no tienen ganas de participar pero ninguno de ellos respondió que dejan de hacerlo por falta de interés. “Me encanta tocar la guitarra pero a la hora del taller me da mucho sueño entonces prefiero dormir” respondió un paciente que por efectos de la medicación la mayoría del tiempo esta somnoliento.

Al preguntarle a los pacientes que dificultad encuentran en los talleres, solamente uno de ellos respondió que le cuesta utilizar los instrumentos musicales y otro mencionó: “no me gusta cómo me quedan mis dibujos porque no puedo parar de temblar y me queda feo” pero de igual manera participa en los talleres. Durante las sesiones se pudo observar que son pocos los pacientes que tienen habilidades para realizar las actividades aunque esto no se encuentra como impedimento y se ha notado un avance en el trabajo de la mayoría.

También se pudo observar que la concentración juega un papel importante durante el espacio de los talleres. Por un lado, existen varios pacientes que comienzan a participar y se distraen con mucha facilidad por lo que no terminan la tarea y también se observan pacientes que les cuesta mucho concentrarse y durante ese espacio lo logran ya sea tocando un instrumento o pintando, dependiendo el caso. Esto mencionado se hace notar en una de las pacientes que es muy inquieta y se pasa todo el día pidiendo objetos, comida, entre otras cosas y cuando está pintando permanece sentada durante toda la actividad. Se le pregunto a que se debía y respondió “cuando dibujo siento que me voy a otro lugar, siempre y cuando no me hablen”.

Todos los pacientes mencionaron que en el taller de arte y musicoterapia se sienten muy cómodos y les gusta expresarse porque los profesionales son de su agrado.

Al ver la forma en que se trabaja, se nota el vínculo que ha logrado formar el tallerista con los pacientes y esto contribuye bastante al cumplimiento de los objetivos previstos.

Alvin (2000) mencionó que el goce musical ayuda a estimular la mente logrando que las personas revivan viejos recuerdos. Esto se puede ver reflejado cuando una de las pacientes entrevistadas mencionó que a ella no le gusta mucho la música, pero que en Musicoterapia le gusta escuchar canciones que le recuerdan a su pasado y poder revivir el momento. Cuando reproducen algunas canciones ella cuenta anécdotas y todo el grupo se muestra muy interesado y surgen nuevos temas de conversación entre todos.

La terapeuta aprovecha para indagar en la vida pasada de los pacientes y poder conocer los sentimientos y como se conectan con su pasado.

También se pudo notar en otra de las sesiones donde la consigna fue decir una canción que les recordara cuando tenían 15 años. Cada uno comenzó a decir la suya para que la terapeuta la reprodujera en la computadora y luego charlaban acerca ella.

Una paciente que es muy tímida no quería decir la de ella hasta que entre todos la convencieron. Cuando se estaba reproduciendo la canción ella cerró los ojos, la comenzó a cantar en tono muy bajo y se pudo notar que la movilizó bastante pues comenzó a contar de su primer novio y de esa época en la que “había sido feliz”. Luego cuando fue el turno de otro de los pacientes ella hizo varios comentarios y se mostró más participativa de lo normal.

Según Gold et al. (2005) El uso de la música (ya sea tocada o reproducida) puede ser un factor que los motiva a participar y el terapeuta debe intervenir de la forma adecuada para que el sujeto utilice esa motivación para lograr cumplir los objetivos de la terapia. Aparte de la música, siendo el factor central en música terapia, las discusiones verbales donde se ponen en juego los recursos del paciente son de gran importancia pues son desde donde el terapeuta va a conocer las necesidades del paciente.

En una de las últimas sesiones observadas, la terapeuta le pidió al grupo de pacientes que comenzaran a improvisar sonidos con los instrumentos y luego le preguntó a todos sus opiniones. Todos comenzaron a decir qué les había gustado y qué no. Una de las pacientes que casi nunca termina las actividades que le proponen, y la mayoría de las veces se encuentra decaída por falta de motivación y voluntad, realizó su tarea bastante bien. En el momento de la discusión grupal, un paciente le hizo el comentario que la había notado distinta “pasaste sonriendo todo el tiempo”, le dijo. Ella le respondió que fue porque le había gustado bastante la melodía que habían logrado hacer y luego le preguntó a la terapeuta si podía cantar una canción para que sus compañeros la acompañaran con los instrumentos. Comenzó a cantarla hasta terminar y todos comenzaron a aplaudir, ella se notó bastante animada y continuó así hasta el fin de la jornada.

Al entrevistar a la paciente en mención, compartió que a ella no le gusta realizar ni uno de los talleres porque le parecen una pérdida de tiempo y no se siente productiva al participar. Después su observación durante las sesiones, se puede dar cuenta que aunque ella perciba los talleres como inútiles y sin finalidad alguna, el taller de música terapia es un espacio en donde cambia su estado de ánimo y mejora la interacción con sus compañeros. Lo ocurrido se puede relacionar con lo que plantea Gold et al. (2005) diciendo que el uso de la música en un espacio terapéutico puede ser un factor el cual motiva a los pacientes a participar si el terapeuta sabe como emplearla. . Aunque la paciente ha asistido a pocas sesiones se ha podido notar un cambio en la forma en que participa La motivación generada podría servir para que los pacientes generen interés en otras actividades.

Durante el taller de arte, se observa a una de las pacientes a quien se le dificulta la ejecución de varias actividades. En el espacio del taller ella es de las más participativas y le gusta tener una devolución positiva de parte de sus compañeros por lo que siempre les muestra sus creaciones. Al ser entrevistada, comenta que sus dibujos son inspirados en sus sueños y que le gusta escribir acerca de ellos. Gracias a su interés por el dibujo, la paciente logro disminuir el aislamiento social en el que se encontraba.

La psicóloga encargada comenta que previo a su interés por el dibujo no realizaba ninguna actividad fuera del Hospital de Día y ahora se logro que asista 3 veces a la semana a cursos de pintura en los que se nota bastante motivada.

“He aprendido a relajarme a la hora de pintar porque antes me estresaba” respondió un paciente al preguntarle qué cambios había notado en el transcurso de las sesiones del taller de arte. Otros de los pacientes respondieron similarmente, por lo que se puede ver que el taller les ayuda a tener

un espacio de expresión y relajación. En los primeros encuentros se estresaban porque el dibujo o pintura no les quedaba como querían pero ahora lo disfrutaban y dicen que les gusta expresarse por medio de él.

Los talleres mencionados son las actividades favoritas de los pacientes en comparación de las demás actividades del Hospital de Día. La mayoría ha respondido que son espacios en donde se relajan, divierten y expresan. Esto se hace evidente en como participan y los comentarios que se han podido escuchar.

V.

CONCLUSIONES

Se pudo ver que la esquizofrenia es una enfermedad mental grave la cual para ser tratada necesita, aparte de un tratamiento farmacológico adecuado, otros tratamientos para mejorar las diferentes áreas afectadas en la vida del paciente. Existen varios tratamientos psicosociales, uno de ellos es el dispositivo de Hospital de Día, el cual ofrece actividades que le brindan al paciente la oportunidad de mejorar su sintomatología y su estilo de vida.

Dentro de las actividades del Hospital de Día se encuentra Musicoterapia y Arte Terapia. Los talleres de musicoterapia y de arte cuentan con formas de abordaje y recursos técnicos distintos pero ambos habilitan a que en el espacio se pueda construir y/o cambiar formas en que los pacientes se relacionan con sus compañeros y con las demás personas de su entorno.

Para alcanzar los resultados esperados se necesita la colaboración de todo el equipo, por lo que la reunión de equipo es muy importante porque es cuando los psiquiatras, psicólogos y talleristas intercambian la información de los pacientes y de los avances o retrocesos que han tenido. |

Todos los pacientes de la muestra tienen el mismo diagnóstico pero presentan sintomatología diferente. No obstante, se pudo ver por medio de la observación de los talleres y de las entrevistas realizadas que todos los pacientes disfrutaban al asistir a las sesiones en comparación con los demás talleres impartidos.

El uso de los talleres es fundamental para la efectividad del tratamiento de Hospital de Día. Aunque la esquizofrenia no se pueda curar si se puede mejorar el estado del paciente. Ambos talleres fomentan los contactos sociales, respeto mutuo y les enseñan a cómo comportarse dentro y fuera del hospital de día. Esto se logra por medio de las intervenciones que hacen en el grupo, tanto el tallerista como los compañeros.

Respecto al taller de arte, la práctica que se pudo observar difiere a lo que plantea Dalley (1987, citada en Serrano, 2006) quien sugiere que el arte terapeuta debe de contar con conocimientos

básicos acerca de arte y tener una formación en Psicología para poder orientar y entender al paciente y el significado de su obra. El tallerista que

imparte el taller de arte no es profesional, y se pudo ver que esto no influye en el efecto que causa a los pacientes pues todos los pacientes que participan dicen poder relajarse más, expresar sus sentimientos y haber sentido un cambio desde que comenzaron.

Así que se podría concluir que, en este caso, no importa la profesión de la persona que imparte el taller. Algo esencial es el vínculo que haga con los pacientes pues la mayoría comentaron que una de las razones por las cuales se sentían cómodos en los talleres era por la profesora, en comparación a otros talleres.

Lo que se busca en el dispositivo es lograr aliviar el sufrimiento y los síntomas de los pacientes que asisten. Esto se busca a través de un trabajo interdisciplinario, en el cual algunas actividades como Terapia Ocupacional es necesario que el terapeuta sea profesional y por otro lado, en el caso de Arte terapia, no tiene un fin terapéutico propiamente dicho sino lo que se busca es la expresión de los pacientes por medio de sus dibujos. Entonces, dependiendo de la actividad se va a requerir que el tallerista sea profesional o no.

Dalley (1987, citada en Serrano, 2006) plantea que la formación de una buena alianza terapéutica es el objetivo principal del proceso terapéutico. Para que el proceso sea favorable el terapeuta debe de tener el rol de contención y comprensión del paciente y sus problemas. Se pudo llegar a la conclusión que tanto en el taller de Música terapia y de Arte terapia se estableció una buena alianza terapéutica. La mayoría de paciente dijeron en la entrevista realizada que una de las razones por la cual les gusta participar en las consignas artísticas o musicales es porque los talleristas son de su completo agrado. Si se compara con otros talleres, como por ejemplo el taller de teatro, el cual algunos pacientes mencionaron que no les gusta la forma en que la tallerista imparte las actividades por lo que a veces no participan.

Una de las limitaciones que se presentaron en la realización de este Trabajo Final Integrador fue que por falta de tiempo no se pudo asistir a más talleres para observar mayor cantidad de intervenciones y también para poder observar más a fondo el comportamiento de los pacientes. También las respuestas cortas de los pacientes a la hora de realizar las entrevistas fue una limitación pues hubiera sido de gran utilidad saber específicamente cual es la mirada de ellos acerca de los talleres.

Se pudo ver que, como técnica terapéutica, la musicoterapia y arte terapia son efectivos en la atención de personas que presentan trastornos psiquiátricos. Aunque no se pudieron observar cambios a largo plazo, durante las sesiones se vieron varios cambios en la forma en que se comportaban dentro y fuera del espacio. Por ejemplo, pacientes que no se concentran e interrumpen las actividades dentro de los talleres lo lograban. Así como también, pacientes que no suelen expresar sus sentimientos y recuerdos, lo hicieron por medio de la música y pintura. Entonces, el empleo de los talleres mencionados a pacientes con esquizofrenia ha mostrado ser

una intervención generadora de resultados positivos para el mejoramiento del funcionamiento de los pacientes del estudio.

VII APOORTE PERSONAL

Al haber participado durante los talleres de Musicoterapia y Arte en el Hospital de Día , se pudo dar cuenta que sería de gran utilidad que los talleres no sólo se impartieran 1 vez a la semana y que se deberían de mantener por largos periodos de tiempo y así poder cumplir objetivos a largo plazo. Ambos talleres se transforman en una herramienta muy importante para los pacientes, ayudándolos en varias dimensiones de sus vidas.

También se considera que habría más posibilidad de rehabilitación por medio de los talleres si se agrupara a los pacientes dependiendo el trastorno psiquiátrico y nivel de deterioro que presenten. De esta forma, las intervenciones grupales podrían ser aún más directas.

VIII. APOORTE CRITICO

Aunque uno de los objetivos del hospital de día elegido sea buscar la desinstitutionalizacion de los pacientes, se pudo observar que algunos de ellos llevan asistiendo ya varios años y se considera que esto podria crear una cierta dependencia al dispositivo. Este busca que los pacientes desarrollen habilidades sociales y asi poderreinsertarse a la sociedad entonces se considera que algunos de ellos deberian de comenzar a asistir menos apuntando a ser dados de alta eventualmente.

Con respecto a los talleres, se considera que los profesionales (psiquiatras y psicologos) deberian de ser mas incluidos en los talleres. Aunque no participaran activamente seria de gran ayuda que se tuvieran reuniones unicamente con los talleristas para evaluar lo ocurrido en las sesiones pues en las reuniones generales de equipo no se tocan especificamente esos temas y la mayoría de la veces ocurren sucesos importantes dentro de los espacios, los cuales no son evaluados y se podrian pensar en nuevas intervenciones y darle un seguimiento a los casos.

VI.

REFERENCIAS

- Alvine, J. (2000). Musicoterapia. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. American Psychiatric Association. (2000). Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N., Smith, M., Jacoby, C., Dennert, J. y Olsen. (1992). Ventricular enlargement in schizophrenia: Definition and prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 139, 292-296.
- Carpenter, W. (1991). Psychopathology and common sense: Where we went wrong with negative symptoms. *Biological Psychiatry*, 29, 735-737.
- Channon, R., Davis, J., Flaherty, J. (1991). *Psiquiatría: Diagnóstico y México*: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Dalley, Tessa (1987). *El Arte Como Terapia*. Barcelona: Ed. Herder. tratamiento. *Diagnostic and Statistical Manual of*
- Gold, C., Rolvsjord, R., Aaro, L., Aarre, T., Lars, T., y Stige, B. (2005). Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomized controlled trial *BMC Psychiatry*, 539-8. doi:10.1186/1471-244X-5-39.
- Hare, E.H. (2002), *El origen de las enfermedades mentales*. Madrid: Triacastela.
- Harrer, G. (1982). *The musical experience studied through scientific experimentation. Fundamentals of music therapy and music psychology*. Alemania: Fischer Verlag.
- Herz, M. y Lamberti, J.S. (1995). Prodromal symptoms and relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 541-551.
- Kane J., McGlashan, T. (1995) .Treatment of schizophrenia. *Lancet* , 346, 820-5.
- Mak, K. (1994). The changing role of psychiatric day hospitals in hong Kong. *Head of rehabilitation team*, 4, 29-34
- Murow, E. y Sánchez J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Revista Salud Mental*, 26 (4).
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant M., who benefit the most from psychiatric day hospitals? *Journal of psychiatric practice*, 16(2).

- Olivos, Patricio. (2001). Historia de los Hospitales Diurnos; Revista de Psiquiatría, 1,23-27.
- Odell-Miller, H. (2011). Value of music therapy for people with personality disorders. Mental Health Practice, 14(10), 34-35.
- Pain, S., y Jarreau,G. (1995). Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pillmann F., Marneros, A. (2003). Brief and acute psychosis, the development of concepts. History of Psychiatry 1, 61-77.
- Reed, F.(2009). Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital . DriL Psychatry, 19(2).
- Reyes, P. (2003) Arte Terapia grupal: Una revisión de sus enfoques y sus aplicaciones con Trastornos Mentales Severos. Santiago, Chile: Ril Editores.
- Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., Y Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. Journal of Mental Health, 16(4), 483-491. doi:10.1080/09638230701483111
- Stige, B. (2002). Cultured centered Music Therapy. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Waller, D., (1993), Group Interactive Art Therapy: its use in training and treatments. Londres: Routledge.
- Zeeck, A., Wietesheim, J., Hartmann, A., Einsele, S., Weiss H., Sammet, I.,et al. (2009) Inpatient or day clinic treatment? Results of a multi site study. Psycho- Social Medicine, 6.