

*Trabajo Final de Graduación*

*Tema: Estimulación del fenómeno grupal en  
pacientes con Esquizofrenia Crónica*

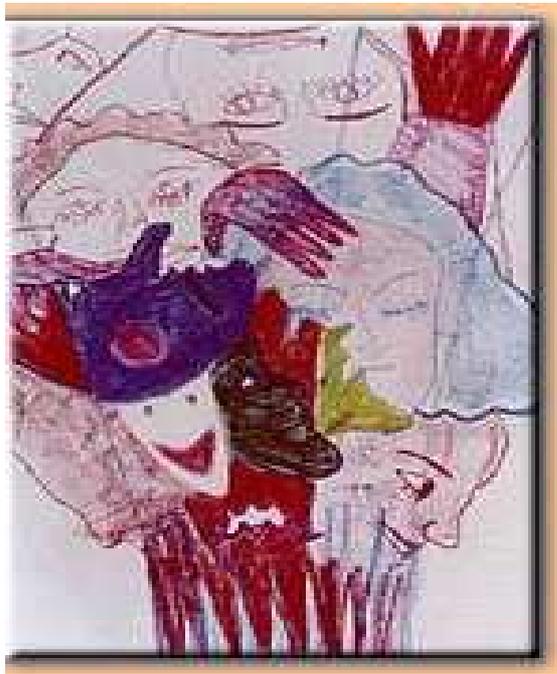
*“Taller de Cineterapia”*

*Alumna: Limonti, Vanesa Yanina*

*Córdoba 2009*

*“La condición humana es que nuestro estado natural es como la más creativa, resiliente, ingeniosa e innovadora criatura del universo. . . Estos recursos humanos innatos son la clave para cualquier entendimiento holístico de la salud. Esto es también, ser inevitablemente confrontado a la pérdida, el daño, el dolor y el pesar. Las artes son cruciales en ambos lados de esta moneda: ellas median la celebración, la alegría y las producciones especiales, tan bien como permiten la expresión, contención y comprensión de los aspectos más oscuros y tristes de la vida”.*

Malcolm Learmouth, **Asociación Británica de Arte- terapeutas**



## ÍNDICE

1_ <i>Introducción</i> .....	Pág.1
2_ <i>Objetivos</i> .....	Pág.3
3_ <i>Marco teórico</i>	
3. <i>A. La esquizofrenia</i> .....	Pág.4
3. <i>B. El Campo grupal</i> .....	Pág.12
3. <i>C. Las arte terapias</i> .....	Pág.19
4_ <i>Metodología</i> .....	Pág.26
5_ <i>Características de la institución</i> .....	Pág.27
6_ <i>Información obtenida</i> .....	Pág.35
7_ <i>Actividades</i> .....	Pág.37
7. <i>A. Cronograma de actividades</i> .....	Pág.39
7. <i>B. Materiales</i> .....	Pág.40
7. <i>C. Encuentro introductorio</i> .....	Pág.41
7. <i>D. Primer encuentro</i> .....	Pág.43
7. <i>E. segundo encuentro</i> .....	Pág.44
7. <i>F. Tercer encuentro</i> .....	Pág.45
7. <i>G. Cuarto encuentro</i> .....	Pág.46
7. <i>H. Quinto encuentro</i> .....	Pág.47
7. <i>I. Sexto encuentro</i> .....	Pág.48
7. <i>J. Encuentro de cierre</i> .....	Pág.49
7. <i>K. Bibliografía de películas</i> .....	Pág.50
7. <i>L. Evaluación de impacto</i> .....	Pág.51
8_ <i>Síntesis</i> .....	Pág. 53
9_ <i>Bibliografía</i> .....	Pág. 55

10\_ Anexo.....Pág.  
57

## 1\_ INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se analiza la posibilidad de mejorar la integración grupal de pacientes crónicos con psicosis esquizofrenica, mediante la utilización de la cineterapia como estimuladora de las relaciones interpersonales consideradas éstas como una forma de fomentar una mejora en la calidad de vida.

Desde Freud puede entenderse la psicosis como una perturbación en las relaciones entre el yo y el mundo exterior, como una alteración del sentido de realidad, sustitución de la misma y disgregación del pensamiento.

Una de las formas en que se trabaja la psicosis es a través de los grupos, es decir, formar parte de los mismos es

*“compartir un proyecto con otros, en el cual se propone un tipo de terapia vincular en donde la idea es el análisis con los otros y al escuchar al otro”* (Moya, J.; 2009)

Esta situación ayuda a liberar, a reconstruir viejas estructuras fijas y limitativas y permite encontrarse con la verdadera esencia y libertad.

Dentro de las tareas que se pueden realizar en el trabajo grupal se encuentra el arte terapia y dentro de ella la cineterapia, entendida ésta, como un proceso de desarrollo personal o un proceso clínico de cura en el cual los participantes llevan a cabo discusiones con el objetivo de promover la integración de sentimientos y pensamientos para facilitar la rehabilitación, ya que

las películas pueden ser en esencia, situaciones de la vida cotidiana con la cual los pacientes puedan lograr identificarse desde su propia experiencia o desde su “propia película”.

Para utilizar la cineterapia como estimuladora de las relaciones interpersonales, en el presente trabajo se realiza un desarrollo teórico sobre la esquizofrenia, el campo grupal y la cineterapia, haciendo la recolección de datos a través de entrevistas a profesionales de la clínica Saint Michel y observaciones de pacientes del sector amarillo de la institución diagnosticados con psicosis esquizofrenica, buscando dar respuesta al interrogante que guía este trabajo:

¿Es posible mejorar la calidad de vida de pacientes crónicos que padecen esquizofrenia usando la cineterapia para mejorar sus relaciones interpersonales?

## 2\_ OBJETIVOS

### *Objetivo General*

- Estimular la mejora de la calidad de vida de pacientes crónicos con esquizofrenia, mediante el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

### *Objetivos Específicos*

- Fomentar las relaciones interpersonales a través de la interacción grupal.
- Fortalecer los vínculos entre pacientes y enfermeros en actividades cotidianas, recreativas y productivas.
- Evaluar la utilidad de la cineterapia como estimulador de la calidad de vida para este tipo de pacientes.

## 3\_ MARCO TEÓRICO

### 3. A\_ La Esquizofrenia

#### ¿Qué es la esquizofrenia?

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable en la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba la mayor parte de los casos de alienación mental. Está caracterizada por un proceso de disgregación mental que ha sido llamada alternativamente “Demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica” o “disociación autística de la personalidad”.

Uno de los primeros desarrollos científicos profundos sobre el tema lo plantea Bleuler, en 1911, cuando habla de “Dementes precoces”. Según él estos enfermos no son dementes, sino que *“están afectados por un proceso de dislocación que desintegra su discapacidad “asociativa” (signos primarios de disociación); que, al alterar su pensamiento, los sumerge en una vida “pensamiento autística” cuyas ideas y sentimientos constituyen la expresión simbólica de los complejos inconscientes (signos secundarios)”*<sup>1</sup>.

Dicho proceso es más o menos lento, progresivo y profundo y se caracteriza por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante, al cual Bleuler le atribuye mayor importancia. Por lo tanto todos los síntomas “intelectuales”, “afectivos”, “psicomotores”, son manifestaciones de este proceso regresivo.

---

<sup>1</sup> Ey, H (1984) *Tratado de psiquiatría*. Ed. Masson, Barcelona.

Unos años más tarde, Krapelin 1919 habla de “Demencia precoz”. Para él ésta consistía en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico, y por los profundos trastornos en la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos).

Paralelamente, desde la corriente psicoanalítica, Freud, S. (1924), plantea la psicosis como la perturbación en la relación entre el yo y el mundo exterior y se produce una alteración del sentido de la realidad, por lo tanto el yo se procura un nuevo mundo exterior e interior y surgen dos hechos indubitables: que este nuevo mundo es construido de acuerdo con la tendencias optativas del Ello y que la causa de esta disociación del mundo exterior es una privación impuesta por la realidad y considerada intolerable, por lo tanto la niega e intenta sustituirla.

El autor plantea que de otras formas de psicosis, las esquizofrenias, *“se sabe que culminan en un embotamiento afectivo; estos es en la perdida de todo interés hacia el mundo exterior”*<sup>2</sup>, y que los delirios surgen en aquellos puntos en los que se ha producido una solución de continuidad en la relación del yo con el mundo exterior.

En las últimas décadas pueden encontrarse los desarrollos acerca de esta patología realizados por Ey, H (1965), quien considera a los enfermos de este grupo como “alienados” que han sorprendido ante todo por sus extravagancias, y por la progresiva evolución de sus trastornos hacia un estado de embotamiento, de entorpecimiento y de incoherencia.

---

<sup>2</sup> Freud, S (1923-1924). *El yo y el ello*. Ed. Amorrortu-Vol. XIX, Buenos Aires.

Por lo tanto se define a la esquizofrenia, como “*una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas*”<sup>3</sup> que se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario.

---

<sup>3</sup> Ey, H (1984). *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Masson, Barcelona.

## Características de la esquizofrenia

Según el DSM-IV (1995), los criterios para diagnosticar a un paciente con esquizofrenia son:

A\_ Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, síntomas negativos. Tienen que estar presentes durante una parte significativa de un período de un mes.

B\_ Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas 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.

C\_ Duración: Persisten signos continuos durante al menos seis meses, éste debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos y residuales, los signos de alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada.

D\_ Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

E\_ Exclusión de consumo de sustancia y e enfermedades médica.

F\_ Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

Desde este manual diagnóstico, la esquizofrenia presenta subtipos, definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evolución:

*\_Tipo paranoide:* se presenta preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, no hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

*\_Tipo desorganizado:* predomina lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada.

*\_Tipo catatónico:* el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motora manifestada por catalepsia, actividad motora excesiva, negativismo extremo, adopción de posturas extrañas y ecolalia o ecopraxia.

*\_Tipo indiferenciado:* están presentes los síntomas del criterio del tipo paranoide y el de tipo desorganizado.

*\_Tipo residual:* ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico.

Al respecto Ey, H (1965), desarrolla etapas del progreso de la evolución de la esquizofrenia tal como se presenta en la clínica:

#### A\_ Comienzo de la esquizofrenia

1\_ *Preesquizofrenia:* la entrada a la esquizofrenia está constituida aquí por una organización caracterológica de la personalidad, en la cual se advierten ya los rasgos que al agravarse, van a convertirse en “esquizofrénicos”.

2\_ *Comienzo por estado psicótico agudo:* a veces la psicosis “estalla” en forma de un brote delirante, con alucinaciones

psíquicas y del síndrome del automatismo mental, las expresiones raras y abstractas del delirio, la falta de conciencia de la enfermedad, el dogmatismo de las creencias delirantes y, por el contrario, la ausencia o el débil grado de los trastornos de conciencia, pueden ser consideradas como elementos semiológicos valederos.

3\_ *Las formas de comienzo cíclica*: se definen como las formas de comienzo por asaltos progresivos. En efecto bastante a menudo, sobre un fondo de carácter esquizoide o esquizoneurótico, aparecen “brotos agudos” al comienzo de la evolución esquizofrenica (generalmente en los dos o tres primeros años).

4\_ *Formas monosintomáticas*: se caracteriza por actos impulsivos como “crímenes inmotivados”. Estos tipos de enfermos matan a ciertas personas, ya sean conocidas o no, sin poder generar ninguna explicación de sus actos, por lo tanto el carácter enigmático de estos actos impulsivos, hace que en la mayoría de los casos se imponga el diagnóstico de esquizofrenia.

#### B\_ El período de estado

1\_ *Disgregación de la vida psíquica (síndrome de disociación)*: se define como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, con trastorno del curso del pensamiento y del campo de la conciencia. El esquizofrénico indica por la forma de su razonamiento, la mala coherencia de su contenido psíquico: la estructura diferenciada e intencional del acto psíquico esta dislocada, por lo tanto el trastorno del lenguaje es uno de los indicadores de estos procedimientos de la discordancia.

2\_ *El delirio paranoide*: son experiencias delirantes primarias y una elaboración autística o secundaria del delirio en la constitución del mundo. Implica vivencia de extrañeza, despersonalización, de influencia, delirio autístico, etc.

A pesar de los esfuerzos realizados actualmente, la esquizofrenia permanece como un trastorno de etiología desconocida. Se considera que afecta aproximadamente a un 1% de la población, sin distinción de sexo.

Se halla una gran disponibilidad de fármacos que han contribuido a un importante alivio sintomatológico, un descenso de las recaídas y una disminución de los tiempos de hospitalización.

En ausencia de una comprensión definitiva del trastorno, existen diversos modelos teóricos de la enfermedad, que suelen enfatizar la relevancia de algunos de los múltiples y heterogéneos factores causales.

En general existe un acuerdo sobre la existencia de un factor biológico causante del exceso dopaminérgico de estos pacientes que padecen esquizofrenia.

Se trataría desde la orientación médica, de un modelo etiológico multifactorial que implicaría un factor genético (historia familiar) y un factor ambiental (complicaciones obstétricas o perinatales). Aunque los datos actuales no estén exentos de polémica, algunas tendencias parecen incuestionables. Así, el descartar organicidad en la esquizofrenia como criterio diagnóstico en los sistemas clasificadores debe cuestionarse dadas las múltiples anomalías estructurales y funcionales halladas. Los retos para esta década, la del cerebro, se centran en una promoción de la investigación.

Entre las personas que padecen estos trastornos puede entenderse como enfermos crónicos a aquellos que tienen al menos cinco años de diagnóstico de esquizofrenia, que permanezcan

internados por largos períodos de tiempo y que no hayan manifestado cambios en el área social y medica.

Una de las formas en las que se trabaja con estos pacientes que padecen de esquizofrenia es a través de grupos, en los que formar parte de los mismos es compartir un proyecto con otros; *“ya que es con Otros que nacemos e irrumpimos en la cultura, es con Otros que por estructura ingresamos en el lenguaje”* (Moya, J. 2009)

Es también con otros y a través de esos otros (el grupo) que tenemos la oportunidad de reencontrarnos con nosotros mismos pero desde nuestra verdadera esencia y, singularidad rescatando nuestro autentico deseo.

### 3. *B\_ El Campo Grupal*

El vocablo grupo surge en el momento de la constitución de la subjetividad moderna. Su etimología refiere a un “*número restringido de personas asociadas por un algo en común*”<sup>4</sup>. Ana Fernández (2006) plantea que se destacan dos líneas en el rastreo etimológico: la figuración nudo, que sugiere interrogación sobre qué anudamientos – desanudamientos de subjetividades se organizan dentro de un conjunto reducido de personas, en un sentido metafórico en tanto figura nudo que aspira a producir efecto de significación, y que además lleva implícito necesarios enlaces y desenlaces diversos, puntuales, simultáneos, fugaces o duraderos, de subjetividades que se producen entre sus integrantes en los acontecimientos grupales. Y la figuración círculo, que remite a una particular estructuración de los intercambios que se producen entre los integrantes del grupo.

Esta autora, intenta introducir algunas de las principales líneas problemáticas que el campo de lo grupal presenta; por lo tanto su intención se aleja de definir qué son los grupos y se orienta a esbozar algunas ideas que otorguen instrumentos básicos para pensar una teoría de lo que hacemos cuando instituimos grupo.

Plantea el “campo grupal” como un área problemática, como elucidación crítica que permite la focalización de aquellas áreas de visibilidad sobre los acontecimientos grupales que determinados dispositivos grupales han posibilitado y cuáles han quedado necesariamente invisibles.

Por su parte, Lewin, K (1951), realizó grandes aportes al estudio de los grupos, analizó “*cómo el grupo y su ambiente constituyen un campo dinámico, un sistema de fuerzas*

---

<sup>4</sup> Fernández, A (2006). *El campo grupal*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

*interdependientes, en un equilibrio no estático, en un proceso en continuo movimiento*"<sup>5</sup>. Por lo tanto si se modifican algunos de sus movimientos se modificara la estructura del conjunto, cuyos elementos principales son los sub-grupos, los canales de comunicación de sus miembros, las barreras de la misma.

Su unidad de análisis fundamental es la relación entre los elementos y las configuraciones del conjunto. Las relaciones las entiende como un entramado que, en cada momento, en el aquí y ahora, se configuran organizaciones particulares, enunciando formas de lectura del sistema de interdependencia que se organiza entre los miembros del grupo y los elementos del campo (finalidades, normas, percepción del medio exterior, división de roles, status, etc., en determinado momento), tratando de encontrar regularidades.

Desde el enfoque interaccionista de Homans, G (1963), se remarca siempre que a los grupos nunca se los podrá comprender aisladamente. Los cambios se vincularán siempre en forma conjunta con la organización interna y el ambiente.

Define al "grupo" *"como la participación conjunta de un número de personas en sus interacciones, recortadas de un ambiente externo, lo que demarca un sistema"*<sup>6</sup>.

Lo distingue en dos planos, el sistema interno y el sistema externo. En cada uno de ellos analiza el comportamiento de tres variables específicas: la interacción, la actividad y el sentimiento. Postula que en todos los grupos estos elementos actúan como regularidades cumpliendo las mismas funciones y observando las mismas relaciones recíprocas. Define al sistema externo, como aquel estado de la actividad, interacción y sentimientos que en su

---

<sup>5</sup> Bernard, M (2002) *Desarrollo sobre la grupalidad*. Ed. Lugar S. A, Buenos Aires. Pág. 17.

<sup>6</sup> En Bernard, M. Op. Cit. Pág. 20

interacción constituyen una solución entre otras para sobrevivir en su ambiente. Este es el primer problema a resolver por todo grupo, la adaptación.

El sistema externo define las relaciones de acción y reacción recíprocas y circulares que se organizan entre el grupo y su ambiente particular; a diferencia de éste el sistema interno es el que no está directamente condicionado por el ambiente.

Este autor ha remarcado que siempre un grupo se convoca para realizar alguna tarea, alrededor de la cual se organizan prácticas y se funda un orden simbólico que lo recorta y diferencia de los otros, lo que le permite y lo obliga a relacionarse con su espacio social. Estas primeras relaciones dadas en este nivel luego serán realimentadas por las elaboraciones particulares intragrupo, y estos dos sistemas estarán implicándose uno al otro en sus términos en mutua interdependencia.

Es importante comprender qué es lo que se pone en juego de los psiquismos individuales, que permite la construcción de esta representación de grupo. Anzieu, D (1985) plantea que *“un grupo es una envoltura gracias a la cual los individuos se mantienen juntos y que sin esa envoltura puede existir un agregado humano pero no un grupo”*.<sup>7</sup>

La envoltura al igual que una membrana, presenta dos caras: una a la manera de un filtro, hacia la realidad externa (física y social) organizada por un entramado de reglas (implícitas o explícitas), de costumbres, ritos, de actos y prácticas. Encierra pensamientos, palabras y acciones que permiten que el grupo defina un espacio interno y una temporalidad propia que estructura una trama imaginario-simbólica.

---

<sup>7</sup> En Bernard, M. Op. Cit. Pág. 43.

La otra cara, vuelta hacia la realidad interna de los miembros del grupo, esta formada por la urdimbre de los movimientos de exteriorización e interiorización de sus formaciones inconscientes (grupos internos, vida fantasmática, tópica subjetiva).

Lo primero que destaca es que el grupo es una puesta en común de las imágenes interiores y de las angustias de los miembros.

En relación a este fenómeno de la grupalidad es importante desarrollar el concepto de vínculo, en el sentido de una estructura inconsciente que liga dos o más sujetos, a los que determina en base a una relación de presencia.

La relación con los otros es inherente al ser humano. “Otro” proviene de alter: “el otro entre dos”. Se constituye como una presencia ajena que incide fuertemente en el sujeto, de manera tal que este no podría desestimarlos ni podría tener sentido fuera de esa suerte de ligadura con ese sujeto llamado otro.

Cuando se logra la construcción de un vínculo, el mismo es generador de trama, entretelado y significado, que se da en toda “relación entre sujetos” es decir, el sujeto resulta de la investidura del Yo, a partir de los otros, de las zonas erógenas, del yo corporal, parcial inicialmente fragmentado.

Berenstein, I (2001) utiliza esta denominación para realizar una diferencia con la “relación de objeto” y afirma que *“El sujeto se sostiene en el sentimiento de pertenencia inherente al vínculo y distinto del sentimiento de identidad inherente al Yo,*

*ambos hacen a la construcción de la subjetividad”*<sup>8</sup>. El sujeto no sólo preexiste sino también se constituye en esa relación.

El yo en cada vínculo significativo adquiere subjetividad, por lo tanto en cada vínculo se genera un sujeto y se inscribe algo que antes no tenía y que lo modifica.

Pero a pesar de la identificación que se produce en el vínculo hay algo del otro que se resiste, no puede incorporar y aún en lo semejante y lo diferente, una parte no puede inscribirse como propia, permanece no conocida: es lo “ajeno” y es inherente a la presencia del otro; no se deja transformar en ausencia y no se puede simbolizar.

La ajenidad caracteriza fuertemente al otro y a su presencia. En una relación significativa es todo registro del otro que el sujeto no logra inscribir como propio, no obstante lo cual, creyendo que es posible, ha de intentarlo hasta aceptar, nunca del todo, que es inherente a la ajenidad no ser incorporado al sujeto. He aquí la paradoja propia y constitutiva del vínculo.

Otro punto importante dentro del concepto de vínculo es la “presencia y ausencia”.

*“La presencia es esa cualidad del otro que incide fuertemente en mí como sujeto o si es mía incide en el otro, impone una marca; me y lo modifica. No admite su inclusión imaginaria. En tanto ajeno instituye una diferencia que no se reducirá por identificación”* (Berenstein, I 2001)

Presencia se diferencia de exterioridad, no es solo lo que discierne si está afuera del yo, además de estar adentro, sino y

---

<sup>8</sup> Berenstein, I (2001) *.El vínculo y el otro*. Rev. Psicoanálisis de Apdeba-Vol. XXIII-N 1. Pág 10.

principalmente no se deja convertir en ausente y no permite inscribirse como objeto. La no tolerancia a esa presencia y su anulación radical caracteriza la esquizofrenia.

La relación con lo ajeno inaugura un nuevo funcionamiento ya que no se deja incorporar como perteneciente al Yo y no se deja rechazar y ubicar fuera del Yo según el principio de placer-displacer (juicio de atribución). La presencia se opone al juicio de atribución. Lo ajeno se regula por el juicio de presencia y decide si el otro puede pasar a ser ausente, desaparecer como ajeno o teniendo presencia requiere hacer algo que lo ha de modificar como sujeto. Si, en términos de Freud (1925), para el Yo-placer originario son idénticos lo malo, lo ajeno al Yo, lo que se encuentra afuera, diremos ahora que lo ajeno puede ser fuente de placer y/o de dolor y es motor del vínculo.

El fortalecimiento del vínculo es comúnmente un objetivo terapéutico en el trabajo con pacientes esquizofrénicos, considerando al mismo un importante promotor de la calidad de vida. Según Cabrera, M y otros (1998), una definición integradora del concepto de calidad de vida plantea que: “la Calidad de Vida es el resultado de la compleja interacción entre *factores objetivos* y *subjetivos*; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”.

Siguiendo con esta línea de pensamiento que plantea el autor, en las enfermedades crónicas en particular, cada individuo va a manifestar estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, la percepción

y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que la enfermedad genera para su vida actual y futura.

Para lograrla el medio más adecuado es el trabajo en grupos, con lo cual podemos entender al grupo como una importante herramienta o estrategia terapéutica, principalmente en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Entre los trabajos que pueden realizar estos grupos puede encontrarse las actividades de arte terapias, para la mejora de la calidad de vida.

### 3. C\_ *Las Arte terapias*

*“El arte tiene el don de permitir que la persona se conozca a si misma, se encuentre con sus emociones y probablemente descubra, vea su espíritu creativo, pueda adquirir una estructura integrada de si misma”<sup>9</sup>.*

El quehacer artístico tiene la capacidad de comunicar emociones, tanto en niños como en mayores, es una fuente de honda satisfacción psicológica y, en el adulto, brinda a menudo una llave para liberar una tensión. Representa un sistema, que en alguna medida, puede compensar incluso la ausencia de una realización emocional en las relaciones humanas, ya que no todas las emociones se comunican a través del lenguaje hablado; y el arte representa una magnífica herramienta de canalización.

La actividad artística se caracteriza por tener a la subjetividad como fuente, material e instrumento de la construcción. El despliegue del mundo interno del creador, sus fantasías, sueños, deseos, se convierten en factor decisivo que otorga a la actividad artística su carácter de esencial.

Winnicott, D. (2000) define a la creatividad como la aptitud universal que corresponde a la condición de estar vivo, *“es el hacer que surge del ser”*, y es el enfoque que cada individuo hace de la realidad exterior en relación a la actividad de crear. Él plantea que solo a partir del jugar la persona puede ser creativa, es decir que cada uno en su origen es creativo.

---

<sup>9</sup> Allen, P (1997) *Arte terapia*. Ed. Paidós, Buenos Aires. Pág. 55.

Y es que crear artísticamente es subjetivar la realidad, dotarla del tono, la vivencia, la óptica del sujeto que, dando forma a su nueva realidad- el objeto artístico-, se nos revela al develar el mundo desde la mirada singular. El producto de la labor del artista es una estructura material sensible, con significados múltiples, en la que el creador plasma sus imágenes emocionadas del mundo y de su relación existencial con él. Ella nos informa, por lo tanto, del entorno al que pertenece pero desde una perspectiva matizada con significados personales a través de los que el individuo siente, piensa, recrea.

Esta perspectiva matizada nace de un espacio que no es del sujeto ni del mundo externo, de un espacio al que Winnicott, D. (2000) define como “espacio transicional”: la zona intermedia de experiencia entre el individuo y el ambiente en la que se entrelazan o superponen la realidad psíquica interior y la realidad externa compartida.

Es la matriz de los fenómenos y objetos transicionales relacionados con la ilusión y la creatividad, el juego y la experiencia cultural. Es un lugar de encuentro, en el que se puede producir una búsqueda creadora. Un espacio donde el sujeto es capaz de crear, y por lo tanto la experiencia de crear significa construir el mundo desde el objeto subjetivo, hacia el objeto transicional, hasta el objeto objetivo (de lo interno a lo externo).

Es por ello que el creador se mira en su obra como ante un espejo para descubrir y reapropiarse de aspectos desconocidos o poco integrados, y así poder desarrollar su potencial.

Es también de gran ayuda en la reconstrucción interna y en la auto aceptación, pues al ser el trabajo artístico una auto-representación, el creador se ve reflejado en aquello que ha realizado.

La realización de una obra requiere que la persona esté inmersa en el aquí y ahora, en el presente y en lo que hace.

Marinovic, M. (1994), en relación a las artes, plantea que todas ellas tienen funciones psicológicas comunes:

- Un lenguaje simbólico que actúa como medio de expresión y comunicación no verbal.
- Enriquecen la capacidad perceptiva.
- Estimulan la imaginación y el potencial creativo.
- Promueven orden, armonía y equilibrio.
- Conectan la experiencia subjetiva con la realidad externa.
- Implican una interacción dinámica, afectivo-cognitiva, entre lo activo y lo pasivo.
- Provocan gratificación narcisística. Puede reforzar la autoconfianza y mejorar la autoestima.
- Favorecen la tendencia a la autorrealización y el desenvolvimiento de potencialidades humanas.

Teniendo esto en cuenta, es indudable el carácter terapéutico que lleva implícita cualquier práctica artística. Kramer, E. (1982), hace referencia al valor terapéutico del arte para contribuir a una mejor salud mental y calidad de vida, en especial de las personas que padecen psicosis esquizofrenica.

En este caso nos referimos a arte terapia como a la construcción de un encuadre en un espacio-tiempo cualitativo que hace a la práctica de esta disciplina.

La terapia a través del arte se basa en la idea de que la obra contribuye a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, la obra es un proceso de construcción de pensamiento. Paralelamente, se centra de forma especial en la creatividad del

hombre, en la posibilidad de plasmar su mundo interno en una obra y, a través de ella -y de los subsiguientes pasos- poder realizar el proceso sanador.

En relación a ello, Dalley, T. (1987) plantea que cuando el proceso creador ocurre en un entorno terapéutico, como el que existe en arte terapia, las propiedades terapéuticas del arte son potenciadas. Aquí lo fundamental son las personas y el proceso creador en el que se sumerge el paciente para alcanzar los objetivos terapéuticos, a diferencia de lo que ocurre en el arte en un contexto estético centrado en el producto final, la obra de arte.

*“La actividad artística proporciona un medio concreto-no verbal a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico” (Dalley, T.; 1987)*

Este tipo de terapia, el arte terapia o terapia artística, comienza a construirse como tal en el interior de los hospitales generales y los centros psiquiátricos. Pone énfasis en la posibilidad de un proceso sanador a partir de poder plasmar en una obra el mundo interno y propone la expresión a través de obras utilizando la pintura, la escritura, la música, el teatro, la máscara, la escultura, la danza.

Es una forma de poder verse y analizarse mediante lo proyectado en un objeto o en la expresividad del cuerpo en una danza, en un pasaje teatral, en trabajos de estatuas o multiplicación dramática.

También *“pone énfasis en la capacidad de creación y de aprendizaje de las habilidades para expresarse a través de*

*imagenes, símbolos y metáforas, para así desarrollar e integrar el potencial físico, mental, emocional y espiritual del ser humano”<sup>10</sup>.*

Se desarrolla mediante materiales y recursos artísticos: modelado, pintura, voz, movimiento, máscaras, fotografía, sin necesidad de experiencia previa, ni largos aprendizajes técnicos.

Hace hincapié en el autoconocimiento, en la escucha interior, la atención y la espontaneidad. Se fundamenta en la unión de los conocimientos y en la práctica del arte y la psicología, a partir de los que cualquier persona puede proyectar en formas artísticas sus imágenes internas, en las cuales podemos aprender a leer las claves simbólicas de nuestro subconsciente.

Respecto a los intentos de olvidar, resignificar, superar o erradicar traumas existenciales por los métodos tradicionales de terapias psicológicas, Arte terapia propone transformarlos en algo positivo, en una especie de fuerza creadora en la que las personas trabajen sobre sus patologías.

Una propuesta innovadora al respecto la constituye el “Arte Brut”, el cual postula una plástica diferente a las concepciones habituales sobre arte y creación. Los iniciadores de la idea de arte “brut” (Dubuffet, Breton, Tapies, Ratton) confrontaron al arte consagrado con un arte realizado por autores espontáneos sin formación artística. Estos autores vieron en el arte “brut” el valor creador y renovador de lo salvaje, como un arte en el que sirve a todos y puede generar placer; vieron en él más el juego que el trabajo, más la creación que la formación, la información o la imitación.

---

<sup>10 10</sup> Allen, P (1997). Op. Cit. Pág. 68.

Dubuffet, J (1967) pensaba que “las obras exteriorizaban la operación artística pura, bruta, reinventada por el autor a partir de sus impulsos, los hechos creativos, tales como surgen en la mente permitiendo un encuentro directo con el fenómeno artístico”.<sup>11</sup>

Por lo tanto el arte “brut” nació referido y enlazado con la idea de que los actos artísticos son espontáneos, originarios e inéditos.

Dentro de las arte terapias quizás una de las menos estudiadas y sobre la que es escasa la bibliografía es la cineterapia, herramienta novedosa y enriquecedora.

### *La cineterapia*

Materazzi, M (2000), define al cine como una herramienta terapéutica, es un intento de introducir en el campo de la rehabilitación del trastorno mental nuevos métodos de comunicación terapéutica y acrecentar los aportes ya realizados. Arte, oficio y ciencia se combinan para comprender al individuo y ayudarlo a mantener su propia identidad y equilibrio contra las presiones impuestas por la comunicación.

Pretende ser una técnica psicoterapéutica que reúne el teatro, psicología, psicoterapia, filosofía, sociología y cine. Desde el punto de vista técnico es un procedimiento de acción e interacción con su núcleo fundamental asentado, en la creatividad a través de la dramatización, lo que permite externalizar la dramática relacional interna de los pacientes intervinientes y realizar el primer paso de trascendencia a la libertad, por ende, al cambio.

---

<sup>11</sup> Melgar, M.; Lopez de Gomara, E. (1991). *Las raíces “brut” de la creación*. Revista Argentina de Arte y Psicoanálisis. Número 1. Ed. Buenos Aires. Pág. 20.

En este tipo de técnica intervienen tanto lo verbal como lo corporal, ampliando de esa forma los medios de comunicación con los otros.

La técnica consiste en la proyección de una película de modo que actúe como disparador de relaciones interpersonales, reflexión, comunicación, entre otros, para luego realizar en grupo tareas para llegar a un fin, fomentando la grupalidad.

*“Film...es un objeto intermedio entre la comunidad, el equilibrio terapéutico y el paciente, con la producción del film se establece un verdadero proceso dialéctico”<sup>12</sup>.*

Ofrece grandes posibilidades para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia, permite, en efecto, dramatizar aquellas situaciones que el paciente no puede verbalizar aquellas que le permitan estimular el vínculo con su entorno. Permite también acercarlos activamente a la realidad, reestablecer el sistema de comunicación altamente dañado y generar el camino hacia la creatividad.

---

<sup>12</sup> Materazzi, M (2000) *Psicocine*, Ed. Salerno, Buenos Aires. Pág. 123.

## 4\_ METODOLOGÍA

El presente Proyecto de Aplicación Profesional surgió a partir de la práctica profesional en la Clínica Saint Michel, en el año 2007, donde el trabajo con pacientes crónicos diagnosticados con esquizofrenia motivó el interés por conocer innovadoras estrategias de trabajo con los mismos, con el fin de fomentar un incremento o mejora en su calidad de vida.

A fin de recabar información para realizar el proyecto, se utilizan como herramientas:

- Observación directa, a los pacientes del sector amarillo de la Clínica.
  
- Entrevistas abiertas, a directivos de la Clínica.
  
- Entrevistas estructuradas, a jefes de enfermería de la institución.

## 5\_ CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

La siguiente documentación pertenece a la institución, y puede encontrarse en la página web de la misma: [www.clínicasaintmichel.com](http://www.clínicasaintmichel.com). Se centra en describir su historia, las distintas actividades y servicios que dispone.

### Reseña Histórica

“La Clínica Privada Saint Michel S.R.L. es una institución de Salud Mental y Psiquiatría que tiene su accionar predominantemente en el ámbito de la Provincia de Córdoba. Nació y es una Clínica abierta, lo que permite la participación de otros profesionales en la atención de sus pacientes, diversificando la demanda y los tratamientos.

Esta Institución nació el 10 de Octubre de 1985, como una necesidad sentida de la comunidad que asistíamos en el Servicio Privado de Salud Mental y Patología Geriátrica con sede en la Clínica del Chateau (desde Mayo de 1983).

En 1987 se adquiere un predio de casi 6000 m<sup>2</sup> en Av. Sagrada Familia al 500, donde se encuentra actualmente emplazada. La nueva Clínica fue orientada a pacientes agudos, jóvenes con una problemática distinta a la gerontopsiquiátrica que se cubría la Clínica del Chateau.

Objetivos:

En la institución se elabora un programa médico de atención psiquiátrica bajo las normas y conceptos más modernos en psiquiatría existentes en ese momento a escala mundial y considerando su posible crecimiento y perspectiva futura. Frente a ello se sectorizan las actividades, se opta por un Sistema de Atención Médica Integral en Psiquiatría Según Complejidad de la Prestación y patología presente; es decir, un sistema de atención médica progresiva, concentrando las necesidades de los pacientes y los recursos humanos y materiales.

Nuestro posicionamiento actual nos permite mostrar una Institución estadísticamente ágil con un giro de cama elevado, con bajo promedio de días de estada, y una tendencia creciente de pacientes ambulatorios.

La clínica se caracteriza por ayudar a resolver o sobrellevar algunas consecuencias generadas por las afecciones psíquicas; se asisten las necesidades particulares de cada paciente mediante estudios clínicos, psiquiátricos y de laboratorio, intentando definir un diagnóstico preciso del estado de la persona para un tratamiento adecuado y eficaz, con las técnicas más modernas en el campo de la salud. El Programa Asistencial de Clínica Saint Michel contempla una amplia gama de alternativas que responden a una concepción integral y no solo psiquiátrica del paciente:

Contención y tratamientos según antecedentes, medio familiar y social. Se pone especial énfasis en la admisión del enfermo para evitar gastos innecesarios, tratamientos indebidos y procurar que su incidencia sea lo más apropiada para el grupo familiar al cual pertenece.

En la clínica Saint Michel se parte de una visualización clara del conflicto para poder adecuar la terapia a la demanda real.

La clínica dispone de diferentes servicios y actividades:

Atención Domiciliaria

Las modalidades son:

Emergencia Psiquiátrica

Control Domiciliario Programado

Internación Domiciliaria

Consultorio Externo

La Clínica Saint Michel dispone de consultorios de diseño moderno y confortable a disposición de aquellas personas que desean ser atendidos en la institución y para ello concurren desde sus domicilios. A este fin se dispone de un amplio grupo de profesionales de las especialidades de psiquiatría, psicología y neurología.

Se atiende en modalidades individual, familiar, grupal, pareja, y el grupo por edades atendidos en nuestra institución va desde niños hasta ancianos y con diferentes enfoques que van desde lo cognitivo-comportamental a lo dinámico, siempre apuntando a dar a cada problemática aquella respuesta que le va a ser más beneficiosa y la va a resolver de una manera más rápida y eficaz. Se presta este servicio a diferentes Obras Sociales, Prepagas y pacientes particulares.

#### Guardia Psiquiátrica

La institución dispone de un servicio de guardia permanente las veinticuatro horas al día conformada por un médico psiquiatra y un médico clínico que rotan cada día.

Este equipo de guardia es el encargado de evaluar a todos aquellos pacientes que concurren a la institución en situación de crisis y de determinar en una primera instancia cual es la modalidad que se ajusta mejor a cada situación. Así pueden indicar la necesidad de la internación, la derivación al consultorio externo o el control domiciliario.

Este equipo de guardia también es el encargado de recibir a aquellos pacientes que son derivados para la internación por profesionales que no pertenecen a nuestra institución, pero que han elegido la misma para internar a personas atendidos por ellos.

Hospital de día:

Es un espacio que surge como una nueva filosofía asistencial dentro del marco de la atención en Salud mental diferente a la tradicional. En nuestra institución el Hospital de Día se considera un recurso sanitario- terapéutico, en interrelación con los otros ámbitos de tratamiento, que apunta a contener y abordar desde un trabajo interdisciplinario el tratamiento del paciente, cumpliendo no solo funciones asistenciales sino también de tipo preventivo y educativo.

El Hospital de Día tiene como objetivo central ser un centro activo, completo y continuado caracterizándose por:

- Mantener los vínculos familiares y sociales del paciente.
- Enfatizar el desarrollo en las actividades terapéuticas.
- Motivar y activar las capacidades del paciente.
- Trabajar conjuntamente con el paciente, el profesional tratante y el equipo terapéutico.

La modalidad y frecuencia de asistencia al Hospital de Día la determina el profesional o equipo tratante pudiendo concurrir el paciente de lunes a viernes y en Jornada Parcial (9:00 - 12:00) o Jornada Completa (9:00-17:00).

### Internación

La Clínica Saint Michel dispone de amplios y confortables espacios para la internación de personas en crisis psiquiátrica aguda o así como también para problemáticas crónicas. Los sectores para la internación están claramente diferenciados en función de las problemáticas específicas a resolver, contando todos con los recursos necesarios para una óptima atención.

Están bien iluminados y aireados, contando con medios de calefacción y refrigeración para hacer cómoda la estadía a los pacientes y a los familiares que los visitan.

Al momento del ingreso del paciente a la institución los médicos internos lo reciben y le realizan un exhaustivo examen psiquiátrico y clínico que permite acercarse a la problemática específica en cada situación. Así mismo una vez que ingresa al sector de internación el personal de enfermería a cargo le realiza una evaluación sobre aspectos atinentes a su campo. Todo ello, más la información aportada por los familiares responsables del paciente al momento del ingreso, permite tener una visión clara de la situación. Esto es imprescindible para que los profesionales tratantes no demoren en el diagnóstico y tratamiento, ya que nuestra tendencia apunta a una resolución rápida de la crisis psiquiátrica y facilita con ello que la estadía sea breve y que permita un rápido retorno y reinserción a su medios socio-familiar y laboral. Todo esto se complementa con una evaluación nutricional que permita indicar dietas en caso de ser necesarias y

de estudios de laboratorio. También se cuenta con ínter consulta con neurología dentro de la clínica.

Durante el periodo de internación el profesional o equipo tratante definen las estrategias del tratamiento tanto en el ámbito psicoterapéutico como en el psicofarmacológico, sin descuidar en ningún momento aspectos clínicos y de cuidados personal tan importante para un rápido restablecimiento del paciente.

En el momento que la recuperación lo permite, se estimula al paciente a integrarse en las múltiples actividades que se desarrollan en forma continuada en la clínica: lectura de diario, talleres literarios, terapia ocupacional, taller de expresión corporal, video debate, asambleas, terapias de grupo, actividades de tiempo libre, paseos y caminatas entre otros.

Las visita de familiares y amigos ayudan a una más rápida recuperación y facilitan su egreso de la institución y el pase a otra modalidad asistencial. La clínica para ello dispone de atención ambulatoria por consultorios externos, Hospital de Día y atención domiciliaria recomendando en cada caso la más adecuada para cada paciente y problemática.

En todo momento los profesionales intervinientes son de comprobado nivel técnico y humano en una permanente capacitación sobre los aspectos más avanzados de la psiquiatría y sus tratamientos.

Las actividades en las que el paciente puede participar durante su tiempo de permanencia en la son:

- *Terapia Ocupacional*

El taller como un medio terapéutico es una forma más de desarrollar la capacidad creativa de los pacientes permitiendo establecer como metas su rehabilitación y reinserción a la vida socio-familiar y laboral. Las actividades programadas promueven el encuentro con el otro, la integración grupal y como consecuencia de esto se rescata la solidaridad y el placer de compartir.

Es importante estimular la actividad creadora en todos los órdenes; conduciendo ello a dar placer al sujeto que lo realiza y desencadenar un mayor grado de libertad emocional.

Las ocupaciones previstas en el taller ocupacional aunque sencillas y uniformes son numerosas y flexibles y se desarrollan en un espacio donde no solo se comparten actividades sino también emociones, y afectos.

Dentro de las actividades programadas se encuentran pintura, costura, tejidos, artesanías, carpintería y cocina.

El espacio terapéutico del taller ocupacional es útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del paciente ya que permite observar en forma continua los cambios en la conducta y en la sintomatología de este en su interactuar con los otros.

- *Terapia de Grupo*

Espacio terapéutico integrado por un grupo limitado de pacientes que tiene como objetivo abordar diversos temas de preocupación e interés, ya sea, del ámbito de la salud como también del familiar y/o social.

El grupo libremente intercambia vivencias y experiencias, como recursos adquiridos dentro de un ámbito interpersonal afectivo y de confianza logrando progresivamente representar nuevos significados y respuestas positivas e enriquecedoras para el paciente y para el grupo.

○ *Asamblea*

La asamblea es un ámbito amplio y abierto, para todos los pacientes que libremente quieran plantear sus dificultades o problemáticas en relación con la dinámica interna de la Institución.

De esta manera se conoce y se escucha las necesidades y demandas con relación al funcionamiento de las diversas áreas médicas, enfermería, cocina, administración, talleres terapéuticos, entre otras buscando con ello mejorar la calidad de atención del paciente así como los efectos terapéuticos que conlleva la actividad misma.

○ *Reuniones familiares*

Bimestralmente se realizan reuniones familiares de los pacientes en Hospital de Día, con el objetivo de evaluar como percibe la familia la evolución e integración del paciente a dicha modalidad y a su propio medio socio-familiar.

Las reuniones se enriquecen con las vivencias de cada familia y se trabaja tanto con las experiencias como con las dificultades que plantea el grupo.

Anualmente se realizan informes por escrito acerca tanto de la participación como de los logros terapéuticos alcanzados por el paciente, los cuales se comparten y entregan en dicha reunión.”

## 6\_ INFORMACIÓN OBTENIDA.

En base a la información recolectada se ha podido detectar, en el sector amarillo en donde habitan los pacientes con esquizofrenia crónica, que dichos pacientes presentan discurso delirante, desconexión con la realidad, disgregación del pensamiento, dificultades motoras, apatía, entre otras cosas.

Otra de las cuestiones que se observa es la falta de integración en el grupo en general, ya que los pacientes se encuentran divididos en subgrupos que ellos mismos arman o eligen y son comandados por un líder en cada uno de los subgrupos; y quizás esto dificulte el trabajo en grupo, ya que si uno de los líderes que pertenece al subgrupo se retira de la actividad, resulta difícil sostener la consistencia de la tarea que se este llevando a cabo.

Por otro lado las actividades recreativas y productivas con objetivos terapéuticos que se realizan en el sector son muy escasas y esto genera una menor contención desde el punto de vista de la rehabilitación terapéutica, causando un mayor sedentarismo, en el cual la integración y la vincularidad, es decir, la producción de relaciones entre los sujetos, se va a encontrar disminuida, teniendo como consecuencia el aumento de la ansiedad, la angustia y la falta de iniciativa.

Por lo tanto es necesario destacar la importancia de la vincularidad, ya que en estos pacientes se encuentra afectada debido a la dificultad para registrar a un otro y poder generar un vínculo, en el sentido de que el yo en cada vínculo significativo

adquiere subjetividad, por lo tanto en cada vínculo se va a generar un sujeto y se inscribe algo que antes no había y que lo modifica.

A partir de la información obtenida nació la necesidad de trabajar en grupo para fortalecer los vínculos entre pacientes en actividades productivas, fomentando a la vez los vínculos entre pacientes y enfermeros, para así mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran hospitalizados durante un largo tiempo y disminuir el malestar que esto genera.

## 7\_ ACTIVIDADES

Dentro de los tratamientos con pacientes con esquizofrenia, los talleres han tomado una importancia fundamental porque tiene como finalidad que el paciente se divierta, se recree y que pueda hacerse a un lado de ese lugar de objeto y ser un sujeto creador aunque sea por un momento.

Un taller es un lugar donde se aprende, en el que se realizan trabajos de manualidades o artesanales, a través de una metodología en la que se integra teoría y práctica.

Tiene la finalidad de que los sujetos desarrollen actitudes reflexivas, objetivas, críticas y autocríticas, promoviendo la comunicación, participación y autogestión, en la cual varias personas trabajan cooperativamente para hacer o reparar algo, haciéndolo junto con otros y mediante la realización de experiencias innovadoras.

Por lo tanto un taller es concebido como un equipo de trabajo, donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que los organice. Puede desarrollarse, para la vivencia, reflexión y conceptualización, en un local o al aire libre, como síntesis del pensar, el sentir y el hacer.

A través del interjuego los participantes confluyen pensamiento, sentimiento y acción.

*“El taller puede convertirse en el lugar del vínculo, participación y comunicación y por ende, lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos”<sup>13</sup>.*

Por lo tanto el objetivo es que el paciente se apoye en ese andamiaje que brindan los talleres para hacer algo distinto que lo motive a salir de lo mismo de siempre; permitiéndole a la persona no aceptar pasivamente lo que, masivamente, le propone su entorno, que *“le posibilite trascender al aquí y ahora, darle forma a lo que todavía no es pero puede ser y, en ultima instancia, hacer visible lo esencial, lo que lo lleva a un ínter juego dialéctico con la plasticidad, ésto es la creatividad.”<sup>14</sup>*

La propuesta que se presenta a continuación consiste en la realización de un taller de cineterapia como herramienta, donde se proyectarán fragmentos de películas infantiles como disparadores que, conjuntamente con las actividades, intentarán lograr los objetivos propuestos.

---

<sup>13</sup> Bertrán, G (2004) *Hospital de día*, Ed. Minerva, Buenos Aires. Pág. 121.

<sup>14</sup> Materazzi, M (2000) *Psicocine*, Ed. Salerno, Buenos Aires. Pág. 103.

## *7. A\_ Cronograma de actividades*

- Encuentro introductorio e informativo.
- Seis encuentros de una hora y media cada uno, todos los miércoles de 17 a 18 y 30.
- Encuentro de cierre de actividades.

## *7. B\_ Materiales:*

Mesa

Sillas.

Televisor

Espacio verde

Video cassetera

Filmadora.

Afiches.

Cartulina.

Fibrones.

Témperas.

Tijeras.

Plasticota.

Plastilina.

Telgopor.

Resma de hojas.

### Costos de materiales a adquirir:

\_Resma de hoja \$ 30

\_ Lápices de colores \$ 15

\_alquiler de película \$ 7.5

\_Afiches \$ 1.5

\_Cartulina \$ 1, 20

\_Plasticola. \$ 2.5

\_Tijeras de plástico \$ 6

\_Temperas \$5

\_Plastilinas \$ 3.5

\_Fibras y Fibrones \$20

\_Telgopor \$ 10

\_Cassete para filmadora \$ 16

\_ Honorarios profesionales por once horas: \$660.

## *7. C\_ Encuentro introductorio, informativo y motivador*

La coordinación del taller estará a cargo de quién realiza el presente trabajo y contará con la ayuda activa del cuerpo de enfermería correspondiente al sector en el que se dictará la actividad, realizando éstos las actividades propuestas en cada encuentro junto con los pacientes.

Esta modalidad se utilizará para cada encuentro y el cierre de actividades.

La misma se llevará a cabo en el sector amarillo de la clínica Saint Michel, en el que se encuentran los pacientes crónicos que padecen esquizofrenia.

\_La convocatoria se realizara días previos al primer encuentro para que los pacientes concurren al lugar, en el día y hora que se asigno para la realización de esta nueva actividad: “taller de cineterapia”.

\_En los sectores a los que concurren a diario los pacientes, se colocaran afiches de invitación a la nueva actividad junto con la entrega de tarjetas personales como medios para despertar el interés en ellos, destacando que su presencia será esperada.

\_Para realizar la ambientación del lugar se utilizaran imágenes motivadoras para el taller, como por ejemplo afiches de películas.

### *Trabajo Final de Graduación*

\_El coordinador le contara al grupo la nueva actividad que iniciaran juntos, además de los objetivos generales, con palabras adecuadas a la población a la cual sé esta dirigiendo.

\_Este encuentro informativo finalizará con una invitación formal al primer encuentro del taller de cineterapia.

## *7. D\_ Primer encuentro*

### *\_Película a proyectar:*

“La bella y la bestia”. El fragmento que se observará para la actividad es a partir de la pelea con los lobos, cuando la bestia queda herida, la bella (la chica) lo cura y se establece una corriente de amistad a pesar de sus grandes diferencias. Él “la bestia” y ella “la bella”.

### *\_Objetivos del taller:*

Identificar las diferencias entre las personas (los pacientes) para mejorar sus relaciones.

### *\_Preguntas guía:*

- ¿Tienen diferencias la bella y la bestia? ¿Cuáles?
- ¿Qué cosas hacen juntos?
- ¿Pueden ser amigos? ¿Por qué?
- ¿Se puede ser amigos o compañeros a pesar de ser diferentes?

### *\_Actividad:*

Dibujar a amigos o compañeros en hojas blancas utilizando distintos materiales. (Lápices de colores, témperas, acuarelas, crayones).

## *7. E\_ Segundo encuentro*

### *\_Película a proyectar:*

“La noche de las narices frías”. El fragmento elegido para proyectar es desde el inicio de la película hasta la boda de los protagonistas.

### *\_Objetivos del taller:*

Fomentar el trabajo en equipo y la conexión con el entorno.

### *\_Preguntas guía:*

- ¿Sobre que trata la película?
- ¿Qué cosas había?
- ¿Qué les parece si buscamos en el jardín algo acerca de lo que vimos?

### *\_Actividad:*

La actividad consistirá en llevar a los pacientes al jardín y se organizará una búsqueda del tesoro, en base a elementos de la película previamente ocultos (sombreros, pequeños perritos dálmatas, pañuelos).

## *7. F\_ Tercer encuentro*

### *\_Película a proyectar:*

“El rey león”. El fragmento que se proyectara será desde el inicio hasta la presentación del heredero.

### *\_Objetivos del taller:*

Poder estimular las relaciones interpersonales a través de la asunción de distintos roles.

### *\_Preguntas guía:*

- ¿Qué les gustó más?
- ¿Cómo hacen para vivir juntos los personajes de la película?
- ¿A cuál de ellos les gustaría parecerse? ¿Y por qué?

### *\_Actividad:*

Consiste en la realización de una máscara del animal elegido. Las máscaras se presentarán en blanco para que los pacientes la trabajen con los materiales que más les gusten. (Témperas, acrílicos, papel reciclado, papel de diferentes tamaños y texturas, plastilina, lápices de colores, fibras).

## *7. G\_ Cuarto encuentro*

### *\_Película a proyectar:*

“Manuelita”. El fragmento que se proyectará es la parte en donde se escucha la canción completa de “Manuelita”.

### *\_Objetivos del taller:*

Reconocer con que aspectos personales y de los otros no están conformes para fomentar el fenómeno de la grupalidad.

### *\_Preguntas guía:*

- ¿Por qué quería ser otra Manuelita?
- ¿Qué cosas de ustedes les disgustan?
- ¿Qué cambiarían de ustedes?

### *\_Actividad:*

Para llevar a cabo la misma se reproducirá la canción “Manuelita”, para luego realizar entre todos el armado de dos grandes tortugas con diferentes elementos (afiches, cartón, diarios, plasticola, goma eva, tela de colores y plastilina) para colocar en una maqueta, como producto del trabajo en grupo.

## *7. H\_ Quinto encuentro*

### *\_Película a proyectar:*

“Shrek”. El fragmento elegido es cuando Shrek se pelea con el dragón y salva a la princesa.

### *\_Objetivo del taller:*

Identificar los miedos y la posibilidad de amortiguarlos al trabajarlos en grupo.

### *\_Preguntas guía:*

- ¿A qué cosa le tienen miedo o a quienes?
- ¿A quién le piden ayuda cuando tienen miedo?
- ¿Encuentran asistencia en los enfermeros y terapeutas cuando necesitan ayuda o pueden sentir miedo?

### *\_Actividad:*

Se procederá a realizar un collage en afiches con la utilización de témperas para realizar distintas manchas de acuerdo a lo que vayan sintiendo.

## *7. I\_ Sexto encuentro*

*-Película a proyectar:*

“Aladino”. Se proyectara los primeros treinta minutos de la película.

*\_Objetivo del taller:*

Fortalecer los vínculos a través de compartir con el otro los objetos que se puedan tener en ese momento.

*\_Preguntas guía:*

- ¿Qué les gusta compartir con el otro?
- ¿Son solidarios con sus compañeros?

*\_Actividad:*

Realizar una merienda en la cual todos puedan compartir con el otro lo que están comiendo.

## *7. J\_ Encuentro de cierre*

Para finalizar, en el último encuentro se realizará una muestra de la producción de lo realizado durante el taller a través de una película que se habrá ido filmando en distintos momentos de cada uno de los encuentros, reflejando ciertos indicadores, como:

- La interacción de los pacientes entre si, y de los pacientes con los enfermeros.
- La calidad de la participación de cada uno en el grupo.

Con el objetivo de que los pacientes puedan verse ellos mismos desde un lugar de sujetos creadores y productivos, compartiendo el mismo espacio entre todos y con vínculos diferentes entre ellos y el personal que se encuentre a cargo en esos momentos.

Para dar por terminado el taller, el coordinador a cargo invitará a los pacientes a que hagan una ronda y que comenten ellos mismos cómo se sintieron durante el transcurso del taller y si se obtuvo el algún aprendizaje.

## *7. Bibliografía de Películas a utilizar*

- “Aladino”, producida y dirigida por John Musker y Ron Clements, 1992.
- “El Rey león”, dirigida por Rob Minkoff y Roger Aller, 1994.
- “La Bella y la Bestia”, producida por Walt Disney, feature animation. Dirigida por Gary Trousdale y Kirk Wise, 1991.
- “Manuelita”, film de García Ferré y producida por Sono Film, 1999.
- “Shrek”, dirigida por Andrew Adamson y Vicky Jonson, 2001.
- “La noche de las narices frías”, dirigida por Clyde Genorimi y Wolfgang Reitherman, producida por Walt Disney, 1961.

## *7. L\_ Evaluación de impacto*

Para la realización de la misma, luego de dos meses de haberse implementado el taller de cineterapia se utilizarán entrevistas dirigidas la cuerpo médico y personal de enfermería del sector amarillo, con el objetivo de identificar si hubo o no cambios en el grupo y en el caso que se tuvieran que realizar modificaciones saber que es lo que se tiene que mejorar.

*Entrevista que se utilizará para realizar la Evaluación de impacto.*

1\_ ¿Podría contarme como ven al sector en relación al trabajo en equipo?

2\_ ¿Se ha producido algún cambio en la relación que los pacientes establecen con los médicos?

3\_ ¿Cómo es el vínculo entre los pacientes? ¿Se observan cambios? Dar ejemplos.

4\_ ¿De que manera, los pacientes se involucran en las distintas actividades que se ofrecen en la institución?

5\_ ¿Usted consideran que los pacientes se encuentran más motivados para realizar actividades en grupo?

6-¿Considera que el taller ha sido de utilidad en algún aspecto para este tipo de pacientes que padecen esquizofrenia crónica?

## Universidad Empresarial Siglo 21

7\_ ¿Usted cree que el taller de “cineterapia” debería seguir funcionando como herramienta para fomentar la integración y relaciones interpersonales?

### *Entrevista al personal de enfermería*

1\_ ¿Cómo considera que es hoy la relación que tienen los pacientes para con los enfermeros?

2\_ ¿Qué observaciones se podrían registrar con respecto al desempeño de los pacientes en las distintas actividades?

3\_ ¿Cómo consideraría que es hoy la participación de los pacientes en los distintos talleres de la institución?

4\_ ¿Han notado algún cambio en la relación grupal durante el transcurso de alguna actividad o durante el tiempo libre?

5\_ ¿Que podría decirse acerca de la integración en el sector?

6\_ ¿Usted considera que el taller de cineterapia repercutió de alguna manera en la calidad de vida de los pacientes?

7\_ ¿Qué imagen cree usted que los pacientes tienen acerca del taller de cineterapia?

8\_ ¿En base a lo que hemos estado dialogando considera usted que el taller ha sido de utilidad a los pacientes?

## 8\_SÍNTESIS

En la práctica profesional en la Clínica Saint Michel se observó la dificultad de algunos pacientes para relacionarse, tanto entre ellos como con los enfermeros.

Teniendo en cuenta, desde los planteos de Freud, que la psicosis es una perturbación entre el yo y el mundo exterior, y destacando la importancia de la vincularidad, en tanto que en cada vínculo se genera un sujeto, que el yo en cada vínculo significativo adquiere subjetividad, se busca desde este proyecto estimular la mejora de la calidad de vida de estos pacientes crónicos con esquizofrenia, mediante el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

Para ello el principal modo es a través de la interacción grupal, buscando con la misma una integración entre sus miembros, con la cual se evitarían el aumento de la ansiedad y la angustia y la falta de iniciativa que la ausencia de relación entre sujetos genera.

Dentro de las tareas que se pueden realizar en el trabajo grupal se encuentra el arte terapia y dentro de ella la cineterapia, entendida ésta como un proceso en el cual los participantes desarrollan discusiones con el objetivo de promover la integración de sentimientos y pensamientos para facilitar la rehabilitación, ya que las películas pueden ser, en esencia, situaciones de la vida cotidiana con la cual los pacientes puedan lograr identificarse desde su propia experiencia o desde su “propia película”.

## **Universidad Empresarial Siglo 21**

Tras un desarrollo teórico sobre la esquizofrenia, el campo grupal y la cineterapia, y una recolección de datos a través de entrevistas a profesionales de la clínica Saint Michel y observaciones de pacientes del sector amarillo de la institución diagnosticados con psicosis esquizofrenica, se plantea el proyecto que se ha descrito.

## 9\_BIBLIOGRAFÍA

- Allen, P (1997). *Arte terapia*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- *Arte terapia una disciplina como espacio de encuentro*. Arraga, C, Farias, A. Recuperado el 12-03-2009 de < <http://www.cultydes.cult.cu/5/doc/99.doc> >.
- Berenstein, I (2001). *El vínculo y el otro*. Rev. Psicoanálisis de Apdeba-Vol. XXIII-N 1.
- Berenstein, I (2004). *El sujeto y el otro*. Ed. Paidós, Buenos aires.
- Bernard, M (2002). *Desarrollo sobre la grupalidad*. Ed. Lugar S. A, Buenos Aires.
- Bertrán, G (2004). *Hospital de día*. Ed. Minerva, Buenos Aires.
- Cabrera, M y otros, (1998) *Calidad de vida y trabajo comunitario integrado*. Reporte de investigación. Centro de investigaciones psicológicas y sociológicas. Recuperado el 15-04-2009 <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Dalley, T (1987) *El arte como terapia*. Ed. Herder, Barcelona. (Orig. 1984).
- Ey, H (1980) *Tratado de psiquiatría*. Ed. Masson, Barcelona.

## Universidad Empresarial Siglo 21

- Fernández, A (2006) *El campo Grupal*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Freud, S (1923-1925) *El yo y ello*. Ed. Amorrortu-Vol. XIX, Buenos Aires.
- Frances, A-Pincus, H-First, M (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson S.A, Barcelona.
- Kramer, E (1982). *Introducción a la terapia a través del arte*. Ed. Kapeluz, Buenos Aires. (Orig. 1958).
- Marinovic, M (1994). *Las funciones psicológicas de las artes*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Materazzi, M (2000). *Psicocine*. Ed. Salerno, Buenos Aires.
- Moya, J *¿De qué se tratan los grupos terapéuticos?*. Recuperado el 12-05-2009 de [http://www.scilicetanalistas.com.ar/de\\_que\\_se\\_tratan\\_los\\_grupos\\_terapeuticos.htm](http://www.scilicetanalistas.com.ar/de_que_se_tratan_los_grupos_terapeuticos.htm).
- Winnicott, D (2000). *Realidad y Juego*. Ed. Gedisa, Barcelona. (Orig. 1971)

## Anexo

---

### Entrevista 1: Directivo de la institución

1\_ Podría contarme, ¿Cuáles serían las necesidades prioritarias del sector de pacientes con esquizofrenia crónica?

En primer lugar es un sector en donde los pacientes están internados por largos periodos de tiempo la gran mayoría prácticamente vive en la institución, por lo tanto hace que se necesiten distintas actividades recreativas, que en este momento son muy pocas las actividades que hay.

En segundo lugar son pacientes con los que se hace quizás complicado sacarlos de su estructura cotidiana, sumado a esto la escasa estimulación que presentan para desarrollar actividades por ellos mismos, entonces es necesario en este momento implementar alguna actividad con finalidad terapéutica que ayude a su rehabilitación y a evitar el sedentarismo, aislamiento que es habitual de estas patologías.

2\_¿Cuáles son las actividades que se realizan?

Actualmente, las actividades programadas del sector son: actividad física con la profesora en el gimnasio que posee la clínica, para estimular la parte sensorio motriz que en estos pacientes al ser de edad avanzada con esta patología, se encuentra en la mayoría de los casos deteriorada.

También esta el “taller de baile” que tiene como objetivo generar a través del baile algún efecto terapéutico, intentando

## Universidad Empresarial Siglo 21

construir o reconstruir una representación psíquica del esquema corporal en algún aspecto más integrada. Posibilitar a través de una actividad recreativa que compromete movimientos corporales, contrarrestar el embotamiento psíquico al que podrían estar sometidos algunos pacientes.

3\_ ¿Hay antecedentes de talleres con finalidad terapéutica?

Si en alguna época se realizaba un taller de cocina, laborterapia, a los pacientes les gustaba mucho, pero como todo es difícil de sostener, por eso creo me parece importante generar más espacios recreativos en los que se pueda estimular las relaciones interpersonales de estos pacientes para mejorar la calidad de vida y los vínculos también con los enfermeros que son con las personas que pasan el mayor tiempo del día.

## Universidad Empresarial Siglo 21

### Entrevista 2: Jefe de enfermería.

1\_¿Qué cantidad de pacientes se encuentran en el sector generalmente?

Nunca hemos superado los treinta y cinco pacientes, hay una tanda de veinticinco pacientes que están hace mucho que se conocen entre si y que han formado un grupo como si fuera una familia y los demás son pacientes que hace poco que están y ya se van a ir, están cumpliendo un ciclo, hasta que se estabilicen y luego van a ser trasladados a un geriátrico.

2\_¿Cómo es una jornada habitual de un paciente crónico?

Desde la mañana temprano hay que esperar a que se levanten y más los que tiene medicación para dormir cuesta un poco que se levanten, después llevarlos para el comedor para que desayunen; también hay que fijarse si se levantaron tranquilos, agitados o molestos, son muchos factores que se deben tener en cuenta, no siempre la mañana de un paciente es igual, no siempre, tampoco un turno es igual a otro, hay veces que a la mañana están agitados y a la tarde están dormidos y a la noche están despiertos, es muy cambiante la jornada, o sea no hay definición para una jornada definitiva para el paciente.

Generalmente ellos ya tienen su actividad estructurada, y es en el día donde los tenes que sacar de esa estructuración porque, ellos saben que se tienen que levantar, saben que este es el horario del desayuno, que tienen que tomar la medicación, después se deben sentar en tal lugar, porque en tal lugar están limpiando, por eso nosotros lo que implementamos es alguna actividad como para romper con esa

## Universidad Empresarial Siglo 21

estructuración que ellos ya tienen; partiendo de la base de que estos pacientes con psicosis crónica no los vas a poder sacar fácilmente de esta rutina, por eso cuesta mucho armar una actividad y sostener la actividad, algunas veces cuando esta lindo el día los invitamos a los pacientes a salir de la institución a caminar un rato y a comprar una gaseosa y después regresamos, algunos si se enganchan y otros no los puedes sacar de lo que ellos estaban haciendo a lo mejor estaban sentados pero para ellos estaban haciendo algo, es difícil todo lleva su tiempo y más que todos están en su propio mundo.

3\_¿Qué tipo de patología es la que prevalece entre los pacientes?

Hay muchos pacientes crónicos y desorganizados, por lo general nuestro sector se caracteriza por tener pacientes desorganizados, psicosis crónica, esquizofrenia, son pacientes que a simple vista lo ves y parece que están desorganizados, pero realmente están muy alucinados, cuando vos hablas con ellos hay cosas que se mezclan; es difícil saber que es verdad y que no del discurso del paciente, es como que tenemos muchos niños.

4\_ ¿Qué tipo de actividades se realizan en el sector?

Hace un tiempo atrás empezamos con los dibujos, la realización de una tarjetas para poner lo que ellos quieran expresar, , por ejemplo para el día del amigo, o simplemente para hacer una tarjeta no más, hay pacientes que están bastante conectados y algunos ponían necesidades, como

## Universidad Empresarial Siglo 21

escribirle una tarjeta a la familia y decirles que lo vengán a visitar, por más que ellos acá tenga contención necesitan la contención de la familia; otros les agradecían al familiar por quererlos, y otros que no pueden terminar la tarjeta porque están totalmente desconectados. Con estos tipos de trabajo los pacientes se enganchan mucho, siempre y cuando se los incentive para ésto por lo general los juntamos a todos y le explicamos que vamos a realizar tal actividad.

Hace poco empezamos con una quinta, están muy motivados, lastima que estos últimos días no nos han acompañado por la lluvia y otras veces porque nosotros estábamos con mucho trabajo; ya tenemos armado toda la estructura de la huertita estamos esperando que traigan las plantitas para plantarlas.

Estas actividades vienen siendo continuas a diferencia de otras épocas que había una actividad cada tanto, tratamos de hacer todo lo que podemos.

Otra actividad que sabemos hacer es “poner objetos en una caja” cosas nuevas, viejas, fotos, paisajes, y empezar a sacar objeto por objeto de la caja y preguntarles que es lo que sienten con ese objeto, es decir trabajar con el objeto, por ejemplo si sacaban una foto que era de un paisaje, manifestaban lo que recordaban en relación a si estuvieron alguna vez en el campo con paisajes parecidos con quienes estaban, con esta actividad la idea es que puedan interactuar entre ellos, compartir alguna experiencia.

Otra actividad es sacarlos de paseo muy debes en cuando porque no se puede muy seguido porque como lo hacemos nosotros se nos complica muchas veces por el tiempo.

## Universidad Empresarial Siglo 21

5\_¿Qué tipo de demandas se manifiestan en el sector por parte de los pacientes?

Las demandas de los pacientes son muy excepcionales, algunos pueden demandar la necesidad de una llamada telefónica para hablar con el familiar en el caso de que le quieran pedir algo, el resto de los pacientes tiene la misma demanda, es decir pedirle al familiar que le traiga la ropa, elemento de higiene personal, somos nosotros los que recogemos estas demandas y se la llevamos a la asistente social que es quien se encarga de transmitir la demanda a la familia. Hay cierta demanda del paciente por cosas muy básicas, de visitas, cigarrillos, gaseosas....

6\_¿Reciben alguna contención terapéutica desde el departamento de psicología?

No veo el sentido de que haya alguien haciendo la parte de psicología con unos pacientes que por ahí no vas a poder trabajar y porque la mayoría de los pacientes están estructurados en los mismos delirios de siempre, en los mismos pedidos y si viene alguien de psicología va a estar haciendo el mismo trabajo que estamos haciendo nosotros, actividades de esparcimiento, brindando contención.

7\_¿Con qué frecuencia son visitados los enfermos?

Hay tres días de visita en la institución.

La mayoría viene los días sábados, la visita son regulares porque hay algunos familiares que viene una vez por semana, otros cada quince días, cada mes y otros no vienen nunca.

## Universidad Empresarial Siglo 21

El cuarenta por ciento de los pacientes casi nunca reciben visitas.

8\_¿ Se involucra la familia de alguna manera en el tratamiento del paciente ?

Muy poco, hay algunos familiares que no saben mucho del paciente, no saben de que forma se ha desorganizado el paciente, medio como que lo traen y delegan la responsabilidad a la institución, hay otros familiares que los depositan y hablan dos veces al mes con los médicos de guardia para saber como esta el paciente y listo, no se comprometen, excepto algunos familiares que sí se preocupan por el paciente si tiene algo clínico lo viene a buscar y lo llevan a donde corresponda, otros le pagan a uno de los enfermeros para que acompañe al paciente a una consulta con un médico, es muy poca la ayuda que se obtiene por parte de las familias para con el paciente.

9\_¿Cómo es el vínculo de los pacientes con el personal de enfermería?

Y es muy particular porque hay pacientes con los que se establece mucha afinidad y otros con que no, hay veces que nos llaman papás, a otros hijos, son pacientes que uno ve todos los días y pasamos mucho tiempo con ellos; hay buen vínculo, pero se podría afianzar más.

## Universidad Empresarial Siglo 21

10\_¿Cómo es el vínculo entre los pacientes?

Hay subgrupos cada uno tiene su líder, hay grupos que a tal hora toman mate con determinada gente, otros grupos que hacen otra cosa, esto hace que cuando hay alguna actividad se haga difícil sostenerla porque si uno de los lideres deja de participar el resto se va también.

Entre ellos se llevan relativamente bien excepto cuando alguno de ellos esta muy descompensado se generan algunos roces y molestia en el resto del grupo, que suelen desencadenar algunas peleas, pero por lo general están tranquilos y pueden convivir.