
UNIVERSIDAD SIGLO 21

Licenciatura de Psicología

TRABAJO FINAL DE
GRADUACION

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

“El Hospital de Día: una posibilidad de excluir la exclusión”

ALUMNA: FORMENTO, Ana Carolina

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

CÓRDOBA, 2004

Agradezco a...

Mi familia, por acompañarme en este recorrido, que recién comienza.

Mis amigas, por ser incondicionales.

Myriam Olló, por guiarme en mi crecimiento personal y profesional

Mis docentes por contagiarme la pasión por esta profesión.

AIPA, por permitirme realizar este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION.....	3
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEORICO.....	13
CAPITULO 1: Sobre la Postmodernidad.....	14
1.1 Malestar en la Cultura.....	14
1.2 ¿Qué se entiende por Postmodernidad?.....	15
1.3 ¿La felicidad a través del consumo?.....	16
1.4 Nuevas modalidades vinculares.....	18
1.4.a La familia actual.....	19
CAPITULO 2: La atención en Salud Mental, en el nuevo Contexto sociocultural.....	24
2.1 Del modelo de Atención Psiquiátrica al de Salud Mental.....	24
2.2 Modelos en Salud Mental.....	27
2.3 Los objetivos de la Salud Mental.....	28
2.3.a La promoción de la Salud Mental.....	28
2.3.b La prevención en Salud Mental.....	29
2.3.c El tratamiento de los “enfermos mentales”.....	29
2.3.d La rehabilitación de los “enfermos mentales”.....	30
2.4 Las Instituciones Psiquiátricas.....	30
CAPITULO 3: Nuevos dispositivos de abordaje.....	35
3.1 Hospital de Día.....	35
3.1.a Recorrido histórico del Hospital de Día.....	36
3.1.b ¿Quiénes concurren a un Hospital de Día?.....	40
3.1.c El Hospital de Día supone... ..	41
3.2 Actividades que se realizan en un Hospital de Día.....	43
3.2.a ¿Qué es un taller?.....	43
3.2.b Terapia Ocupacional.....	48
3.2.c Musicoterapia.....	49

CAPITULO 4: Sobre los Trastornos de la Alimentación.....	51
4.1 Patologías de la Postmodernidad.....	51
4.2 Bulimia y Anorexia Nerviosa.....	54
4.3 Clasificación.....	57
4.4 Los Trastornos de la Alimentación y la multideterminación...	60
4.5 Un enfoque psicoanalítico.....	62
4.6. Los Trastornos de la Alimentación y la interdisciplina.....	63
SOBRE LA INSTITUCION.....	66
PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL.....	71
Fundamentación.....	73
¿Para qué se quiere hacer?.....	80
¿A quiénes va dirigido?.....	80
Plan de metas y actividades.....	81
Cronograma.....	93
Evaluación del Proyecto.....	94
REFLEXIONES FINALES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXO.....	102

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

INTRODUCCIÓN

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Este trabajo consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional, como Trabajo Final de Graduación de la Carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21.

El Proyecto fue elaborado para AIPA (Asistencia Integral de los Problemas de Alimentación) en la ciudad de Córdoba.

Este apunta a favorecer la incorporación, en el Hospital de Día de la Institución, de las pacientes con trastornos alimentarios que por las características de su patología necesiten complementar sus tratamientos, abordando de esta manera la problemática desde un enfoque múltiple. El proyecto también supone un trabajo con el equipo de profesionales, cuyo objetivo será llegar a una idea compartida sobre las características del Hospital de Día en esa institución, entre otros. Se planteará la posibilidad de redefinir el nombre del dispositivo y de incluir nuevas actividades en él, según las necesidades e intereses de las pacientes.

Si bien no se han encontrado antecedentes de proyectos similares, existen numerosas instituciones que trabajan con el dispositivo de Hospital de Día, que se consideró importante destacar en este trabajo, ya que aportan importante información sobre el funcionamiento del mismo. Esto será expuesto en el apartado siguiente.

Luego se presentará el Marco Teórico sobre el cual se sustenta este proyecto. Está dividido en cuatro capítulos.

En el primer capítulo, se hace referencia a cómo el Consumismo supone una estrategia de la Postmodernidad para paliar un malestar ineludible, ya que nunca será posible alcanzar la satisfacción plena. Así, esta época se caracteriza por una oferta que se anticipa a la demanda, y a la vez es permanente. Por otro lado, se generan nuevas configuraciones familiares, lo cual conlleva a la aparición de patologías de “déficit” actuales.

Dentro de este amplio panorama se crean las bases para la subcultura de las Adicciones, en donde la incapacidad de espera y la pretensión de saturación absoluta de la falta a través de objetos, ocupan un lugar primordial.

En el segundo capítulo, se hace una diferenciación entre el Modelo de Atención Psiquiátrica y el Modelo de Salud Mental, el cual propone una manera diferente de comprender el sufrimiento psíquico, a la vez que promueve diversas prácticas para

intervenir en él. También se incluye una breve crítica a las instituciones psiquiátricas cuya lógica es la marginación del “enfermo mental” al ser considerado ajeno a la norma social.

Partiendo del Modelo de Salud Mental, surgen nuevos dispositivos de abordaje, entre ellos el Hospital de Día, que supone un espacio intermedio entre la internación psiquiátrica y la consulta ambulatoria; que enlazando al sujeto con lo social le ofrece un LUGAR donde advenir subjetivamente. En el capítulo tres, se exponen y se completan estas ideas.

El Hospital de Día, supone un complemento del tratamiento psicoterapéutico, (ya sea individual, grupal o familiar), nutricional y médico-endocrinológico, en casos de patologías complejas, como los Trastornos de la Alimentación, que necesitan un abordaje múltiple. Lo referido a estas patologías será desarrollado en el capítulo cuatro.

Luego del Marco Teórico, se hará referencia a las características de la Institución para la cual se elaboró el proyecto, AIPA. Donde se comentará la forma que tiene de entender los Trastornos de la Alimentación y la manera de abordarlos.

Por último, se presentará el Proyecto, aclarando porqué se realizó, quienes son sus beneficiarios, cuales son sus objetivos, mediante qué actividades se llevará a cabo, cuanto va a durar, como se evaluará, etc. Seguido de esto se expondrán algunas reflexiones finales.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

ANTECEDENTES

A continuación, se presentarán algunas instituciones que trabajan con Hospital de Día, con el objetivo de conocer de qué manera lo hacen y cuáles son las actividades que incluyen en él. Si bien no todas se dedican exclusivamente a trastornos de la alimentación, se consideró importante citarlas por aportar datos relevantes sobre el funcionamiento del dispositivo.

- **ALUBA** (Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia)

Aluba trabaja con un equipo interdisciplinario integrado por médicos, psicólogos y psiquiatras. El tratamiento que ofrece comprende diferentes etapas y cada una de ellas tiene un objetivo propio; siendo el objetivo principal y común la superación del conflicto psicopatológico.

El primer paso del tratamiento en esta Institución es la Entrevista de Admisión. Luego se pasa a una etapa llamada de Pre-ingreso, donde en grupo se trabajan los miedos, obsesiones, etc. para luego determinar los pasos a seguir (tipo de tratamiento requerido). En ésta etapa también se confirman y amplían los datos diagnósticos obtenidos en el primer momento.

Los espacios terapéuticos que brinda Aluba son: Hospital de Día y grupos y consultorios externos. El Hospital de Día está dividido en dos salones (de acuerdo a la edad y situación vital de las pacientes), y estos a su vez, se dividen en módulos según diferentes momentos del tratamiento. El horario es de 8:00 a 17:00 hs. realizándose durante el mismo cinco ingestas.

En el módulo 1, los objetivos apuntan a la normalización del hábito alimentario y a lograr una mayor comunicación. En el 2, se buscan programas para el futuro, se apuntan a la reinserción social y al aprendizaje de la comunicación adulta. En el módulo 3 se pone a prueba ese aprendizaje a la vez que supone la utilización de mecanismos de autocontrol.

Dos veces por día, se realizan asambleas en cada salón donde se conversa acerca de la situación por la que están pasando las pacientes en ese momento. En estas asambleas las pacientes en general asumen un papel activo actuando como coordinadoras, dando consejos a sus compañeras, entre otros.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Cada salón está compuesto por Comisiones. Por ejemplo, la Comisión de Asamblea, lleva el registro de todo aquello que ocurre en el momento de la misma: quien habló, si las pacientes se aconsejan mutuamente o no, quienes lo hacen, etc. Existen también las Comisiones de Bienvenida y Cumpleaños y la de Presentismo, entre otras.

Los Grupos Externos, tiene una modalidad similar a la del Hospital de Día. Se realiza terapia grupal y Asambleas, y se utiliza un cuaderno de control de ingestas. Los talleres están a cargo tanto de profesionales como de las pacientes.

Con respecto al alta, se va realizando progresivamente.

Aluba tiene sede en diferentes puntos del país, incluyendo la ciudad de Córdoba.

▪ **EX HOSPITAL SAN ROQUE**

En esta Institución, cita en la ciudad de Córdoba, se realizan talleres abiertos a la comunidad y Hospital de Día de jornada completa.

Al primero pueden asistir todas aquellas personas que se acerquen a la Institución y que quieran participar de algún taller según sus gustos o intereses. Previamente se realiza una entrevista de admisión. Se desarrollan dos tipos de talleres: recreativos y temáticos. Dentro de los primeros, se encuentran: el taller de teatro y el de creatividad. Algunos de los temáticos son: “Me animo a cambiar”, “Taller de la descarga”, “Mejoro mi autoestima”, “Hablemos sobre las indecisiones vocacionales”, “Ser padres hoy”, etc.

El Hospital de Día está destinado a enfermos psicóticos y neuróticos graves. Los pacientes ingresan al Hospital por la mañana temprano y se retira por la tarde, realizando allí el desayuno, el almuerzo y la merienda. Además se incluyen en diferentes talleres como por ejemplo: yoga, cerámica, gimnasia, huerta, creatividad, Terapia Ocupacional, etc. El paciente lleva a cabo también, durante ese tiempo, terapia individual y grupal.

▪ **HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO JOSE T. BORDA** (donde se implementó por primera vez en Argentina el dispositivo de Hospital de Día)

Surge como una unidad de tratamiento psiquiátrico bien delimitada, caracterizada por el mantenimiento de los vínculos interpersonales y familiares, y por el énfasis de las

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

actividades terapéuticas en grupo, tendiendo a un objetivo común: *la rehabilitación social del enfermo psiquiátrico*. Los pacientes que son derivados para su tratamiento provienen de fuentes ubicadas en la misma Institución. El equipo de admisión está compuesto por médicos psiquiatras y psicólogos. Al ingresar a este dispositivo, el paciente se integra a un esquema de trabajo desde las 9 hasta las 16 hs., en una estadía de 3 a 6 meses.

Prestaciones: Terapia grupal, familiar y multifamiliar, ambientales (asambleas, alimentación, festejos), deportes, juegos, jardinería, taller de pintura, Terapia Ocupacional, Psicología Social, Programa de habilidades Sociales, salidas extrahospitalarias, talleres protegidos y Equipo de Enfermería incorporado al programa.

Una vez definida la incorporación del paciente al Hospital de Día, se establece entre los profesionales a cargo, el paciente y la familia, un contrato denominado: “*normas de ingreso*”, regulando en él, las pautas relativas a la existencia durante el período requerido para su tratamiento, actuando como método preventivo ante eventuales conductas perturbadoras del clima social.

El profesional, futuro terapeuta grupal, acompaña al nuevo miembro a recorrer el Servicio, presentándolo a la Comisión de Recepción y Festejo, integradas por pacientes elegidos por la comunidad. Estos ayudantes terapéuticos actúan como catalizadores de temores y prejuicios surgidos ante un ambiente desconocido y amenazante para su habitual manera de relacionarse, favoreciendo la vivencia de familiaridad indispensable para la integración activa a la nueva sociedad. Este recurso ha permitido al equipo, en un sistema abierto y voluntario, disminuir el número de abandonos durante la primera semana, tomado como tiempo natural suficiente para comenzar a internalizar sentimientos de pertenencia.

Establecido el ingreso, los pacientes concurren a diferentes tipos de asambleas distribuidas durante la semana con propósitos terapéuticos definidos, tanto en la elección de sus días como en su contenido. A saber:

- Asambleas de Apertura: Se implementan los días lunes como necesidad operativa de cubrir las demandas naturales (incremento en el nivel de frustraciones, conflictos domésticos, sentimientos de culpa, agresividad, lucha por el poder) generadas durante el fin de semana en la prolongada convivencia con el núcleo familiar.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

- Asamblea Administrativa, los días martes, en la cual se comparte la responsabilidad vinculada al mantenimiento y cuidado del hábitat, así como la elección de los miembros que conformarán las diferentes comisiones destinadas a promover el sentido de compromiso y responsabilidad social (recepción y festejo; jardinería, cartelera, cocina e higiene, mantenimiento de baños).
- Asamblea Comunitaria: se realiza todos los jueves con la totalidad del plantel (profesionales, enfermería y mucamas) y los pacientes; generándose una fluida y libre interacción, utilizando como elemento de cohesión temas de interés general resultantes de la aprobación mayoritaria.
- Lectura de textos, los miércoles y viernes, en reuniones colectivas, enfatizando el intercambio de conocimientos, información sobre la realidad actual o simplemente con el objetivo de ubicarse en tiempo y espacio en relación a su mundo exterior.

Todas las actividades colectivas desarrolladas, se encuentran coordinadas por un integrante del plantel y lo expresado en cada una de ellas queda registrado en un libro de actas por intermedio de un secretario designado por y entre los propios compañeros. Luego de las asambleas, comienzan las actividades de los *grupos terapéuticos cuyo objetivo es la recuperación clínica y la reintegración del paciente al medio social*. Los grupos mantienen un funcionamiento diario (5 veces por semana) durante un período de 60' a 75' con un máximo de 12 pacientes cada uno. La coordinación de estos grupos se encuentra a cargo de una pareja mixta de profesionales, uno médico y el otro psicólogo. Se utiliza el binomio como medio para facilitar y disminuir las elevadas ansiedades que la tarea genera.

Cada grupo terapéutico se constituye como un sistema abierto, está conformado por miembros que han ingresado y egresado en distintos tiempos terapéuticos. La conformación de los grupos conlleva los siguientes criterios:

- Los pacientes se agrupan según el tipo de trastorno y severidad del mismo.
- Al servicio ingresan pacientes de ambos sexos por lo cual los grupos son mixtos. (Esta conjunción permite la expresión de procesos identificatorios.)
- La edad, tomando como promedio 23 años, (siendo los extremos habituales 18 y 65 años) favorece junto al estado civil, las proyecciones e identificaciones parentales.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

La modalidad operativa de los terapeutas contiene una variedad de recursos relacionados con las necesidades peculiares de cada paciente y con las circunstancias propias derivadas del funcionamiento grupal y colectivo.

El privilegio otorgado a lo interaccional, no descarta la alternativa de realizar terapia individual, pero esta será posible cuando se produzca alguna razón que lo justifique.

Durante la tarde, los pacientes participan de musicoterapia, laborterapia, recreación, arte, deporte y talleres protegidos.

También, el dispositivo del Hospital de Día, cuenta con un equipo de terapeutas que tienen a su cargo la atención de aquellos emergentes familiares detectados en los grupos terapéuticos o en las asambleas multifamiliares. Estas asambleas se realizan con una frecuencia mensual, participando en ellas, todos los pacientes con sus respectivas familias y la totalidad del equipo multidisciplinario, cuyos objetivos son:

- a. La interacción colectiva entre familiares y pacientes, que permite canalizar y amortiguar la carga de temores y prejuicio que genera la patología mental.
- b. Promover nuevos enfoques acerca de los conflictos intrafamiliares presentes y buscar nuevas formas de resolver dichos conflictos.
- c. Detectar patologías familiares (fines preventivos).

El equipo de asistentes sociales junto con los terapeutas de cabecera, buscarán mantener un fluido contacto con el entorno del paciente, previniendo y facilitando las condiciones que hagan posible la continuidad del tratamiento o que permitan activar la difícil reinserción social.

Cuando se define el “alta médica”, se le avisa al paciente con un margen de tiempo que le permita junto a sus compañeros de grupo, ir elaborando las resistencias que se originan al concluir su tratamiento, pues el alta implica la difícil situación de pérdida respecto de su asistencia al Hospital de Día y su reinserción social. Se evalúa este alejamiento del grupo como un valor más equivalente al restablecimiento de la salud y la recuperación de la autonomía. Este logro se retribuye con una fiesta compartida con la

comunidad, organizada por la Comisión de Recepción y Festejo en cuya preparación todos participan.

En apoyo de esta situación se han creado *grupos terapéuticos de consulta externa* a los que asisten los pacientes, una vez otorgada el alta médica. El objetivo general se sitúa en actuar como continentes del recién egresado, logrando con ello la permanencia de los factores curativos ya adquiridos y sostenerlos en su renovada vida de relación.

En el Pabellón Central del tercer piso, se atienden pacientes con trastornos de la alimentación, quines son incluidos en el régimen de Hospital de Día. El Hospital Borda se encuentra en la ciudad de Buenos Aires.

▪ **CENTRO MÉDICO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR “SANTA ANA”**

La Institución fue creada a fines del año 1982 en respuesta a la demanda del Plan de Salud Mental del PAMI que proponía como modalidad de atención el Hospital de Día.

Actualmente este Centro Médico cuenta con las áreas de Consultorios Externos y de Hospital de Día. En consultorios externos se ofrecen los servicios de psiquiatría y de psicoterapia individual, grupal y familiar. La atención está destinada solamente a pacientes ambulatorios.

Quienes concurren al Hospital de Día son adultos de sesenta años de edad promedio. En esta modalidad no se admiten pacientes que padezcan oligofrenia profunda ni conductas agresivas. La Entrevista de Admisión al Hospital de Día esta a cargo de una psicóloga, quien indica los días en que el paciente debe concurrir a la Institución, teniendo en cuenta las necesidades del individuo.

Las distintas actividades con las que cuenta el Hospital de Día en esta Institución son similares a las que se realizan en otras. Estas son: psicoterapia grupal, musicoterapia, Terapia Ocupacional, expresión corporal y psicomotricidad. Dentro de la terapia Ocupacional se llevan a cabo gran variedad de talleres. Algunos de estos talleres son: confección de velas, papel reciclado, distintos tipos de artesanías, visitas guiadas, festejos de diversa índole como del día de la primavera, etc.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

SOBRE LA POSTMODERNIDAD

1.1 MALESTAR EN LA CULTURA

Ya planteaba Freud, en 1930, que el malestar era intrínseco a la cultura misma, cuando escribió “El Malestar en la Cultura”. No hay época que no produzca su propio sufrimiento. Tanto la falta, como el deseo y el malestar, se acompañan mutuamente.

M. Rojas y S. Sternbach en “Entre dos Siglos” (1997, p.17), toman estas ideas y afirman que “cada época genera formas específicas de malestar correlativas, seguramente, a las problemáticas que le son inherentes”

Existen momentos en que el malestar ineludible, es reforzado por otros malestares que son productos de una cultura específica, como por ejemplo los regímenes totalitarios, la pobreza, la marginación, etc. lo cual excedería los niveles de malestar planteados por Freud.

Siguiendo a las autoras citadas: “Así, en el actual contexto sociotemporal, las configuraciones que el malestar adopta indican, a la vez, el perfil de las nuevas discursividades culturales y las formas de sujeción que las mismas presuponen”. (p.18)

Las determinaciones históricas tienden a quedar encubiertas, y los postulados vigentes aparecen en cada época como la *realidad misma*. Por ejemplo, el tabú del incesto supone la existencia de una regla: existen mujeres prohibidas y permitidas. Pero cada cultura designa qué mujeres son ubicadas en cada una de esas categorías. En la nuestra, la prohibición afecta a las mujeres más cercanas: madre, hija, hermana. “...cada sujeto, contiene, en su historicidad, el entrecruzamiento de determinaciones diacrónicas y sincrónicas. Condensa, por un lado, la sincronía de las determinaciones actuales y por otro, a través de la identificación, registra la presencia aquí y ahora de una herencia cultural simbólico-imaginaria transmitida por las generaciones.” (Rojas & Sternbach, 1997, p.21)

1.2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR POSTMODERNIDAD?

Es necesario definir a qué se va a llamar Postmodernidad, ya que existen diferentes puntos de vista.

A finales de la década del cincuenta, comenzó la crisis de la Modernidad. Se produjeron cambios en diferentes ámbitos: económico, científico, artístico, filosófico y social. Fue la década del sesenta la que marco la culminación de la etapa, con su revolución sexual y su propio movimiento ideológico y cultural. Muchos autores ubicaron el nacimiento propiamente dicho de la Postmodernidad en la década de los ochenta.

La Modernidad fue la época de la *razón*, del culto por lo nuevo, del enfoque progresivo de la historia, de las grandes utopías. Pero comenzó su crisis al no poder dar cuenta de fuertes *fenómenos irracionales* generados en la sociedad, como por ejemplo la Segunda Guerra Mundial. El hombre moderno perdió quizás a Dios, pero profesó una fe enorme en el ser humano mismo. De a poco esa fe se fue perdiendo, y comenzó a caer la imagen idealizada del hombre racional. Al mismo tiempo la Ciencia y la Revolución parecían incapaces de saciar expectativas previas, y su crisis comenzó a dar lugar a la Postmodernidad. Así, La Verdad, comenzaba a relativizarse, no había certidumbres. Las verdades y las respuestas empezaron a pensarse como: múltiples e infinitas. Autores como Lyotard se refieren a esto como “la ruptura de las verdades totalizadoras”. (Rojas y Sternbach, 1997, p.36)

Si se piensa en las diferencias entre el hombre del medievo, el moderno y el postmoderno, se encuentra que el sentido de la vida para el primero, estaba en el mas allá. Para el segundo en la vida misma, dotada de un carácter prospectivo. En cambio, el tercero y actual, descreo del porvenir y del sentido proyectual. Solo vive el presente. El futuro es hoy, y no supone progreso respecto del pasado. No hay memoria del pasado ni deseo de un después. “...el hombre prototípico de la época, hace de su ego un dios, encarnado en un cuerpo considerado soporte central de la propia identidad.” (Rojas & Sternbach, 1997, p.40) Los ideales a los que aspira son cortoplacistas, que se ligan al universo del consumo.

La irrupción mediática ha transformado las nociones de tiempo tradicionales. La secuencia: el antes y el después, se ve trastocada. La idea de lo inmediato, de lo instantáneo, de la información “en tiempo real”, como afirman Ferrari y Zac de Filc (2002), invaden el tiempo de la espera, que es nada mas y nada menos que el tiempo de la reflexión. “El videoclip sustituye a la película; ya “no hay tiempo”, hay que “matar el tiempo”, al mismo tiempo que se alarga el tiempo de la vida y del ocio, el tiempo del desempleo y el tiempo del aburrimiento. La conversación es reemplazada por el correo electrónico (con sus virus como metáfora de lo que infecta y perturba nuestras posibilidades comunicativas).” (Ferrari & Zac de Filc., 2002, p.22) Ahora bien, analizando esto, los autores, llegan a la siguiente conclusión: “No nos sirve lamentar que no hay más tiempo, tendremos que hallar modos creativos de aprovechar el tiempo “que hay” y buscar su expansión.”

Por todo esto, la Postmodernidad se caracteriza por la crisis de valores y de los conocimientos y saberes que sustentaban la vida. Esto conforma el “espíritu de época”. Además, otra de las características claves se refiere a cambios a nivel económico, ligándose estos a los diferentes estatutos que adquiere el saber en el modelo capitalista. Las empresas multinacionales generan nuevas formas de circulación de capitales, a la vez que ejercen modificaciones en la naturaleza del saber. La tecnología informacional y telemática adquiere una gran importancia como factor de poder y como instrumento de decisiones a nivel internacional, así se convierte en mercancía informacional indispensable.

1.3. ¿LA FELICIDAD A TRAVES DEL CONSUMO?

Cuando se habla de consumismo, se hace referencia a éste como LOGICA REGULADORA DE LO SOCIAL, independientemente de la posibilidad de acceso a los bienes en circulación.

El ser humano, en todos los tiempos, ha buscado, mediante diferentes medios La Felicidad. La sociedad actual le propone un *modelo incorporativo* para su obtención. Este modelo es de transmisión precoz. Esto quiere decir, desde los comienzos de la vida misma. Por el desvalimiento inicial con el que llega al mundo el bebé, genera una estrecha dependencia con los otros (principalmente con la madre). Es así que queda sujeto a

múltiples determinaciones, *relacionadas tanto con la constelación deseante familiar como con el código social*. “La impronta del consumo es hoy central en la transmisión del código social, siendo incorporado por lo tanto tan tempranamente que pasa a formar parte de la trama identificatoria inicial.” (Rojas & Sternbach., 1997, p.42)

Mediante la importancia que adquieren los medios de comunicación en esta lógica del consumo, se observa como existe un llenado anticipatorio complementario de la oferta de sentido familiar. (Téngase presente la gran cantidad de imágenes televisivas, entretenimientos y juguetes sofisticados.) Es que el niño, tiene un gran poder adquisitivo, y el consenso social promueve en los padres la convicción de que la felicidad de sus hijos esta estrechamente ligada al consumo que puedan proveerles.

Trasladándose mas específicamente al campo de la constitución subjetiva, se puede observar como la oferta precede a la demanda. Existe una exacerbación de la oferta, en la cual, tanto el objeto novedoso como las imágenes visuales, duplican o triplican el aporte de significaciones que provee el medio familiar. Profundizando un poco más, ésta oferta anticipatoria y *permanente*, rompe con la discontinuidad de los comienzos (presencia-ausencia) que es la condición necesaria para el advenimiento de lo simbólico.

Un fenómeno muy característico de los niños y adolescentes de hoy es el aburrimiento. Que podría ser, según algunos autores, un equivalente encubridor de la angustia en los momentos en que el ofrecimiento continuo se interrumpe.

Rojas y Sternbach se preguntan si esta descripción no se relaciona íntimamente con la problemática tan característica de esta época: las adicciones. “Desde esta perspectiva, la adicción como fenómeno masivo muestra una elevada correlación con la promesa social de saciar lo imposible a partir de la hipersaturación.” (p.44) ¿Qué sería lo que quiere saciar el Consumo?

El psicoanálisis no reconoce al sujeto humano como mero sujeto de necesidad. Sino que la condición humana supone el *intento permanente y fallido a la vez de saciar lo insaciable*. Por esto el deseo se haya tan ligado a la angustia, además de ser motor de búsqueda y creación; ya que éste confronta siempre con la falta. La castración, que remite a una falta imposible de saturar, supone el campo donde la angustia-deseo se despliega.

En lo social, también se plantea esta cuestión. El deseo imposible de satisfacer. Y se vuelve al “Malestar en la Cultura” de Freud. En esta época, en la Postmodernidad, el

Consumismo, supone una de las tantas estrategias para paliar un malestar ineludible, que nunca alcanzará una satisfacción plena. Es decir: HOY, LA ESTRATEGIA, ES EL CONSUMISMO. Caracterizado por su fugacidad. Aparecen así una serie de objetos-metas, que generan por un momento la ilusión de satisfacción, pero que luego ceden el paso a una nueva insistencia deseante. De esa manera estos objetos-metas se constituyen en hitos de un recorrido incesante.

Ahora, si bien las discursividades sociales propias de cada época, atraviesan las subjetividades y las conforman, la construcción subjetiva es altamente compleja, y nunca debe ser explicada como una mera réplica de lo que la sociedad ofrece. Con esto se quiere decir, que aún en la era del Consumo generalizado, las modalidades e intensidades de éste serán diferentes en cada sujeto.

Si se considera que en muchos casos la demanda se sobrepone al deseo singular, “...el sujeto, más que elegir resulta elegido, y más que desear responde a la demanda social”. “Señuelo y tapón, como hemos sugerido, del deseo, esta lógica opcional y flexible permite ilusionar una libre elección, disimulando sus imperativos básicos.” (Rojas y Sternbach. 1997, p.47)

Sería incorrecto desconocer que ningún sujeto escapa al tiempo en el que vive. *Pero en cualquier época habrá quienes queden incondicionalmente adheridos al ideario cultural, y quienes puedan posicionarse de una manera crítica frente al contexto, abriendo la posibilidad de singularización.*

1.4. NUEVAS MODALIDADES VINCULARES

Al igual que las subjetividades se articulan con la historia y sus determinantes; las configuraciones vinculares responden al espíritu de la época. Se constituyen acordes a valores, ideales y significaciones culturales predominantes.

El grupo familiar actúa de intermediario entre el niño y el macrocontexto social en los primeros momentos de la vida, acotando la oferta cultural, seleccionando sectores de la realidad que transmite a los descendientes a modo de propuesta fundamental. Es decir, se

habla de un niño constituido y entramado en las redes socioculturales a través de la pertenencia a un grupo social particular. De esta manera, el entorno sociocultural posee funciones de sostén narcisista e identificadorio, al modo de las adjudicadas al grupo parental; y espera de cada sujeto el cumplimiento de las expectativas de continuidad.

La pertenencia del niño a este grupo social, lo cual supone ser considerado sostén de un discurso, es de suma importancia. Le permite al aparato psíquico, una apoyatura fundante, una verdad inicial, que sostiene el ingreso del sujeto a la historicidad. También genera la vivencia de ser amado y reconocido, de ocupar un lugar. Por todo esto, al hablar del niño, se puede hacer referencia a un “sujeto vincular”, en tanto constituido a partir de un vínculo primordial, cuya marca instituye el deseo y el irreversible pasaje de lo instintivo a lo pulsional, ingreso a la cultura. Marca inicial que lo condena de por vida a la investidura y al vínculo.

En los primeros momentos de la vida de un niño, se puede decir que madre e hijo constituyen una célula inseparable. Luego la operación diferenciadora y singularizante de la separación, confronta al niño con la *falta*. Por esto, durante el resto de su vida tratará ilusoriamente de recuperar esta completud perdida. Al mismo tiempo, la angustia ligada al desamparo inicial constituye el prototipo de toda angustia posterior. Con lo dicho anteriormente se vuelve a los términos mencionados al principio del capítulo: falta, deseo y angustia.

En resumen, el campo psíquico se va construyendo a partir de la metabolización de la propuesta *familiar y social*. Es decir, que las explicaciones causales, lineales no pueden dar cuenta de la complejidad de la constitución subjetiva.

1.4.a. La familia actual

Rojas y Sternbach plantean en su libro, que muchas familias consultan por la desorientación de sus hijos adolescentes, y las dificultades de estos para insertarse en el mundo, postergando por ello el ingreso a la adultez. A partir de esto se preguntan “¿Cómo elegir en un mundo que no toma en cuenta el mañana?”, “¿Ofrece acaso nuestro medio, marcado por los ajustes propios del neoliberalismo, oportunidades claras de inserción en el mundo productivo?” (p.89)

Los padres, no encuentran respuestas para orientar a sus hijos, ya que en el caso de muchos de ellos, sus propias creencias y valores han entrado en crisis. Y la historia perdió el sentido que obtenía de la idea del progreso, hacia un mundo mejor.

Como se mencionó anteriormente, la familia juega un papel fundamental en la transmisión. Esta transmisión podrá ser discurso de vida, si se abre a la resignificación simbolizante, pero se vuelve mortífera cuando conforma un discurso totalizador, sin fisuras. Es en las fallas de la transmisión donde se abre el espacio a la creatividad. Si no fuera así, se hablaría de la repetición de lo igual. La fisura, por lo tanto, permite la apertura de un espacio para la creación en cada generación. Son los aparatos psíquicos receptores, los que tienen o no, la posibilidad de transcribir la historia transmitida, y de esta manera singularizarla.

Es a partir de la apropiación de las raíces transmitidas, ejes de la identidad, que el sujeto semantiza y enfrenta lo nuevo. Pero, en la época actual, de cambios bruscos y permanentes, se exceden a veces las posibilidades inmediatas de semantización. Por esto, el sostén cultural se puede ver afectado, ya que esta discontinuidad en vez de pertenencia e identificación, puede generar desconocimiento y desvalimiento. La transmisión puede resultar poco adecuada en un contexto que con mucha rapidez deviene otro.

Volviendo a las características de la familia postmoderna, es notorio su tendencia a la *individualidad*. Ya en la Modernidad la tendencia era conformar una familia conyugal aislada de las otras y de la familia amplia. Luego la tendencia se fue fortaleciendo. Esta propone como ideal a un sujeto tempranamente desligado del grupo nuclear y aun a veces de todo vínculo estable.

“Los medios, la consulta clínica y la vida cotidiana dibujan hoy una nueva escena familiar. Imaginémonos ingresando por la noche, sin ser vistos, a la vivienda de una familia argentina correspondiente a grupos sociales medios, ¿encontraremos quizás, una familia rodeando el televisor, como era ya habitual en los últimos treinta años? ¿O tal vez debemos recorrer las distintas habitaciones para visualizar a los habitantes? Probablemente, papá anuda relaciones comerciales telefónicas desde un sillón del living, mientras mamá ve televisión en su dormitorio, la hija mayor escucha música en su habitación y el más pequeño se instala frente a la computadora. De este modo cada miembro de la familia

parece conectarse con una realidad que, al excluir a los otros, atenúa la dimensión de lo compartible, acentuando la diversificación de las significaciones singulares. Si hay en la casa dos o más televisores o varios equipos musicales, como es frecuente cuando el poder adquisitivo lo permite, cada miembro de la familia elige su propio espectáculo y el conjunto se diluye, convertido en una suma de individualidades que buscan no rescindir jamás la propia elección en función del lazo grupal.” (Rojas & Sternbach, 1997, p.94)

Los nuevos matrimonios originan grupos familiares integrados por la nueva pareja, los hijos del matrimonio anterior y los de la pareja actual. Muchas son las denominaciones con las que algunos autores designan a estas familias: ensambladas, reconstituidas, ampliadas, expandidas, etc. Pero la cultura, todavía no las ha podido definir con claridad, no las ha podido significar. Esta falta de denominación da cuenta de un momento de cambio, en el que todavía no se han definido afectos y actitudes esperables, como lo prohibido y lo prescripto para cada uno de esos vínculos.

A la vez, por un lado, la mujer inviste el mundo no familiar y por el otro la autoridad paterna se ve debilitada en muchos casos. El hijo, que era el proyecto vital de la pareja por excelencia, parece ya no serlo. En esta época individualista, la parentalidad implica renunciaciones en las libertades individuales, que no parecen ser aceptadas tan fácilmente.

Para las autoras citadas anteriormente, son estos cambios en las configuraciones familiares los que dan lugar a novedosas cuestiones; y no precisamente los casos de falta de narcisización inicial que conducen al bebé a la muerte o al autismo, reconocidos por el psicoanálisis.

En síntesis, hasta aquí, se puede decir que existen nuevas configuraciones familiares, que generan diferentes modalidades vinculares, promovidas por las discursividades actuales. Estas están basadas en: nuevas concepciones acerca del proyecto vital de la pareja, cierta devaluación del hijo como promesa de trascendencia, una tendencia a la separación prematura de los hijos y sus padres, y finalmente el retiro libidinal parcial que el hombre y en especial la mujer han realizado respecto del lazo familiar. Todo lo cual supone nuevas problemáticas, patologías “de déficit”, relacionadas con fisuras en la trama endogámica inicial.

Muchas veces las funciones parentales llegan a atenuarse hasta tal punto, que se desdibujan los límites entre los sistemas, conformando vínculos simétricos y fraternizados. Lo cual deja a los hijos sin contención, respuestas ni límites. Se conforma así un clan, sin clara discriminación de funciones.

En relación con esto, y como se venía haciendo referencia, se estimula a los niños a la independencia temprana, muchas veces no acorde a la edad. Así, el hijo de la Postmodernidad, se caracteriza por: rebeldía, agresión, competitividad, trasgresión. La falta de autoridad paterna lo convierte a su vez en “inmanejable”. Hijo, por un lado idealizado, al que se le atribuye un poder y saber que exceden las posibilidades del mismo. Y por otro, temido, que deviene tiránico e hiperdesarrollado a la vez que falo de sostén e identidad.

Debilitado así el lazo familiar, los hijos pueden convertirse en esclavos: del mandato social emitido a través de los medios de comunicación, de las drogas y del alcohol, entre otros, y recubiertos por la ilusión de una libre determinación. La familia declina funciones que otras instituciones no pueden asumir, lo cual colabora a la falta de sostén y orientación de los jóvenes propia de esta época.

En otros casos, se observa no ya una desprotección, sino por el contrario una sobreprotección, tan nociva como la primera. La sobreprotección supone un adelantarse a las demandas infantiles, a través de la sobreoferta de objetos, como se hizo mención anteriormente. Condenado a una satisfacción si frustraciones, el niño se vuelve pasivo, y se ve destinado a ocupar permanentemente *el lugar de la demanda, sin tener la posibilidad de desear*. Las características entonces son: la abulia, el aburrimiento, la apatía, la falta de iniciativa (características de la lógica del consumo) Un aspecto de gran importancia, tiene que ver con que esto sienta las bases para la subcultura de la ADICCION, ligada a la *intolerancia a la espera y a una pretensión de saturación absoluta de la falta a través de los objetos*. Un tipo de adicción, a la que se hará referencia mas adelante, es la Anorexia Nerviosa. Esta puede ser pensada como una manera de diferenciación respecto de una madre que se anticipa a la formulación de la demanda y obtura el deseo a través de la permanente satisfacción de la necesidad.

Con todo lo dicho, es importante recalcar que el envío precoz del niño a la cultura, cuando ha habido un déficit de narcisización importante, no facilita la elaboración psíquica del pasaje de la endogamia a la exogamia, correlativa a la simbolización de la castración. Una salida apoyada en carencias libidinales, lejos de operar en la subjetivación, podría producir vacíos en zonas importantes del psiquismo. Así, la variedad y libertad de las opciones, que están siempre determinadas por tramas complejas, cuando no hay bases de sustentación que den zócalo a las opciones, puede aparecer en las conductas manifiestas las características citadas anteriormente de desorientación, falta de iniciativa, etc.

Si los padres, no promueven la semantización de la gran cantidad de estímulos que provenientes del contexto, estos pueden funcionar a la manera de trauma, generando una forma de violencia que amenaza las barreras de la represión. Así, lo que en la psique permanece por fuera de la cadena de significantes, puede emerger bajo la forma de *acción violenta o palabra desprovista de simbolización*.

Por último, Rojas y Sternbach plantean que al igual que el malestar en la cultura, existe el malestar en la familia, y que éste es intrínseco a la estructura misma. Esto quiere decir que, como la familia se organiza alrededor de una prohibición: el tabú del incesto, que tiene que ver con una marca constitutiva que la separa del goce imposible, esta destinada al orden del deseo imposible de satisfacer. A la insatisfacción. Este malestar, asume diversas apariencias en diferentes épocas y lugares.

CAPITULO 2

LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, EN EL NUEVO CONTEXTO SOCIOCULTURAL

2.1. DEL MODELO DE ATENCION PSIQUIATRICA AL DE SALUD MENTAL

El término Salud Mental, surgió y se difundió por todo el mundo, hace más de cuarenta años, como una propuesta alternativa al modelo de atención psiquiátrica. Si bien no se constituye como un modelo en sí, pretende incorporar y reconocer como propios de su campo una variedad de sistemas diferentes para la atención del sufrimiento psíquico, a la vez que dispensar cuidados y difundir valores de salud mental.

El modelo tradicional de la atención psiquiátrica se centra en la asistencia del enfermo. Salud Mental, propone en cambio, una nueva forma de comprender el *sufrimiento mental*, promover *nuevas y diversas prácticas* de intervención sobre el mismo, redefinir las relaciones de *poder y saber* entre cuidadores y pacientes, lograr la *participación activa* de los individuos en los procesos de atención, apuntando a la creación de un imaginario social alternativo al de la enfermedad y basado en la comprensión de valores de salud y participación plena de los sujetos, sus familias y la comunidad en el proceso salud-enfermedad-atención.

El modelo de atención psiquiátrica, que fue hegemónico en el mundo occidental hasta los años cincuenta del siglo pasado, es relativamente simple. La enfermedad mental, sostenida por el imaginario social, es definida desde la medicina. Los individuos, por esto, significan y valoran sus sufrimientos y alteraciones psíquicas como enfermedad, e igual que para otras enfermedades, consultan al médico especialista, en este caso el psiquiatra.

Dentro de este imaginario médico de la enfermedad, el modelo de atención se basa en dos instancias: el consultorio médico psiquiátrico y la internación. El consultorio, para la atención diagnóstica y la indicación terapéutica; y hospitales (en general monovalentes), asilares o colonias para la internación. De esta manera, todo el problema de la atención del

sufrimiento mental ha circulado por esas dos instancias de decisión médica psiquiátrica. De esta manera, el sujeto, inmerso en este imaginario social, es receptor pasivo de las prescripciones médicas.

La perspectiva de la Salud Mental, propone oponer a la idea médica de “*enfermedad mental*” las de “sufrimiento mental” o “*padecimiento mental*”. Esta perspectiva es compleja. Dicha complejidad parte del reconocimiento de la complejidad de los problemas que trata de abordar. En este contexto la OMS define a la Salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad.

En el campo de la Salud Mental, Emiliano Galende (Ferrari y Zac de Filc, 2002) plantea que participan tres tipos de actores, los individuos, los profesionales y las instituciones.

Los individuos, es decir los demandantes, son considerados *partícipes activos* del proceso salud-enfermedad-atención. Es por ello, que los significados y valores que le atribuyen a sus enfermedades son de gran importancia. Este saber, del individuo y de su familia, interviene en las decisiones que se toman para la atención, articulándose con los conocimientos especializados de los profesionales de la salud. Esto requiere una *relación horizontal* de poder entre ambos. Una de las formas de esta participación activa de los demandantes, es la Recomendación de Naciones Unidas sobre Derechos de los pacientes psiquiátricos y acerca del consentimiento informado para el tratamiento, que está siendo adoptada por casi todos los países.

Con respecto a los profesionales, se trata de profesionales de distintas disciplinas, incluidos los médicos, pero no ya con la hegemonía de la medicina. Esto, debido a la complejidad de los problemas a tratar: sociales, antropológicos, médicos, institucionales, psíquicos, familiares, laborales, etc.

En tercer lugar, las instituciones. Si bien los consultorios y los hospitales, perduran y lo seguirán haciendo, ya no constituyen el eje de la atención. Los gobiernos, están abocados a la creación de servicios diferentes, acordes los nuevos valores de la Salud Mental (siguiendo las recomendaciones de la O.M.S., declaración de Caracas, etc.) Estos servicios se asientan en tres criterios: *la integración*, de la atención del sufrimiento mental en los cuidados generales de la salud. *La integralidad*, la cual supone que los cuidados que se

presten deben abarcar a la totalidad de los problemas de sufrimiento mental que deben atenderse. Y por último, la *territorialidad*, que implica que los servicios deben cubrir un territorio geográfico definido y que los caracteres culturales y sociales de su población deben reflejarse en los cuidados que se brindan.

La internación psiquiátrica, simplificaba la complejidad de los problemas: internando al paciente, aislado de la familia y la comunidad; todo se resolvía, artificialmente. El conflicto o la violencia familiar, el desamparo social, el desempleo, las dificultades para la integración social, etc. desaparecían como problemas junto con el secuestro físico del enfermo.

Ahora, los servicios deben contar con recursos para el cuidado en domicilio de los pacientes, capacidad para intervenir en las escuelas, en los juzgados, recursos profesionales para las estrategias comunitarias, etc. La atención psiquiátrica en base a los psicofármacos y psicoterapias, forma parte de los recursos, pero dentro de un contexto más amplio e integral.

En el actual contexto socioeconómico, se han producido importantes cambios, como se hizo mención en el capítulo anterior. Por esto, se han generado, *dos núcleos especiales de fragilización de la vida psíquica*, que son los sectores de donde provienen prioritariamente los individuos que demandan atención. Estos dos núcleos son: *la precarización del empleo*, con lo cual se refiere a la desocupación y la exclusión social, que trastoca no solo las condiciones materiales sino también la identidad social, la estabilidad emocional, y las relaciones con los otros. Todo lo cual produce manifestaciones sintomáticas como depresión y ansiedad. Y el otro núcleo, al que el autor hace referencia es *la vida emocional*. Los divorcios, las dificultades de pareja, la pérdida de vínculos familiares o la mengua de sus valores, la disminución de los lugares vecinales o comunitarios de tramitación de duelos y conflictos, está llevando a muchos individuos a pedir ayuda a los servicios de salud mental. “Lo que podríamos denominar la patología proveniente de estos sectores de la población es notablemente similar en los distintos ámbitos de atención, privados o públicos, ya que no respeta estrictamente sectores sociales o niveles de ingreso. Mientras la patología mental severa se ha mantenido relativamente estable y se beneficia de los nuevos psicofármacos y de las nuevas modalidades de

atención, esta nueva patología acompaña sus sufrimientos con su delicada situación social y económica” (Ferrari y Zac de Filc, 2002, p.78)

Frente a este panorama, se está motivando un reordenamiento de las prácticas en salud mental, ya que no solo debe atender el incremento notorio de las demandas, sino que presiona para dar lugar a exigencias de eficacia, rapidez, resolución sintomática y atención a bajo costo. Debido a esta presión, *aumenta la difusión del psicofármaco para todos los síntomas*. Esto produce el fortalecimiento del modelo médico psiquiátrico.

Cuando los valores de Salud Mental parecen ir imponiéndose en todo el mundo, la crisis social, económica y emocional, parecen estar dando lugar al refloreamiento de los criterios médicos positivistas de atención del sufrimiento.

2.2 MODELOS EN SALUD MENTAL

La Organización Panamericana de la Salud, advierte que gran parte de la carga de las enfermedades mentales es relativamente invisible en los sistemas contables sanitarios. Esto se debe a que no contribuyen al aumento de la tasa de mortalidad. En consecuencia, esas tasas *no reflejan el sufrimiento y el daño que estas enfermedades causan*. Incluso, todavía se discute si las “enfermedades mentales” son “realmente enfermedades” a las que se le pueden aplicar las definiciones, diagnóstico, evaluación, tratamiento e investigación, aplicadas a otras categorías médicas.

Existe, según María Inés Torres (Ferrari y Zac de Filc, 2002), una creencia generalizada de que no hay tratamientos efectivos para las enfermedades mentales, lo cual ha favorecido su descuido por la comunidad internacional. Generalmente se piensa que los enfermos mentales nunca se recuperan lo suficiente, que son impredecibles e inestables y que pueden ser peligrosos. Esto produce estigmatización, que les limita el acceso al mundo laboral aunque estén capacitados.

La OMS indica que las incidencias de enfermedades depresivas aumentan con la edad, por lo cual estima que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de la carga de enfermedades, y esto va a tener un peso fuerte en la sociedad.

En la Argentina, los datos referentes al campo de la Salud Mental no son adecuadamente registrados por las estadísticas sanitarias. Esto se debe, en parte, a que *se*

pone el acento en la mortalidad y no en la morbilidad y discapacidad. Un ejemplo claro de esto: algunas muertes suelen ser atribuidas a una insuficiencia hepática, a pesar de que las causas primarias tienen que ver con el alcoholismo. Y otras que son consideradas producto de un suicidio, en realidad están íntimamente relacionadas con depresiones, fármacodependencia, entre otras. En nuestro país, al no haber suficientes indicadores de Salud Mental, es difícil trabajar desde lo intersectorial e interdisciplinario, solo hay algunos indicadores sectoriales, pero dan una visión sectorializada de este campo; lo cual no facilita la concertación y construcción de opciones alternativas de los Modelos en Salud Mental.

Con base a lo descrito anteriormente, se pueden pensar en la necesidad de Modelos en Salud Mental teniendo en cuenta una serie de cuestiones.

Primero, que las necesidades de la población, en materia de Salud Mental, son de magnitud creciente. Segundo, que existen diversos fenómenos que tienen un impacto importante sobre la Salud Mental de los individuos y de la población en general; y que no constituyen, estrictamente, “enfermedades mentales”. Tercero, que los costos humanos y económicos, producidos por las “enfermedades mentales” son altísimos.

Además, que la Salud Mental, representa *uno de los últimos recursos para mejorar la condición humana*. También, que la Salud Mental, en tanto intersectorial e interdisciplinaria, excede operativa y conceptualmente el campo de la salud; aunque siga teniendo una fuerte inserción en él, especialmente en el campo de la atención médica.

Y finalmente, que se ocupa de las problemáticas de la salud y la “enfermedad mental”, el estudio de las necesidades y los recursos para satisfacerlos; la utilización, evaluación y desarrollo de las instituciones y las personas, como así también de la organización y la planificación de los servicios en los diferentes niveles del sistema de salud.

2.3 LOS OBJETIVOS DE LA SALUD MENTAL

2.3.a. La promoción de la Salud Mental

Implica las políticas sociales que buscan mejorar la calidad de vida.

Esto en las comunidades, familias e individuos y reforzar la interacción entre salud y desarrollo humano que la engloba.

2.3.b. La prevención en Salud Mental

Comprende las medidas que buscan impedir o disminuir la frecuencia de la aparición de algunas enfermedades, dolencias y/u otros problemas de Salud Mental.

También puede abarcar actividades o estrategias dirigidas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez que se ha establecido.

Además, comprende la prevención de la atención inadecuada a los problemas de Salud Mental de poblaciones especialmente vulnerables, como niños, embarazadas, adolescentes, sujetos o poblaciones marginados, etc.

2.3.c. El tratamiento de los Enfermos Mentales

Este busca atenuar o interrumpir los efectos de la patología, mediante la detección temprana y la atención oportuna y adecuada, y debe tener en cuenta las diferentes categorías de problemas, reduciendo la ocurrencia de recaídas, estados crónicos o deterioro progresivo.

El tratamiento debe ofrecer atención: descentralizada, oportuna, adecuada, continua, comunitaria, domiciliaria, integral y preventiva.

Estratégicamente, *la población debe ser atendida en su propia comunidad, utilizando sus propios recursos y conservando los vínculos familiares y sociales.* A la vez, el tratamiento debe estar organizado en redes, de complejidad creciente, que al mismo tiempo articulen: la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la Salud Mental.

En este marco debe propiciar las internaciones psiquiátricas breves en los hospitales generales y/o internaciones domiciliarias, *desmitificando paulatinamente la problemática de la enfermedad mental, centrada en la peligrosidad, el encierro y el “depósito” de los enfermos en grandes o pequeñas instituciones.*

2.3.d. La Rehabilitación de los Enfermos Mentales

Debe garantizar, por un lado, la accesibilidad al tratamiento psicoterapéutico, y por el otro al psicofarmacológico para los enfermos que según criterio médico, lo necesiten.

La rehabilitación psicosocial busca restablecer el valor social de la persona: Se deberá realizar a un nivel sectorial, intersectorial e interdisciplinario y tiene como ejes los aspectos individuales, familiares, laborales, educativos y habitacionales.

2.4 LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

“Por la mañana el enfermo tiene que levantarse a una hora determinada. No puede levantarse cuando quiere, no puede dejar la cama cuando él quiere. Luego debe tomar fármacos, píldoras cuando los enfermeros se los suministran. Enseguida debe ir a la sala de estar cuando el enfermero lo indica; aun para ir al baño tiene una hora señalada de antemano. Y las diarreas siempre son abundantes, motivo por el cual muchos enfermos se ensucian, “se hacen encima” como se dice. Entonces se les etiqueta como “sucios”, “el sucio” que es un nuevo tipo de nosografía psiquiátrica. Si el enfermo protesta se le ata.

Luego viene la hora de la comida. El enfermo abre la puerta y ya está todo servido, los enfermos deben comer muy rápidamente, a continuación, vuelven a la sala de estar. Esperan la noche, y la noche siempre llega muy temprano, porque los enfermeros deben irse y el médico no está, ya regresó a su consultorio privado para atender sus consultas. Mas tarde a las cinco, es la hora de acostarse; entonces se llena a los enfermos de fármacos, de barbitúricos, porque tienen que dormir, porque nadie debe molestar la calma del manicomio, la calma del pabellón. Este es el día típico del enfermo internado” (Basaglia y Langer, 2001, p.18)

Franco Basaglia (1924-1980) fue un psiquiatra italiano. Estudió medicina en la Universidad de Padua y en 1961 fue nombrado director del hospital psiquiátrico de Gorizia, donde comenzó una serie de reformas para cambiar el tradicional manicomio por una institución de régimen abierto que permitiera a los pacientes insertarse en la sociedad. (esto será retomado mas adelante).

Al leer sus escritos se encontró una postura crítica e interesante a cerca de las instituciones psiquiátricas de ayer y de hoy. ¿El aspecto central?: “Las instituciones de la violencia: la cárcel y el manicomio”. Esta comparación tan acertada y dura a la vez, esta impecablemente justificada en sus ideas, que a continuación se resumirán. Debido a la riqueza de estas, fue necesario citar muchas textualmente.

Basaglia fue apresado por fascistas durante la guerra. Fue *dentro* de la cárcel donde pudo entender qué y cuál era la ideología de esa institución. Algunos años mas tarde y finalizada la guerra, se recibió de médico y se especializó en psiquiatría. Luego fue nombrado director del hospital psiquiátrico del lugar.

De esta manera era la segunda vez que entraba en una “institución cerrada”. La cárcel y el manicomio son diferentes, pero tiene la misma finalidad: proteger a la sociedad de aquellos que se apartan de las normas. Ambas responden a una exigencia del sistema social: la marginación del que rompe el juego social. La marginación del que no acepta la problemática de la violencia institucionalizada que gobierna a nuestra sociedad. Tanto el delincuente como el enfermo mental “son tratados no por lo que realmente son, sino por la molestia social que causan” (p.27)

Dice Basaglia: “Cuando ingresé al manicomio no pude reconocerme como médico, como psiquiatra, porque no reconocí en ninguno de los rostros que vivían en el hospital nada que pudiera indicarme la naturaleza de su enfermedad”. “La cara del internado es una cara de persona anémica, que no dice nada, que se queda quieto, que toma actitudes pasivas, y que bajo las órdenes del enfermero, bajo las órdenes del médico, espera el día que no llegará nunca, el día de su salida, el día de su alta.”. Y por esto se pregunta: “... ¿de que manera pudieron los psiquiatras hacer un diagnóstico, construir una nosografía por la cual uno se llama *esquizofrénico*, otro se llama *deprimido*, y otro se llama *agitado*?”. (p.27)

Los científicos son los que definen que estas instituciones sirven para curar enfermos mentales, aquellos que tiene trastornos que afectan a la relación con los demás. A estas personas se las encierra en un lugar, en el que no serán curada. Se las someterá a una tarea terapéutica, pero no para recuperarlos, sino para castigarlos. “Es decir, lo que subyace y determina la lógica de estas instituciones cerradas es, justamente, no ya una ideología curativa, terapéutica, sino mas bien una ideología punitiva, el castigo”. “Si pensamos, por

ejemplo, en un alcohólico, en una persona que bebe, la única terapia que se le hace en el manicomio es obligarlo a no salir del manicomio y a tener miedo del manicomio. Y de hecho, el hombre que entra en el manicomio y sale por un mes, durante un mes no vuelve a beber porque *asimiló la agresión*, la violencia del manicomio, y luego cuando vuelve a beber, regresa al manicomio...” (p.30)

Es menester realizar un sintético recorrido por la historia, y remitirse a la época del Humanismo, antes de la revolución francesa. En esos tiempos todos aquellos que se apartaban de la norma social eran recluidos en la misma institución, ya se tratara de prostitutas, delincuentes, enfermos mentales, etc. Los que los unía, era la lógica de la marginación. Las diferencias no eran contempladas. Pero con el Iluminismo, cambiaron algunas cosas. Solo algunas. Se comenzaba a pensar en otro hombre. En un hombre producto de varias dimensiones. Esto produjo cambios en la ciencia. Aparecieron las especializaciones. Surgieron así Las Ciencias del hombre. La Antropología, la Sociología, la Psicología. Pero el problema comenzó a ser otro. Todas tomaban solo un aspecto del hombre (esto, acuerdo a sus necesidades). Era difícil encontrar una visión totalizadora. La famosa frase: “el hombre es un ser bio-psico-social” no se comenzó a utilizar verdaderamente sino tiempo después.

Volviendo a la historia, junto con la especialización, aparecen los manicomios que no cambiaron mucho desde la época de Pinel (1745-1826, considerado el fundador de la psiquiatría en Francia). Quedaron siempre como defensa de las personas sanas en contra de las que se desviaban de la norma. En este punto, volvemos al comienzo.

Retomando a Basaglia: “... paso a considerar cómo la ciencia está íntimamente ligada con la política, y cómo el técnico, haciendo su trabajo, está haciendo política y no ciencia. El técnico dice que su técnica es neutral, dice que cura al enfermo y nada más. Ya hemos visto cómo el enfermo tiene en su interior toda la problemática social, que esta íntimamente ligada con la lógica del sistema social en el que vive. Entonces, podemos ver como técnica y política están interrelacionadas. *Poder y saber están íntimamente ligados cuando modificamos una institución* o queremos transformar la ciencia, es necesario trastocar la

lógica social, porque sino la ciencia, es solamente reflejo de una situación represiva, de una situación en la cual el individuo es oprimido, eliminado.” Criticas fuertes si las hay.

Los técnicos deberían estar al servicio del hombre. Deberían ayudarlo a liberarse de la contradicción en la que vive. En realidad son muchas. Entre ellas, que en la vida existe la vida o la muerte, la salud o la enfermedad. En nuestra sociedad solo hay lugar para el que tiene salud (el que produce). El hombre enfermo, no es reconocido como tal (genera pérdidas), debe ser eliminado. “...vuestra labor (refiriéndose a los profesionales de la salud), es la de poder considerar la contradicción en su conjunto, de poder considerar la situación en la que existe la vida, y la vida debe ser vivida por todos, sea patrón o esclavo.” (p.32)

Un pensamiento muy frecuente entre muchos, es creer que si las instituciones psiquiátricas tuvieran mas personal y fueran “mas lindas” serían menos agresivas, y podrían responder mejor a las necesidades de los pacientes. Este autor plantea, y ya se expusieron sus fundamentos, que en nuestra sociedad, por más lindas que estas instituciones sean, SIEMPRE van a ser un lugar de violencia. Por que el problema es la **lógica de la marginación**.

La enfermedad existe. Es un hecho. Ahora ¿qué se hace con ella?. Es decir, el uso político de la enfermedad. Ese es otro punto importante. Cuando un médico recibe a un paciente, lo diagnostica. Depresión, por ejemplo. Le esta poniendo una *etiqueta*, lo destruye. El hecho de que el paciente quiera matarse, debe llevar a la pregunta del porqué. El hecho de un suicidio, es un PRODUCTO. *El traslado del diagnóstico a la puesta de la etiqueta es inmediato*. En realidad, cuando se diagnostica una enfermedad, no se quiere decir lo que realmente significa, sino lo que el médico entiende por ella, y lo que éste entiende es un juicio de valor: bueno o malo.

Frente a estas críticas, surgen numerosos cuestionamientos, donde el principal sería: ¿entonces, cómo se podría hacer para que estas instituciones sirvan a la liberación del hombre?

Basaglia, trabajo en la liberación de la institución psiquiátrica donde ejercía. Pensó que la institución debía proponerle algo al exterior. Esto genero una crisis en su ciudad, ya

que los internados comenzaron a salir. Se reunían en congresos, discutían sobre la opresión social. ¡Todo un escándalo! La sociedad comenzó a preguntarse quienes eran esos locos, cuales eran sus delirios, qué cosa era estar fuera de la norma. Aparecieron contradicciones, que sirvieron para abrir la conciencia de los que estaban “afuera” y los que estaban “adentro”. Esto fue en Italia, y generó la formación de una asociación contra las enfermedades mentales, la cual sirvió para denunciar muchas prácticas iatrogénicas de psiquiatras, que sin indicación terapéutica practicaban, por ejemplo, electrochoques, entre otras. “...estos hechos son importantes porque sirven, no para crear nuevos modelos terapéuticos, es cierto, pero sí para determinar una nueva conciencia de clase en el interior de la población.” “...debemos crear un sistema social donde el hombre pueda vivir con otro hombre; este es el problema central; crear un sistema social en el que sus elementos sean funcionales respecto del hombre, no que estén en contra del hombre. En ese caso la violencia es la regla y esa se convierte en violencia institucionalizada.” (p.33)

No existen recetas mágicas. Ni guías prácticas. Se trata de una toma de conciencia personal.

CAPITULO 3

NUEVOS DISPOSITIVOS DE ABORDAJE

La Salud Pública, y dentro de esta el Hospital, es el colectivo en el que están insertos todos los agentes que trabajan con la salud. Colectivo, podría ser definido como un conjunto transfinito de signos, de un terreno local, que sobredetermina lo que acontece en él y que integra en ese acontecer variables históricas contemporáneas. El colectivo tiene una inercia independiente de la población que en él se aloja.

Incluir a un paciente en un espacio colectivo, como puede ser un Hospital de Día, no sería internarlo. Sino, intentar que la antinomia “inclusión-exclusión” a la cual se venía haciendo referencia y que caracteriza a la asistencia pública, *excluya la exclusión*. Es importante tener en cuenta, que lo excluido que el “loco” muestra, tenga una posibilidad de incluirse en alguna cadena significativa. Seguramente fueron estas las ideas que condujeron a la organización de diversos dispositivos de atención.

Michel Foucault (1926-1980) define “dispositivo” como un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentadas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; es decir: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. Así el dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos.

3.1. HOSPITAL DE DÍA

A lo largo de la historia, se observa cómo la aparición de lo que se puede llamar Clínica u Hospital de Día estuvo íntimamente relacionada con la preocupación por no separar al enfermo del medio social, por la evolución de la psicofarmacología, y por cuestiones económicas.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

A partir de 1950, cuando comienzan a aparecer psicofármacos efectivos, se abre la posibilidad del control sintomático de la patología mental y esto permite empezar a pensar en nuevas formas de tratamiento ambulatorio, como las psicosociales y las comunitarias.

Además, el ahorro camas/costos/día compromete a los gobiernos de los países desarrollados en los nuevos programas de salud mental: creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, inclusión de Clínicas de Día y FIN DE LA ERA MANICOMIAL con chalecos farmacológicos que sedaban y lentificaban el pensamiento de los pacientes.

La base es permitir que, dentro de la comunidad terapéutica, se ensayen papeles sociales y vocacionales, a través de una serie de actividades, que se aproximen luego a lo que el paciente encuentra en la comunidad exterior. El paciente que se integra a un programa de Clínica de Día se caracteriza por *mantener una relación directa con sus espacios cotidianos (casa, trabajo, estudios) a diferencia de lo que sucede con la internación.*

Los espacios que conforman este dispositivo, no están pensados como una mera suma de actividades, sino como una **trama interdisciplinaria compleja**, que contiene, significa, ofrece nuevos puntos de vista. En suma, que da lugar al **crecimiento mental, tendiente a la socialización** como intento de salida del narcisismo.

3.1.a. Recorrido histórico del Hospital de Día

El dispositivo de Hospital de Día surge desde la medicina (psiquiatría formal), para dar respuesta a factores *socio-económicos* que se imponen a partir de períodos de guerra y post-guerra. Por lo tanto, surge como una forma de responder a la cantidad de enfermos producto de las guerras mundiales, cuyo número resultaba inabordable por las prácticas individuales. Es decir, que además de razones socioeconómicas, existieron fenómenos desencadenados entre otros factores, por un *hecho colectivo* (las guerras), por lo cual era necesario ofrecer una *respuesta colectiva*.

Surgen así, los llamados “Hospitales de Día”. Aunque llamados “hospitales”, parcializan el hospedaje del paciente. Acabada la guerra, sobrevivientes en edad productiva estaban seriamente perturbados, por cual la tendencia asistencial se comenzó a inclinar a

reestablecer los lazos cortados por la “alienación”, y dado que *el trabajo sostiene sano* al hombre, se comienzan a incorporar en los hospitales de día actividades productivas, conocidas luego como *talleres*: lugares de trabajo, de creatividad, cuyo objetivo es restablecer un encuentro del sujeto con sus posibilidades y con el lazo social interrumpido. Esto será retomado mas adelante.

El concepto de “salud” y el de “lazo social” se entrelazan de un modo tal que obligaron a repensar el concepto de “enfermedad”. La psiquiatría comienza a ser interpelada por el psicoanálisis y las ciencias sociales, de modo tal que se modificó el viejo y vetusto rol de paciente para dar lugar a una visión subjetiva del enfermo, portador de un inconsciente y *protagonista de su propia cura*; por lo tanto activo y capaz de vincularse y entramarse en la red del Hospital de Día. (Modelo de Salud Mental)

A mediados del siglo pasado, se abrieron nuevas perspectivas terapéuticas para el abordaje de patologías graves. Se dinamizó la psiquiatría y se incluyeron nuevos conocimientos que ampliaron su horizonte. Comenzaron a utilizarse técnicas de tratamiento somático y psicofármacos que contribuyeron a modificar las posibilidades de tratamiento de los enfermos mentales, especialmente los internados en hospitales psiquiátricos.

Se empezó a trabajar teniendo en cuenta tanto la relación interpersonal como el valor de lo ambiental y lo social; integrando así tres niveles: el fisiológico, el psicológico y el social. **Se modificó la forma de pensar el rol del enfermo dentro del espacio institucional en el que se incluía, comenzando a entenderlo como responsable y activo, tanto en lo que hace a su problemática, como en la participación dentro del ámbito terapéutico.** Así como se mencionaba también en el capítulo anterior, al modificarse el enfoque de la enfermedad mental (desde el modelo de la Salud Mental), se hizo necesario modificar los establecimientos y los planes asistenciales.

Esta nueva idea en Psiquiatría partió, de un trabajo de H. Sullivan de 1929, donde comenzó a perfilarse una nueva forma de concebir la interacción médico-paciente, partiendo de la base de que la personalidad del hombre es una matriz compleja y articulada de relaciones estables con otras personas. Una forma de modificar al hombre era alterando

esa red de vínculos interpersonales. Su intento fue el de convertir a la Institución Psiquiátrica en un ambiente propicio. *Entendía que una institución funcionando como organismo social podía modificar terapéuticamente al individuo si éste formaba una parte activa y articulada en el seno de la misma.* Este autor fue el primero en utilizar el término de “Comunidad Terapéutica”, y con él denominó a la posible acción benéfica de toda una sociedad sobre el paciente mental.

A partir de los años 1948-1950, comenzó a reconocerse, que existía una interacción entre pacientes, y que la presión social moldeaba el carácter del internado. En 1952, Candhill y colab. (E.E.U.U), plantean que “el paciente por el hecho de estar hospitalizado en una institución con un tipo dado de cultura, modifica su conducta, no por motivos psico-neuróticos internos, sino por presiones sociales”. Comienza a pensarse que el ambiente terapéutico de una institución puede ser patógeno.

Surgen los primeros intentos de Comunidades Terapéuticas, donde el grupo de pacientes toma mayor ingerencia en los asuntos del hospital. Este grupo se formaliza como estructura social. Comienzan a entenderse los cambios y las innovaciones como consecuencia de las soluciones que requerían la “constelación crítica de tensiones institucionales”. Esta forma de entender la institución implica cierta renuncia del médico a su lugar de poder.

Rapaport señala en 1961, algunas características de las Comunidades Terapéuticas:

- la organización hospitalaria total tiene un efecto terapéutico;
- la acción social es parte vital y dinámica del tratamiento;
- deben buscarse oportunidades reales para que los pacientes asuman una participación activa en el gobierno de la Comunidad;
- todas las relaciones entabladas dentro del hospital se consideran potencialmente terapéuticas;
- se da importancia a la formación de una estructura social diferenciada, y también a la calidad ideológica del medio social creado;
- se enfatiza todo procedimiento que aumente la comunicación grupal.

Por el contrario, las “instituciones totales” se caracterizan por:

- tener un límite bien definido que separa el interior del exterior;
- todo se da en el mismo lugar y bajo la misma autoridad;
- todo se realiza con el mismo grupo de personas;
- las actividades están estrictamente reglamentadas;
- el interno cambia su nombre por un número, pierde el tiempo propio y el rincón privado (se pierde como singularidad).

En resumen, en los últimos 150 años se intentó humanizar las condiciones de vida del alienado, pero hasta mediados del siglo pasado el “rol tradicional del enfermo” no tuvo en cuenta que el trastorno psiquiátrico está causado por la participación de un conflicto en el que el enfermo tiene su lugar y su responsabilidad. Tampoco entendía que el trastorno era la mejor solución posible que la persona pudo encontrar entre sus impulsos y sus controles; y que por ello el paciente movilizaba todas sus resistencias a fin de no curarse. El paciente se pensaba aún, como un ente pasivo ante su enfermedad, y el médico tenía la iniciativa y actuaba sobre él.

A partir de que la concepción comienza a cambiar se plantean, entonces, alternativas institucionales posibles y distintas, entre ellas el “Hospital Abierto”, la “Comunidad terapéutica” y el “Hospital de Día”. El primero obedeció a un movimiento libertario con una filosofía terapéutica específica: la restauración de la dignidad e individualidad del alienado. La Comunidad terapéutica, en cambio, es entendida como un experimento social, quizás iniciado en ese movimiento libertario, cuya finalidad es crear una articulación de factores terapéuticos a todos los niveles posibles de la interacción comunal. El Hospital de Día nace como espacio intermedio entre la institucionalización–internación del paciente y

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

la consulta ambulatoria. Es un dispositivo que enlaza al paciente con lo social, de hecho sus orígenes se remontan a un contexto que inicialmente albergaba niños huérfanos.

Implica donar y ofertar un lugar a quien no lo tiene, a quien no ha podido ser sostenido, entramado en redes de pertenencia. Apuesta institucional que requiere que el paciente sea desprovisto de cierta idea de cronicidad posible. Apuesta que implica una anticipación desde el equipo de trabajo, en la conformación de un proyecto institucional que de cuenta de un espacio, de un tiempo, de un lugar físico, un encuadre de trabajo que sitúe a este paciente en su padecer y en sus potencialidades, un lugar para advenir subjetivamente.

Hospital de Día y Comunidad Terapéutica, son encuadres institucionales similares. *Sus límites de acción son pensados para concurrentes activos y con posibilidad de implicarse en una dinámica institucional que favorezca la rehabilitación, entendiendo ésta como un punto de partida a la exogamia, como punto de anclaje con lo social, con la cultura.*

La primera utilización del dispositivo de Hospital de Día para pacientes psiquiátricos, tuvo lugar en Rusia (Ozhagarov) en el año 1937. Luego, en 1946 en Montreal, aparentemente por una carencia de camas hospitalarias para pacientes graves crónicos, Cameron crea en el Allen Memorial Institute el Hospital Diurno, como alternativa a la atención en régimen de internación.

Bierer lo pone en funcionamiento en Gran Bretaña, en 1948. En Estados Unidos, las primeras unidades fueron creadas en la Jale Psychiatric Clinic en el mismo año y en la Manninger Clinic un año mas tarde.

En 1972, Koltum descubre que el cuidado hospitalario diurno implicaba un decrecimiento de la tasa de rehospitalización, así como también un aumento de la productividad en el trabajo.

.En América Latina, los primeros Hospitales de Día surgen en 1962 en Porto Alegre (Brasil), y en 1965 en La Habana (Cuba). En Argentina, en el año 1967, el Dr. García Badaraco inaugura el Hospital de Día en el Servicio de Salud Mental del Hospital Borda en la provincia de Buenos Aires.

3.1.b. ¿Quiénes concurren a un Hospital de Día?

- Aquellos que han requerido internación por las características de su patología y que luego necesitan de una etapa intermedia para su reinserción social
- Otros para quienes la psicoterapia individual no es suficiente para abordar su patología de base y necesitan de otras técnicas psicoterapéuticas, como lo que hoy se conoce como **“abordaje múltiple”** (el caso de los trastornos de alimentación, por ejemplo)

El uso de psicofármacos, ha permitido incorporar otras patologías a esta modalidad, que en otros tiempos era contraindicada, como:

- Conductas antisociales
- Adicciones
- Desorganización y síntomas negativos de las esquizofrenias
- Depresiones con ideación suicida.

3.1.c. El Hospital de Día supone...

- La alternancia de idas y venidas del consultante, que recuerda la complementariedad escuela-domicilio de la infancia y lugar de trabajo-medio sociofamiliar de la vida adulta;
- La evitación de la desinserción social y la depositación propias de la internación completa; posibilitando la interacción social y el establecimiento de lazos sociales
- La desaparición de los “tiempos muertos” de la vida en el Hospital Público, en beneficio de los “tiempos terapéuticos” articulados en forma intensiva;
- El requerimiento de una *mínima posición activa* del consultante que deberá cotidianamente renovar su adhesión al contrato establecido;

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

- La existencia de un *proyecto terapéutico adaptado a cada sujeto* que se va formulando a través de sucesivos ajustes; en el intento de rescatar de este particular contexto lo esencialmente singular de cada uno de los integrantes de la comunidad.
- La *coexistencia temporal* en la institución de todos los miembros del equipo y todos los pacientes, lo que unifica el universo comunicacional del conjunto;
- La *inclusión activa de las familias* en el tratamiento del designado paciente;
- La reinserción a sus lugares de pertenencia, en un tiempo que depende de cada paciente y de otras variables, como grupo familiar, patología, nivel de actuación, gravedad, etc.
- Interiorización, del paciente, de diversas actividades que pueda realizar fuera de la institución de acuerdo a intereses y preferencias.(mediante laborterapia, por ejemplo)
- Que los pacientes puedan disminuir las tensiones acumuladas en sus hogares;
- Que los pacientes valoren el espacio de psicoterapia como tal;
- Destacar la importancia de una adecuada alimentación;
- Fomentar la importancia de la independencia personal.

La noción de readaptación queda ligada a la terapéutica, que apuesta de un modo u otro a la desaparición de los síntomas señalados socialmente como indicadores de trastornos psíquicos. Cabe destacar que en el desarrollo de este dispositivo, pacientes y equipo tratante, quedan entramados en una red comunicacional que hace al intercambio permanente y facilita la dinámica transferencial, posibilitando el despliegue subjetivo del consultante, y por qué no, de quien lo asiste.

Muchas Instituciones, consideran que los pacientes que concurren a Hospital de Día habitualmente se encuentran posicionados en un entramado social y familiar que les cierra toda posibilidad de expresión subjetiva. Desde una enunciación que parte del Otro se apropian, sin ser conscientes de ello, de un diagnóstico psicopatológico que impide la aparición del propio Ser. Tomando esto como punto de partida, consideran que la instauración de un espacio, como el que brinda el dispositivo, podrá proporcionar un ámbito donde la palabra adquiera el valor de tal y no quede reducida a la manifestación de un fenómeno psicótico, por ejemplo.

3.2 ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN UN HOSPITAL DE DIA

En el Hospital de Día se realizan una gran variedad de actividades, a través de diferentes talleres, que sirven de complemento al tratamiento del paciente con trastornos psíquicos. A continuación se expondrán algunas de ellas y se definirá lo que se va a entender por taller, que es el marco en el cual estas actividades se realizan.

3.2.a ¿Qué es un taller?

Dentro de las Instituciones de Salud Mental, el taller puede definirse como *un dispositivo donde se lleva a cabo una actividad determinada*. Tienen, por lo general, una perspectiva clínica, es decir, el taller no suele tener fines en sí mismo sino *el fin es el que el mismo se constituya en un dispositivo a partir del cual se produzcan efectos en las personas, que hagan a su bienestar a largo plazo. Es decir a promover la salud*.

También se los puede definir como una *estructura pedagógica* de acción en la cual tanto la enseñanza como el aprendizaje conforman un marco de fuerte compromiso personal, en base a propuestas específicas. Es una técnica operativa del proceso de enseñanza – aprendizaje, mediante la acción, a realizarse sobre un proyecto concreto de trabajo en grupo. Es una forma, un camino, una guía flexible, dúctil, enriquecedora para la persona y el grupo, fundamentada en el aprender haciendo por placer y en la activación del pensamiento por propia convicción, necesidad y elaboración.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Esta modalidad de trabajo se puede aplicar a varios temas. Facilita la experiencia de aprendizaje particular y sustancialmente diferenciado, *es un lugar de encuentro* con la posibilidad de intercambiar distintos niveles de conocimiento en una tarea compartida que se recrea constantemente y que *favorece el desarrollo individual y grupal* y donde *el eje del trabajo es el logro de un producto colectivo*.

Tipos de taller

Desde el punto de vista organizativo, se pueden distinguir tres tipos de talleres:

- Taller total: consiste en incorporar a todos los profesionales y los miembros de una institución en la realización de un proyecto.
- Taller vertical: comprende diferentes niveles de personas, pero integradas para realizar un proyecto en común.
- Taller horizontal: abarca a quienes tienen una característica en común.

La estructura organizativa del taller

Lo que caracteriza al taller es el “aprender –haciendo”, es decir, es una práctica educativa que se lleva a cabo con un proyecto concreto, considerado como una situación de aprendizaje. Entonces la puesta en marcha del taller puede hacerse en torno a un proyecto de trabajo relacionado con el campo de formación profesional donde se aplica.

Para definir la estructura organizativa de un taller es necesario saber que difiere según las circunstancias:

- Si se trata de un taller total, vertical u horizontal.
- Indole o disciplina donde se va a aplicar.
- El tipo de estructura existente en la institución y flexibilidad de la misma.
- El tipo de profesionales y personas que harán la experiencia (porque el taller está condicionado por las personas que lo integran).

En general el taller se organiza en equipos de trabajos (grupos). El número depende de la magnitud y complejidad del proyecto a realizar y de los recursos disponibles. Este es un trabajo en equipo.

La estrategia pedagógica de un taller

La estrategia pedagógica de un taller se define para el logro de los objetivos que se propone. Puede sintetizarse en los siguientes aspectos:

a- En el taller no hay programas sino objetivos. Consecuentemente toda la actividad está centrada en la solución de problemas. Se avanza y se retrocede, no por el desarrollo de temas, sino por la progresión en una complejidad circular.

b- Exige un cambio en el rol tradicional, ya que el profesional actúa constituyendo un equipo de trabajo, formado por profesionales y personas que asisten al taller. Lo sustancial es constituir un equipo, de este modo todos se acostumbran a reflexionar y actuar en grupo, a enriquecerse con el aporte de los demás y a enriquecer los propios aportes.

c- Las actividades que se realicen en el taller deben estar relacionadas a la solución de problemas reales o bien a conocimientos, capacidades y habilidades que se deben adquirir.

d- El profesional a cargo no enseña sino que ayuda a que los demás aprendan a aprender, mediante el procedimiento de “hacer algo”. Se trata de ir integrando en un mismo proceso la acción y la reflexión que se transforma en práctica.

e- Enseña a relacionar “lo pensado” y “lo realizado” a través de la solución de problemas concretos.

f- Es necesario que se dé la capacitación de los talleristas en la selección de los instrumentos y los medios de trabajo.

g- Es importante que el objetivo del taller sea factible, realizable.

Los roles en el taller

Si el taller es un aprender haciendo con el protagonismo de todos los implicados, esto se lleva adelante mediante la redefinición de los roles.

El/los coordinadores de un taller tienen tareas específicas como: planificar la tarea, organizar el trabajo, seleccionar estrategias eficaces, motivar, animar, orientar, entre otras:

- sensibilizar y motivar; incitar el trabajo para que puedan hacerse responsables de su propia actuación.
- animar a quienes participan para que decidan por sí mismos, estimularlos para que cumplan las responsabilidades asumidas y se autocrítiquen.
- proporcionar información e indicar fuentes de conocimientos, ser una fuente de referencia (contención).
- actuar llenando ciertos vacíos que van quedando en el grupo.
- enseñar a pensar y a razonar.

Quiénes asisten al taller, tienen roles que se van definiendo y redefiniendo de acuerdo a ciertos lineamientos:

- entrenamiento para el desarrollo de la personalidad y el ejercicio responsable de su libertad.
- preocuparse por adquirir ciertas capacidades.
- desarrollar formas de aprendizaje personal o grupal y la aplicación de lo que se conoce.
- hacer propuestas y tener participación responsable y tendencia a trabajar en grupo.

Actitudes que exige la praxis del taller

- *Capacidad de diálogo*: las posibilidades de una participación se pueden dar cuando existe esta característica. Hay que constituir un equipo, cuya característica sea la reciprocidad. Dialogar es comunicarse, donde se produce la interacción. En el tratamiento entre las personas, las relaciones interpersonales no serán horizontales (de

competencia), ni verticales (de jerarquía), sino comunitarias (de colaboración). Todos son iguales en cuanto a personas, pero diferentes en cuanto a conocimientos. En la capacidad de diálogo se incluye la capacidad de escucha activa.

- *Rechazo del dogmatismo* en cualquiera de sus formas: Esto significa que los propios conocimientos son verdades incuestionables, que no es posible valorar los hechos tal como se dan sino que la valoración es a priori.
- *Autodisciplina, implicación y responsabilidad personal*. Esto se relaciona con el rol profesional y la responsabilidad y el respeto entre los miembros.

Técnicas y procedimientos para el funcionamiento del taller

El funcionamiento del taller requiere de determinadas técnicas, procedimientos y formas operativas para su funcionamiento. Sobre todo de técnicas grupales y de investigación social.

- *Técnicas grupales:*

Buena parte del proceso se da en la interacción y retroalimentación grupal. Es por ello que el uso de técnicas adecuadas a nivel grupal se hace absolutamente necesario. No es lo mismo “técnicas grupales” que “dinámica de grupos”. Esta última hace referencia a ayudar al conocimiento de los fenómenos psicosociales que se producen en el interior del grupo con la finalidad de resolver los problemas internos.

Las técnicas grupales, en cambio, son un conjunto de procedimientos que atiende a la productividad grupal y se utilizan en grupo, es decir, procura que el grupo sea más operativo para el logro de los objetivos propuestos. Se pueden distinguir: técnicas de iniciación (para crear el grupo en cuanto tal), técnicas de producción grupal (para que realice su tarea) y técnicas de mediación y control (como un medio de evaluación del trabajo).

- *El trabajo en equipo:*

Esto no debe homologarse a “trabajar juntos”. Para lograr eficacia en el trabajo, hay que combinar tres factores:

- determinar las tareas a realizar conjuntamente.
- establecer claramente las relaciones técnicas y funcionales que se derivan de los objetivos.
- considerar los procesos socio-afectivos que surgen de la interacción y las modalidades y tipos de relaciones que se establecen.

▪ *Nociones básicas de investigación social:*

Siendo la investigación un proceso reflexivo, sistemático y crítico, permite indagarse sobre algún aspecto. Lo que supone la implicancia a alguna forma de tratamiento de las cuestiones que van surgiendo y permite organizar y evaluar el proceso propiamente dicho.

3.2.b. Terapia Ocupacional

Las necesidades básicas de todo ser humano son el cuidado de sí mismo, el trabajo y el esparcimiento. Para satisfacerlas es necesario contar con un óptimo estado físico y psíquico. Por consiguiente, la función del Terapeuta Ocupacional consiste en ayudar a cada individuo a conseguir el más elevado nivel posible de funcionalidad en estos aspectos.

Una persona que no posee habilidades o componentes de desempeño valoradas socialmente, generalmente es apartada o evitada por la sociedad. Pero antes de que una persona pueda ser exitosamente integrada a la comunidad, deben ser evaluadas varias áreas de la vida independiente como: acceso al transporte público, orientación en la comunidad, autocuidado, incorporación de la rutina de medicamentos, manejo del dinero, exploración vocacional y exploración de actividades de esparcimiento; áreas que requieren de un aceptable funcionamiento cognitivo para su ejecución. De esta manera, mediante la evaluación de las capacidades y deficiencias de la persona, que se realizan a través de entrevistas y de algunos tests (por ej. COTE: Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale) se puede planificar un régimen terapéutico acorde a las necesidades individuales.

Según el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner), las personas requieren y experimentan significado en sus actividades diarias; por lo que la normalización en el

desempeño de las ocupaciones de la vida diaria influyen notoriamente en el proceso curativo y gratifica a la persona.

A continuación se presentará brevemente diferentes tipos de talleres que se pueden realizar en el marco de la Terapia Ocupacional:

- Taller de Actividades Libres, cuyas actividades son elegidas por los pacientes según sus intereses. (por ejemplo: cerámica, yoga, danza, huerta, cocina, costura, confección de velas, etc.) Es coordinado por un terapeuta ocupacional. Se favorece la socialización y la concientización del trabajo en grupo, estimulando la toma de decisiones conjuntas y el consenso en las mismas.
- Talleres Temáticos: Donde se trabajan problemáticas comunes (por ejemplo: los miedos, la autoestima, la paternidad, etc.)
- Taller de estimulación cognitiva. Se seleccionan y gradúan las actividades en nivel de complejidad teniendo en cuenta las evaluaciones y la evolución del tratamiento de los pacientes.
- Taller de teatro
- También se suelen organizar eventos como: salidas a conocer teatros, museos, etc.; festejos como por ejemplo del día de la primavera, juegos, entre otros. Se le permite al paciente experimentar libertad en toma de decisiones propias y ajenas, resolución de problemas, seguimiento de reglas, respeto de turnos, aceptación del hecho de ganar o perder.

Se pueden elaborar gran cantidad de talleres diferentes, dependiendo de la patología de los pacientes, de las edades, del tiempo disponible, etc.

3.2.c. Musicoterapia

La musicoterapia es un recurso musical terapéutico no tradicional; que se integra a las disciplinas que se ocupan de la prevención, tratamiento y rehabilitación de diversas discapacidades, así como de las consideradas dentro del campo de la salud mental.

La musicoterapia se basa en las interacciones entre el paciente y el musicoterapeuta a partir de los sonidos, sean estos musicales o no, así como de la oportuna utilización de técnicas que surjan como propuestas de trabajo teniendo en cuenta la patología del paciente y el momento del mismo, permitiendo así, al respetar su situación, que el profesional, con creatividad, realice las intervenciones que considere adecuadas.

Se aceptan los sonidos y la música que puede llegar a hacer el paciente y sus gustos musicales, sin tener en cuenta los méritos de los mismos, ni emitir juicios de valor al respecto. Lo importante es la posibilidad de producción por parte de él y la comprensión por parte del musicoterapeuta entrenado. Fomentar, para luego fundamentar la creatividad es básico, tanto en el caso del paciente como en el del musicoterapeuta. Este debe estar abierto y dispuesto a leer y entender qué sucede durante la sesión. Pero debe quedar muy claro que el objetivo deberá estar puesto en lo terapéutico y no en lo musical, como tampoco en la calidad artística. Es el análisis de la tarea y la supervisión de la misma, por un supervisor adiestrado, lo que va a facilitar posteriores intervenciones adecuadas. El centro de la tarea es el paciente y no la música.

CAPITULO 4

SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

4.1. PATOLOGÍAS DE LA POSTMODERNIDAD

En referencia a los cuadros psicopatológicos que se presentan en esta época, se hace difícil pensar si se tratan de nuevas entidades, o si por el contrario la escucha profesional se ha ampliado en este último tiempo. Ya que se han incluido en las conceptualizaciones y en la práctica, padecimientos que el psicoanálisis antes con consideraba de su incumbencia.

La gran cantidad de casos de Anorexia nerviosa y de Bulimia, otras adicciones como la drogadependencia, las consultas por parte de pacientes infectados por HIV, algunas formas de violencia, enfermedades psicosomáticas (úlceras, alergias, gastroenteritis, etc.) y cierto tipo de depresiones, hoy son moneda corriente en los consultorios. Estas exceden con amplitud las sintomatologías más frecuentes en otras épocas.

Si bien está claro que no se trata de inventos recientes, sí lo es, sin dejar de considerar la individualidad de cada caso, el enorme protagonismo que tienen en la escena social y la misma en ellos.

Conociendo que el síntoma supone una solución de compromiso, también es una apelación al Otro, por lo cual se formula dentro de los códigos sociales compartidos. El carácter significativo del síntoma, lo ubica dentro del campo de una cultura que inexorablemente deberá reconocerlo como tal. De igual manera, ciertas patologías de gran incidencia actual, y que comprometen al cuerpo en su dimensión no significativa, también se insertan en un mundo que deberá otorgarles alguna significación.

Como cada discurso sociocultural se halla regido por las aspiraciones inherentes de adecuar a los sujetos al ideario en vigencia, toda época histórica favorece el surgimiento de

patologías relacionadas con la sobreadaptación. Esto supone, adecuación acrítica y absoluta a los modelos culturales predominantes. Pero, estas patologías suelen no ser vistas como tales, ya que responden a lo esperable en esa época y lugar. Están, a demás, en estrecha relación con las problemáticas ligadas a las formas de alineación propias de cada período.

Cada momento histórico formula un “prototipo sano”; esto quiere decir, un conjunto de modalidades subjetivas acorde a los ideales predominantes, por lo tanto, estimulado y socialmente reconocido. Al mismo tiempo, se produce una mayor incidencia de ciertas patologías en relación con las discursividades sociales predominantes. Pero los sujetos concretos, jamás se ajustan en forma acabada a los “tipos” posibles de su época, porque la singularidad desborda todo prototipo.

Se puede tomar como ejemplo, para entender mejor esto, la época de la Burguesía. El espíritu burgués se caracterizaba por la valoración del esfuerzo, la austeridad y la pregnancia del futuro. En aquella época, la incidencia de la neurosis obsesiva era de gran magnitud. La tendencia de las obsesiones a postergar el placer hasta algún momento siempre futuro, o la sobreestimación del orden, el ahorro y la disciplina del trabajo eran congruentes con los ideales burgueses.

Los ideales postmodernos, en cambio, promueven un ritmo hipomaniaco ligado a la abolición de todo conflicto, al éxito y la eficacia. Pragmático y veloz, el prototipo sano, apuntará a la búsqueda de la fama y el poder. Se asociará con jerarquizar el interés propio en detrimento de los otros y con bordear situaciones transgresivas, que formarán parte de lo “normal”.

Así, lo que el psicoanálisis consideraba perteneciente a las perversiones, la renegación de la castración, ahora adquiere consenso social, y forma parte del prototipo sano. La corrupción, es muchas veces socialmente aceptada.

Por otro lado, las muestras constantes y directas de violencia, favorecen el acostumbramiento y la reiteración de la misma, a través de la banalización. La era actual, se caracteriza por la banalización de la violencia. Así, las guerras, las matanzas, la delincuencia, son vistas como “naturales”. Las personas se encuentran, cada vez mas insensibles y sin posibilidades de reaccionar, frente a lo que en otros tiempos causaba dolor y rechazo. Los medios de comunicación están muy involucrados en esto, ya que mediante el exceso de imágenes e información contribuyen a la tribalización de estos fenómenos.

El prototipo se muestra casi indiferente ante la vida misma, tanto de la propia como de la del otro. Atenúa sentimientos solidarios. Con respecto a las relaciones humanas, valora vínculos leves, y que impliquen escasos compromisos y obligaciones. Lo cual supone una desinvertidura parcial, que genera lazos distantes en los cuales el otro se torna intercambiable, acorde a la lógica del consumo. En casos extremos, el otro deviene objeto parcial, sin identidad propia.

Al mismo tiempo, el prototipo sano actual, padece de estrés, acompañado de algunos trastornos de sueño, cefaleas, contracturas musculares, astenia, acidez, y otros trastornos leves. Pero estos, que son signos peculiares de esta era, ya están incorporados a la habitualidad. Como implican molestias, se busca su rápida supresión a través de sedantes. Según opinan Rojas y Sternbach (1997), estos fenómenos, lindan con problemáticas ligadas a la adicción y a la enfermedad psicosomática.

Siguiendo con las diferentes facetas del prototipo, éste debe mostrarse bello, esbelto, superficial, y sobre todo divertido, lo cual supone cierta desestimación de la interioridad. Esto lleva, en casos extremos, a problemáticas del pensamiento y de la simbolización.

Del sujeto “sano”, hoy se espera que alcance precozmente la autonomía; que tenga una buena dosis de hedonismo y de individualidad, lo cuál lo liberaría de las pesadas culpas que arrastrara su antecesor, el sujeto de la modernidad. Hoy, el mandato austero de la burguesía se convierte en placer casi obligado. De este modo, bajo las apariencias de una amplificación deseante, producto del consumismo, es el imperativo del goce el que a menudo se hace escuchar. Por esto, el prototipo sano de nuestra época, con frecuencia, queda prisionero del Super Yo. Un Super Yo que ordena un goce antinómico al deseo, lo cual supone un sometimiento a un Otro absoluto e intrusivo, representado también por la cultura y sus mandatos. Pero este goce tiene características peculiares, está disfrazado de placer y de “libertad de elección” acorde a las expectativas culturales actuales.

Retomando el tema de las adicciones, la sociedad actual no solo tolera sino también promueve diversos grados y tipos de la misma, no reconociéndolas como enfermedades. Así, la adicción a la imagen televisiva o a la música inundante, el consumismo, y la ingesta de alcohol en los denominados “bebedores sociales”, así como la ingesta desmedida de

sedantes, psicofármacos y anorexígenos; se ubican en los límites entre lo “sano” y lo “enfermo”.

En conclusión, y a partir de todo lo expuesto con anterioridad, las patologías adictivas, lindantes con los rasgos de la cotidianidad, adquieren hoy en día, una importante vigencia. Constituyen, por esto, UN PROTOTIPO DE LA SOCIEDAD DE HIPERCONSUMO. Tal como se planteo en el primer capítulo, la cultura postmoderna promueve las tendencias adictivas desde los comienzos de la vida, al pretender la saturación permanente de la carencia.

Tanto las adicciones como las enfermedades psicosomáticas, “...configuran signos peculiares del actual momento histórico; exponente claro de formas de malestar, que se arraigan y fortalecen en un espíritu de época marcado por la pérdida de antiguas convicciones y por nuevas discursividades que no se perfilan todavía con claridad como soportes de la subjetividad.” (Rojas y Sternbach, 1997)

4.2. BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA

En las últimas décadas se ha producido un incremento notable de los trastornos de la alimentación en la población adolescente, principalmente femenina. Los trastornos de la alimentación (DAT) son reconocidos como enfermedades de base psicológica a partir de 1980. En realidad, uno de estos trastornos, la bulimia nerviosa, es la entidad que recientemente ha adquirido un lugar propio, pues la otra, la anorexia nerviosa ya lo tenía desde hace muchos años, sus primeras descripciones datan de 1700.

A lo largo de la historia se encuentran con diferentes manifestaciones de autoinanición. Desde las “santas anoréxicas” hasta las jóvenes actuales, pasando por “doncellas milagrosas”, “muchachas ayunadoras”, deportistas, huelguistas. Todas, en distintas épocas, tomaron la decisión de dejar de comer. En estos tiempos, va desapareciendo el culto estético por el cuerpo femenino.

Aquellas mujeres del medioevo, que morían en los conventos a causa de sus ayunos piadosos y eran santificadas en el apogeo del ideal cristiano, equivalen, tal vez, a la

paciente anoréxica de hoy (considerada enferma de gravedad). Pero si la primera murió por un ideal, al entregarse a los brazos de Dios, y al alejarse de su cuerpo impuro; a lo mejor la segunda se aliena en ideales de diferente contenido, “¿Buscará ser ella misma una diosa, mas allá aún de la autoconservación y la sexualidad?” (Rojas y Sternbach, 1997, p.143)

Se han realizado estudios epidemiológicos sobre los problemas de la alimentación, y se concluyó que prácticamente constituyen un epifenómeno de las sociedades opulentas y occidentalizadas, de las que están en vías de serlo, o que pretenden serlo.

“¿Son auténticas anorexias nerviosas todos los casos de autoinanición que se han producido a lo largo de la historia y que estamos conociendo en la actualidad? ¿Es la anorexia nerviosa -y la bulimia- un trastorno propio, exclusivo, de nuestra cultura actual? Si siempre se ha tratado del mismo trastorno ¿cómo explicar los “silencios históricos”, es decir, las prolongadas épocas en las que al parecer no se daban casos de esos trastornos? Si se trata de un trastorno de siempre ¿porqué no está extendido por todos los países y las culturas?, ¿por qué su ausencia de los países deprimidos o simplemente no occidentalizados? ¿Acaso hay trastornos del comportamiento alimentario específicos de cada cultura? En el caso de que los valores culturales, jueguen un papel, como parece que lo juegan, en esos trastornos ¿actúan como predisponentes, como precipitantes, o como mantenedores de los mismos?...” (Toro 1996, p.310)

Esta serie de interrogantes que se plantea el autor, han sido producto de estudios sobre etiopatogénesis de anorexia y bulimia nerviosas. Abre el camino para muchos planteos, y mas interrogantes aún. Si bien es necesario acotar el tema, por cuestiones que exceden a este trabajo, se consideró importante reproducirlos ya que permiten reflexionar sobre la problemática, y comprender la gran cantidad de variables que influyen en estos trastornos complejos.

De todo esto se continuará analizando las relaciones que en la actualidad existen entre los trastornos del comportamiento alimentario y la sociedad y cultura en la que vivimos.

El anhelo de adelgazar se ha convertido en un valor central e interiorizado en la mayoría. El sentimiento de que la delgadez se asocia con belleza, éxito, autoestima,

perfección, juventud, etc. está instalado. Pero no nacemos con esos sentimientos, actitudes y creencias.

La sistemática asociación entre esos valores y la delgadez ha llevado a que ésta se convierta en un fin en sí mismo. Todos los intentos por adelgazar son reforzados por sus resultados, llegando a perder valor aversivo e incluso a adquirir connotaciones gratificantes.

En este punto se encuentra la diferencia con tiempos pasados. Durante siglos, los sacrificios y mortificaciones personales trascendían al individuo. La autodisciplina mortificante, por ejemplo, era un tributo a la divinidad. *Sólo en este tiempo, los ayunadores voluntarios, ponen el sacrificio de su hambre al puro y simple servicio de SU persona. La búsqueda de la perfección moral ha sido sustituida por búsqueda de perfección corporal.*

No se aspira a ser, sino a parecer. Toro, introduce aquí el termino Narcisismo, aclarando que tal vez no sea el mas adecuado. “...un narcisismo que en última instancia depende de la aprobación real o supuesta de los demás, y que sólo concierne a la silueta.” “Si el narcisismo, entendido como la sobrevaloración exhibicionista y el culto de uno mismo, ha existido siempre desde que el hombre es hombre, probablemente nunca como en nuestra época, ha quedado tan asociado a la apariencia corporal”.

Volviendo al tema de los ideales sociales, estos imponen la denigración de lo diferente y se convierten en fuente constante de destrucción (esto tiende a darse bajo distintas modalidades en toda época). El ideal configura una de las formas de violencia de la cultura, pero más que por su formulación inexorable, que diluye la posibilidad de optar; por su propio contenido. Contenido que fluctúa notablemente de una época a otra. Las pautas estéticas varían con el tiempo. El ideal, que se presenta como absoluto, supone un sometimiento acrítico, y aparece como creencia rígida, homogeneizantes e incuestionable.

La delgadez como ideal, no se vincula solamente a belleza, sino también a los grupos sociales privilegiados. Esto cobra gran importancia en una sociedad, en la cual el ascenso socioeconómico (relacionado con el dinero, el poder y el éxito) es un valor central al que se aspira alcanzar con rapidez y a cualquier precio. *Por el contrario, en épocas pasadas, la ingesta abundante y la obesidad indicaban riqueza.*

Se podría pensar, mas precisamente con respecto a la Anorexia, que contrasta con la lógica del consumo y la saturación en que se inserta, en la cual la obligatoriedad es

consumir. Pero, el rechazo de la oferta por parte de la anoréxica, no la libera ni autonomiza. Sino que la va sumergiendo gradualmente en una posición de máxima objetivación, del lado de lo inerte y desvitalizado. Convertida en objeto ideal de la era del consumo, ES ELLA MISMA QUIEN FINALMENTE SE VA CONSUMIENDO.

Si bien, por lo dicho anteriormente se entiende la importante influencia que tiene la sociedad actual en estas problemáticas, no se debe olvidar, que existe una psicopatología característica de base, que predispone a la enfermedad. Eso explica porque no todos enferman. Solo la dimensión macrocontextual en relación con la historia familiar y subjetiva podrá dar cuenta de cada enfermedad en particular, ya que la singularidad excede siempre a la estadística. Esto será retomado más adelante.

4.3 CLASIFICACIÓN

▪ **¿Qué es la Anorexia?**

Se define como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos, exceso de ejercitación física; miedo a la gordura y amenorrea en la mujer o pérdida del interés sexual en el varón.

Esta enfermedad, a diferencia de otras, suele ser insidiosa en su presentación. Los pacientes se proponen empezar una dieta para disminuir su peso, acompañada por un aumento del ejercicio físico. Por lo general, esto genera bienestar en el paciente, por lo cual el inicio de lo que puede ser una posible patología, pasa desapercibido por las personas que lo rodean. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación se hace evidente; o cuando aparece la amenorrea.

El DSM-4 establece ciertos criterios diagnósticos:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea. Por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

El DSM-4 plantea a demás dos tipos de anorexia:

1. Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.
2. Tipo compulsivo-purgatorio: Durante el episodio de anorexia nerviosa, recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

▪ **¿Qué es la Bulimia?**

Se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas (atracones), seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. *La presencia de los atracones es lo que define la patología.*

Al igual que para la anorexia, el DSM-4 presenta criterios diagnósticos:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enema u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación (autoestima) está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Tipos:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- **¿Qué son los TANE?**

La categoría *trastornos de la conducta alimentaria no especificada*, que también es descrito en el DSM-4, se refiere a los problemas de la alimentación que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Por ejemplo, que en una mujer se cumplan todos los criterios de una anorexia nerviosa, pero las menstruaciones sean regulares; o se cumplan todos los criterios de una bulimia pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4.4 LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y SU MULTIDETERMINACIÓN

Es importante resaltar el hecho que del total de las personas expuestas a un agente patógeno solo algunas de ellas “enferman”. Por ello es imprescindible hablar de susceptibilidad, predisposición, dotación genética, incidencia del estrés, medio físico y psicosocial, coyunturas, etc. Por todo esto se podría hablar más de “enfermos”, que de “enfermedades”. Cada caso debería tomarse en su singularidad.

Por lo dicho, los trastornos de la alimentación no pueden ser comprendidos atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, ni a la supuesta conflictiva familiar, ni a los trastornos de la personalidad, ni a hipotéticas relaciones de objetos vividas en la primera infancia, ni a factores socioculturales, etc.

Estas patologías son consideradas por muchos autores como un *síndrome psiquiátrico discreto*, diferenciado, que tiene una psicopatogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son producto de múltiples factores predisponentes y gatillantes, y su interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas en un momento dado. Si se considera a la enfermedad como un proceso, se verá que existe una interacción continua entre el individuo y su mundo externo, sus síntomas y sus intentos de lidiar con ellos.

▪ Factores predisponentes:

- Dificultades para el *funcionamiento autónomo*, para establecer la identidad y acceder a la separación (dificultades que se dan principalmente en la adolescencia) Es uno de los factores cruciales.
- . Gran necesidad de aprobación externa
- . Tendencia a la conformidad
- . Falta de respuestas a las necesidades internas
- . Perfeccionismo y escrupulosidad
- . Expectativas personales muy altas
- . Gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos del otro
- Trastornos de la *imagen corporal* (más acentuados en la anorexia)

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

- Factores *familiares*: Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar, en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar. Se observan relaciones familiares perturbadas, de tipo de familias aglutinadas, rígidas, imposibilitadas para resolver los conflictos, etc.
- Factores *socioculturales*: Incremento de la presión social, desfasaje entre la realidad corporal promedio y la figura idealizada por los medios. Valores adjudicados a la delgadez: pertenencia al grupo de moda, éxito erótico, éxito intelectual, éxito laboral, etc.
- *Hábitos Sociales*: realización de dietas, expresiones verbales y comportamentales de insatisfacción con el cuerpo.

- Factores precipitantes:
 - No hay un elemento precipitante único, y en muchos casos es difícil determinarlo. El elemento gatillador puede ser una separación, o una pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa. Nuevamente, el disparador diverso nos remite a una consecuencia convergente: la amenaza a su autoestima y a la sensación de control de su mundo, que conduce a un incremento de la preocupación por su cuerpo y la convicción de que se sentirá que tiene el control de su persona si continúa perdiendo peso.

- Factores de mantenimiento:
 - Se destacan:
 - . Síndrome de *inanición*, que produce *aislamiento social* y *reducción de los intereses*. Las conversaciones giran en torno a un mismo tema: la comida.
 - . Los *vómitos*
 - . La *fisiología gastrointestinal*; genera una constipación crónica y una sensación de saciedad.
 - . Las percepciones corporales, *distorsiones de la imagen corporal*.
 - . *Factores cognitivos*: el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto, dicotómico, donde no hay cabida para puntos intermedios.

. Factores predisponentes no resueltos, conflictos familiares referidos a la maduración y autonomía; pueden contribuir a la cronicidad o recurrencia si no son atendidos de forma inmediata.

4.5 UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Es común escuchar que el abordaje en Bulimia y Anorexia debe ser rápido, eficiente, y eficaz. Por ello, que el abordaje debe estar centrado en una clínica de-la-mirada y del acallamiento de los síntomas.

Desde el psicoanálisis se propone, en cambio, una clínica de la escucha, con la cual se podría posibilitar el pasaje de una boca forzada a comer o a restringirse, a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto. Intercambiar Goce por significante.

Las particularidades de estos padecimientos, radican en su dimensión de actos irrefrenables y de los riesgos físicos que acarrear. En la bulimia, son los atracones y los mecanismos compensatorios posteriores. En la anorexia, están centrados en la restricción alimentaria que sostienen, la que no está exenta de crisis de orden bulímico.

El sujeto queda así por fuera de la cadena de significantes; se torna esclavo de su no-decir y, por ende de la pura mudez pulsional. Convoca al profesional a que su padecimiento sea sostenido y abordado como una adicción. Siguiendo a Lacan, no se trata del objeto-comida, en su sustancia, sino de la crisis en relación con lo imposible de decir, vinculada a las *patologías del acto*. Si la operación de “nombrar” falla, el sujeto buscará un movimiento para sustituirla, y es precisamente el pasaje al acto el que denotará la angustia en juego. Estos abordajes posibilitan un movimiento: *de la clínica del hacer a una del decir*.

Cuando los pacientes llegan al consultorio, su discurso parece incommovible. Es necesario posibilitar que el paciente se incluya en su discurso, en sus propios decires, situando así su “*localización subjetiva*”, requisito indispensable para la entrada en análisis.

La dimensión del *acto* del analista cobra, en este contexto, todo su valor. Deberá articular su estrategia, su táctica y su política en relación con la dirección de la cura e

intentar contrarrestar el rechazo “a saber” del analizante. El deseo del analista ocupará allí un lugar central, ya que determina una lógica y su ética.

Deberá operarse un pasaje de una problemática supuestamente referida al cuerpo para lograr la convicción de existencia del inconsciente y fundar así una dimensión específica, la del *amor al saber* (transferencia).

Es un momento privilegiado en la cura, cuando el paciente descubre asombrado que su angustia no está referida a la comida, aunque a ella la anude. En realidad al vomitar no busca expulsar para no engordar, sino que incorpora y expulsa una y otra vez, dramatizando la pérdida y el reencuentro con el objeto a.

Volviendo al tema del abordaje, estos pacientes son considerados de alto riesgo. *Lo que se arriesga en este padecer es la vida misma* y no solamente el vivir social, laboral y familiar. Las alteraciones que provocan la anorexia y la bulimia afectan el cuerpo biológico, la salud orgánica. Hay un punto de urgencia. Por eso la necesidad de una atención especializada, interdisciplinaria precisamente, por cuanto estos padecimientos conllevan complicaciones riesgosas. Siendo su ética la del bienestar, el saber médico insistirá en que “hay cosas por hacer”. Mientras que el analista, desde su posición, sostendrá que “hay cosas por decir”. Lo que no impide que, en situaciones límites se recurra a ambas modalidades.

“La acción de escuchar es la condición de la palabra”: el significante
puesto en el lugar preciso descarga al sujeto de “cierto peso”.

(Hekier, & Miller, 1994)

4.6 LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y LA INTERDISCIPLINA

A pesar de que se han esbozado algunas teorías biológicas, sobre estos trastornos, que van desde la disfunción hipotalámica hasta la vulnerabilidad genética, la mayoría de los autores coinciden en la multideterminación de esta enfermedad, en la cual convergen *factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos*. Cuando

se habla de trastornos de la alimentación no se puede dejar de conocer su multideterminación, y si se la comprende se entenderá la importancia que reviste el trabajo interdisciplinario en estas patologías.

Es por eso que el tratamiento correcto requiere un marco institucional, con facilidades para llevar a cabo estrategias diversas del manejo de estos pacientes y sus familias, y de un equipo multidisciplinario, integrado y comprometido con la ardua tarea.

Para trabajar interdisciplinariamente, es necesario hacerlo en equipo, elaborando una “lógica de la complejidad” que incorpore el desorden, la paradoja, lo heterogéneo, la diversidad; que analice cómo se producen las interrelaciones, admitiendo lo aleatorio e incierto, la ambigüedad, la complementación de las nociones de orden y desorden.

Reconocer los límites del conocimiento que se posee y hacerse responsable ante su aplicación interdependiente, eso implica trabajar interdisciplinariamente.

Un tratamiento integral como primera respuesta a estos problemas:

- Disminuye los riesgos de subdiagnósticos o sobrediagnósticos de la enfermedad.
- Evita el deambular del paciente por distintas especialidades médicas.
- Disminuye los costos que a corto y largo plazo implican tratar las consecuencias de la enfermedad una vez que se cronifica.
- Aumenta las posibilidades de una recuperación satisfactoria sin secuelas.

Los conocimientos fragmentados en las diversas disciplinas que se ocupan de niños y adolescentes resultan insuficientes ante problemáticas familiares, escolares, laborales, sociales, crecientemente complejas y polidimensionales, Es urgente que se vuelvan visibles y audibles las complejidades, la irrupción de lo inesperado, lo turbulento, la diversidad incesante en lo humano, lo social, lo cultural, lo familiar, lo subjetivo.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

SOBRE LA INSTITUCIÓN

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

A.I.P.A. se comienza a gestar a fines de 1994, por la inquietud de un grupo de profesionales del Hospital Español, quienes habían tratado a pacientes con trastornos alimentarios, cada uno desde su disciplina específica (medicina, psicología, nutrición), sin lograr por esto buenos resultados. Luego de mucho debatir y consultar la bibliografía existente, que en ese momento era muy escasa, llegaron a la siguiente conclusión: la patología alimentaria tiene dos dimensiones, una orgánica y una psicológica, y probablemente abordando estas dos dimensiones, en forma simultánea, se podrían obtener mejores resultados.

Fue así que en abril de 1995 comenzaron a trabajar interdisciplinariamente en los consultorios del hospital. Quien recibía un paciente con trastorno alimentario (médico, psicólogo o nutricionista) debía indicar la consulta complementaria. Pero ocurría que era difícil sincronizar los turnos, ya que la persona, al llegar a mesa de entrada, era incorporada a la larga lista de pacientes con otras patologías que cada uno de los profesionales atendía. Por lo tanto se hacía casi imposible coordinar la acción y los pacientes terminaban perdiéndose en los pasillos de la institución. El trabajo interdisciplinario se dificultaba en ese ámbito.

Decidieron plantear a la dirección del hospital la necesidad de tener un espacio físico exclusivo para la atención de pacientes con trastornos de la alimentación, cuyo número se acrecentaba día a día. Al entender, el cuerpo directivo, la validez de este pedido; les otorgaron la antigua Casa de las Hermanas, deshabitada desde hacía 8 años. Los profesionales se abocaron a la tarea de poner en condiciones el lugar, trabajando en ello los fines de semana.

Así, el 11 de septiembre de 1995 se inauguró AIPA brindando asistencia interdisciplinaria, ambulatoria, incluyendo la modalidad de Hospital de Día como *alternativa de abordaje terapéutico*.

Con la finalidad de brindar una mejor atención, en julio del año 1996, se trasladaron a sede propia, cita en David Luque 29, Barrio General Paz, en la Provincia de Córdoba. En julio del 2004 se trasladan a la calle Lima 1367, del mismo barrio.

SOBRE EL MODO DE ENTENDER LAS PATOLOGIAS ALIMENTARIAS

No todas las anorexias o bulimias son iguales.

No son las presiones culturales, ni la disconformidad con el propio cuerpo, ni la falta de valores “profundos” únicamente lo que determina estas patologías. En todos los casos hay un *conflicto interno*, que pone en marcha complejas operaciones de nuestro aparato psíquico, para intentar resolver el malestar. Así es como aparece el síntoma, como un *modo de respuesta “fallida” a un conflicto psíquico* que de allí en más será representado o escenificado con la comida.

Desandar el camino que recorrió la enfermedad desde su inicio hasta la consulta, es un trabajo arduo y complejo que lleva tiempo y esfuerzo.

LA PROPUESTA

Sofocar o amordazar un problema, no es lo mismo que resolverlo. Por eso la propuesta de asistencia, apunta a trabajar sobre las causas que dieron lugar a la enfermedad, atendiendo al mismo tiempo los distintos aspectos y consecuencias de sus manifestaciones.

Para esto AIPA cuenta con un equipo formado por especialistas en distintas áreas:

- Psicología
- Psiquiatría
- Clínica médica y Endocrinología
- Nutrición

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Consta de dos etapas:

a) Evaluación Diagnóstica Integral (E.D.I) El objetivo de esta primera etapa diagnóstica es lograr una evaluación del paciente en las diferentes áreas: psicológica, médica (clínica-endocrinológica) y nutricional.

Esta evaluación incluye:

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

- Entrevista psicológica
- Entrevista médica
- Evaluación nutricional

En caso de ser necesario se incluirán evaluación psiquiátrica y/o psicodiagnóstico

b) Tratamiento: La indicación de tratamiento surge de la **Evaluación Diagnóstica Integral** que se realiza a cada paciente.

Las actividades terapéuticas, son indicadas en función de un diagnóstico exhaustivo según el caso en particular; y valoradas periódicamente, en función de la evolución de cada paciente.

Las actividades terapéuticas que se realizan en la Institución son las siguientes:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Grupos de reflexión psicoterapéuticos de pacientes, coordinados por especialistas.
- Grupos de padres, coordinados por especialistas.
- Tratamiento psiquiátrico.
- Tratamiento médico- clínico.
- Tratamiento nutricional.
- Tratamiento Ambulatorio. (Hospital de día)
- Grupos de educación nutricional
- Talleres de expresión.

OBJETIVOS DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

Psicoterapia individual: Está indicada en todos los casos, entendiendo que el síntoma alimentario constituye una manifestación de aspectos conflictivos de la personalidad. Su objetivo apunta a que el paciente logre modos de resolución de conflictos que no comprometan su salud.

Psicoterapia familiar: Indicada en los casos en que el funcionamiento familiar constituye un obstáculo en la recuperación del paciente. Tiene por objetivos la orientación y apoyo a la familia, así como el logro de cambios en la dinámica entre sus integrantes.

Grupos de reflexión psicoterapéuticos: Constituyen un sostén al tratamiento. Posibilitan abordar aspectos vinculares que surgen entre los integrantes en la dinámica de trabajo, así como confrontar y buscar alternativas al malestar común.

Grupos de padres: Favorecen el intercambio de experiencias y la reflexión sobre el rol como padres, propiciando la contención del grupo familiar y el acompañamiento del paciente en su proceso de recuperación.

Tratamiento psiquiátrico: Indicado de acuerdo al diagnóstico y necesidad de cada paciente. Consiste en entrevistas y control psicofarmacológico.

Tratamiento médico-clínico: El objetivo es la valoración y seguimiento del estado clínico-metabólico del paciente (resultante de su disfunción alimentaria), la detección oportuna de complicaciones orgánicas y su medicación, así como la indicación de una eventual internación clínica.

Tratamiento nutricional: Implica un seguimiento del estado nutricional del paciente, la elaboración de un plan alimentario acorde a sus necesidades y la modificación paulatina de sus hábitos alimentarios a través de técnicas que le permitan mayor libertad frente a la comida.

Hospital de Día: Apunta a la *contención* del paciente frente a momentos de mayor desorganización en su alimentación y en sus aspectos concomitantes, que tienen su impacto en lo psicológico, familiar y social. Incluye estadía en la Institución de lunes a viernes de 10 a 17 hs. De esta manera se le brinda al paciente un espacio, un lugar, del que puede

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

apropiarse según sus necesidades. Donde realiza la colación de la mañana, el almuerzo y la colación de media tarde, además de participa de los talleres.

Grupos de educación nutricional: Tienen por objetivo trabajar la relación conflictiva de los pacientes con su alimentación, desmitificando el valor de los alimentos como “enemigos” de la figura, introduciendo pautas de una alimentación saludable a través de la información y confrontación.

Talleres de expresión: Tienen a favorecer toda actividad que estimule la libre expresión y la creatividad a través de técnicas de teatro, expresión corporal, plástica, etc. Propende a una conexión con el cuerpo y las emociones desde un lugar diferente al de la enfermedad. Actualmente únicamente se realiza el taller de expresión de la palabra, el cual supone facilitar la circulación de lo que se tiene para decir, para producir una especie de ruptura en la ilación de lo rutinario, lo encallecido, a través de las palabras, propias o ajenas, leídas o escritas, líricas o cotidianas, invocando la “voz con su propio eco a cuestas”.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

Un P.A.P. consiste en una *sistematización coherente de recursos en un plazo determinado*. Surge a partir de la demanda de una Institución, y en respuesta a ésta. Se dice que todo proyecto supone un cambio: “algo que era, después del proyecto ya no será como antes”.

Partiendo de una necesidad, que se podría llamar Situación Inicial, se comienza a realizar un diagnóstico institucional. Este consiste en poder delimitar algunas cuestiones como: ¿Qué problemas son identificados?, ¿Quiénes sufren esos problemas?, ¿Qué evidencias los comprueban?, etc. No olvidando incluir las variables institucionales que intervienen, ya que si se habla de una realidad, siempre se la entiende en su multideterminación.

Analizando las consecuencias del problema-necesidad, se puede entender el emergente, con lo cuál surge “la idea”, el disparador del proyecto. Ahora; si se analiza el origen del mismo, se pueden encontrar las causas; y por lo tanto diseñar una respuesta ordenada: EL PROYECTO.

Todo proyecto supone planificación. Cuando se habla de planificación, se suele utilizar el término en dos sentidos: ya sea como elaboración de planes, programas y proyectos; o como proceso y estrategia

Ezequiel Ander-Egg, en su libro “Introducción a la planificación” llega a un concepto bastante claro de la misma. La define como: “...la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí que, previstas anticipadamente, tiene el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados”.

Del mismo modo en que Einstein decía que “la ciencia no es nada más que el refinamiento del pensamiento cotidiano”, la planificación no es nada más que *una forma de sistematización del sentido común*.

FUNDAMENTACION

La Sociedad Postmoderna, caracterizada por “adorar” ideales que tienen que ver con el éxito, la belleza, la “salud” (recuerdese el Prototipo Sano de esta época); la abolición de todo conflicto, la fama, el poder y la felicidad ligada a la incorporación; dejan al sujeto que padece un sufrimiento mental, desprovisto de un LUGAR. Un lugar donde advenir como persona y por lo tanto desprovisto de la posibilidad de adquirir sentimientos de pertenencia. Por otro lado, las Instituciones Psiquiátricas, a donde son enviados todos aquellos que se alejan de la “norma social” (de la “normalidad”, cuando no son enviados a las cárceles) tampoco ofrecen un LUGAR ya que están regidas por la lógica de la marginación. De esta manera, la persona queda doblemente excluida.

El Hospital de Día, considerado según el Modelo de Salud Mental como una nueva práctica de intervención sobre el sufrimiento humano; se caracteriza por no excluir al “enfermo”. Le ofrece un LUGAR donde advenir subjetivamente, que promueve el crecimiento mental. También ofrece CONTENCIÓN y supone un LAZO SOCIAL (que en muchos casos fue interrumpido por diferentes circunstancias).

El Hospital de Día, además, supone la posibilidad de disminuir las tensiones acumuladas en los hogares, destacar la importancia de una alimentación adecuada y del cuidado físico y fomentar la autonomía. Todo esto mediante una serie de actividades realizadas en su mayoría en talleres, que implican un LUGAR de encuentro, donde se posibilita el despliegue de las potencialidades de cada persona, y se promueve así la salud.

Es importante aclarar, que los talleres no constituyen un tratamiento en sí mismos, no se trabaja en ellos a partir de apreciaciones diagnósticas; sino que brindan la oportunidad de ejercitar la convivencia y el derecho a la salud. Esto no quiere decir que no tengan efectos terapéuticos en algunos casos, sino que el objetivo primordial no es este.

¿Por qué Hospital de Día para abordar las patologías alimentarias?

Se considera a las patologías alimentarios como trastornos complejos, ya que convergen en ellos factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo (psicológicos) y

biológicos. Si bien el tratamiento psicoterapéutico (individual, grupal y familiar), el médico-endocrinológico y el nutricional son fundamentales en la atención de estas patologías; el Hospital de Día ofrece otras posibilidades que complementan este Abordaje Múltiple.

Existen, en los pacientes con trastornos alimentarios, dificultades para el funcionamiento autónomo y la separación (salida exogámica), y por lo tanto para la adquisición de la identidad. (Debe recordarse que la mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos son adolescentes, por lo cual la adquisición de la identidad es un logro que está en trámite en ese momento del desarrollo). Además, el aislamiento social y la reducción de los intereses, aparecen como características sobresalientes.

Otro punto a destacar, es el que tiene que ver con las características de las familias de estos pacientes. Estas tienen un funcionamiento perturbado, que conlleva rigidez y falta de resolución de conflictos, entre otros.

Una alimentación inadecuada y el descuido del aspecto personal, se suman a estas particularidades.

¿Qué pasa en AIPA?

Cuando las pacientes ingresan a AIPA se realiza la Evaluación Diagnóstica Integral. Aparecen entonces, en algunas de ellas, indicios que llevan al equipo interdisciplinario a convencerse de la necesidad de incluirlas en el Hospital de Día, como complemento del tratamiento indicado. (Se habla de “las pacientes” porque en esta Institución el total de las personas que asisten son mujeres)

Esto es así cuando la persona no está pudiendo procurarse los cuidados mínimos necesarios por sí misma y el riesgo nutricional es muy grande. En casos de marcado aislamiento social, de autoagresión o de manifestaciones compulsivas muy fuertes. En muchas oportunidades, se suma a esto la ausencia de contención familiar. Ya sea por tratarse de pacientes del interior de la provincia o de otras provincias que están estudiando en Córdoba, o en casos de marcadas perturbaciones familiares.

Frente a la indicación de incluir a la paciente, en el Hospital de Día, aparecen en algunos casos, dificultades por parte de las mismas o de sus familias. A veces, si bien

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

comienzan a asistir, no lo hacen con la frecuencia y el compromiso esperado. En otras oportunidades, estas dificultades, han ocasionado el abandono del tratamiento.

Los profesionales han observado esto en planteos como:

Por parte de la familia:

- “¿Tan grave está?”
- “¿No se va a enfermar más si pasa tanto tiempo acá?”
- “¿Qué cosas va a poder seguir haciendo?”
- “¿Va a poder seguir yendo al colegio?”

Y por parte de la paciente:

- “Yo no voy a dejar mi vida”
- “Yo no estoy tan loca”
- “No voy a comer acá, delante de otras”
- “¿Qué pasa si yo no quiero comer?”

Debido a esto, y por considerar la necesidad de un abordaje múltiple en el trabajo con estas patologías, se pensó en realizar este proyecto, que está destinado a favorecer la inclusión de las pacientes en el Hospital de Día de la Institución. Y así, de esta manera, poder abordar la patología alimentaria mediante un Tratamiento Integral, en los casos en que sea necesario. Por Tratamiento Integral se entenderá el tratamiento psicoterapéutico, ya sea individual, grupal y en algunos casos familiar; y la participación en el Hospital de Día.

¿En qué consiste el proyecto?

El proyecto consta de una serie de actividades que suponen técnicas de sensibilización, mediante las cuales se incorpora a las pacientes *progresivamente* en el Hospital de Día, mientras se las acompaña y se les da un lugar donde trabajar sus dudas, cuestionamientos, incertidumbres, etc. a la vez que se realiza un aprendizaje de trabajo en grupo, similar al que llevarán a cabo una vez que se incluyan en todas las actividades que el dispositivo propone.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Además, se realizara un taller con el equipo interdisciplinario de profesionales, cuyo objetivo será llegar a una idea compartida sobre las características del Hospital de Día encuadrado en esa institución, entre otros.

Se planteara la posibilidad de redefinir el nombre del dispositivo y de incluir nuevas actividades en él, según las necesidades e intereses de las pacientes.

Se han realizado algunas entrevistas a pacientes (remitirse al anexo de este trabajo) que hace un tiempo que están realizando un Tratamiento Integral en la Institución, y que se recuperan progresivamente. Todas hicieron referencia a dos momentos de la enfermedad. Durante el primero, no se reconocieron enfermas, ni sintieron que necesitaban ayuda profesional. Pero luego, sí. En ese primer momento se presentaron muy resistentes a todo tipo de ayuda y los intentos de sus familias o profesionales de la salud fueron prácticamente insatisfactorios.

Cuando se hizo referencia, en las entrevistas, sobre los cambios que había producido el Tratamiento Integral en cada una de ellas, todas dijeron que fueron muy positivos. Que los talleres y los grupos de reflexión les habían servido mucho. Y que cuando *hicieron suyos los espacios* que brindaba AIPA, comenzaron a participar más comprometidamente en su recuperación. No obstante, según una de las psicólogas del equipo, quien es la psicoterapeuta de estas pacientes, los primeros momentos en el Hospital de Día fueron difíciles. Sobretudo, porque no se podía lograr una continuidad y compromiso en la asistencia al mismo.

Un dato llamativo, que se observó en estas entrevistas, fue que al preguntar si participaban del Hospital de Día, parecían no entender, era notorio el rostro de desconcierto. Es decir, no sabían que era. (A pesar de que formaban parte del mismo) Por lo cual, durante el transcurso de las mismas se comenzó a hacer referencia, a “los distintos espacios que brinda AIPA durante el tratamiento” para no crear confusiones.

Mediante la búsqueda de antecedentes en este trabajo, se pudo observar, que existen numerosas instituciones que trabajan con “Hospital de Día”. Es notorio que no todas utilizan este nombre para denominar al dispositivo.

“Clínica de Día”, “Centro de Día”, “Talleres” etc. son algunas de las denominaciones encontradas. Considero que la palabra “Hospital” puede, en muchos casos, estar íntimamente ligada a la institucionalización del paciente, es decir a su internación; a enfermedad, a desvalimiento, etc.

Sería muy interesante realizar una investigación sobre las representaciones concientes e inconscientes ligadas a este término, pero eso excedería los límites de este trabajo. Es por ello, que solo se planteará las relaciones del término “Hospital de Día” con connotaciones del tipo mencionadas a manera de hipótesis. Y se propondrá el cambio de denominación de este dispositivo terapéutico, en base a los objetivos del mismo ya mencionados en el capítulo 3, los cuales no concuerdan con el término que se utiliza generalmente para nombrarlo. Esto podría, tal vez, resultar estratégico a la hora de realizar la indicación.

Retomando el tema de las dificultades que se mencionaban al comienzo (que dieron origen a este proyecto) se piensa pueden estar relacionadas con las siguientes variables:

- *Resistencias propias de una enfermedad psicológica*; ya que el síntoma es la mejor solución posible que la persona pudo encontrar entre sus impulsos y sus controles; y por esto el paciente moviliza todas sus resistencias a fin de no curarse.

- *Resistencias Institucionales*: en general, los profesionales de la salud, por pertenecer a una comunidad que excluye la “locura”, y a la vez ser miembros de un dispositivo que pretende albergarla; pueden correr el riesgo de la desimplicación. Se pueden producir actings-out institucionales, los cuales se podrían ver en la dificultad, por períodos, de tomar pacientes, de darles cabida sin discriminación, de plantearse frente a la frustración por poca mejoría una derivación fuera de tiempo, etc. (Estas ideas fueron extraídas de la clase número 10: “El espacio colectivo en la constitución del sujeto, la razón de existir del Hospital de Día”, perteneciente al Seminario: “El psicoanalista y la práctica hospitalaria” del Programa de Seminarios por Internet de Psiconet)

- *Resistencias de los padres*, quienes pueden ver amenazado su lugar en la medida en que la paciente logre tener uno. Además de que el hecho de que su hija tenga que comenzar un tratamiento psicológico, puede generar sentimientos de culpa en ellos por la enfermedad de esta. También es importante destacar que las familias de estas pacientes están estructuradas de tal forma que el síntoma juega un papel fundamental, y la supresión de este supondría una reestructuración de la misma, con las resistencias que esto genera.

- *Dificultades de las pacientes que recién ingresan a la Institución para incluirse en los grupos preexistentes*, ya sea grupos de pacientes como de profesionales.

- *Inconvenientes económicos*

- *Inconvenientes de tiempo*, debido a que algunas pacientes no viven en Córdoba y viajan periódicamente para realizar solo su terapia individual y el control nutricional. Y en otros casos, son pacientes que realizan otras actividades: laborales o estudiantiles (esto en caso de pacientes que no están tan graves)

De todas las variables mencionadas, y seguro que mediante una investigación más exhaustiva se podrían encontrar más, solo se trabajará con dos de ellas. Esto es así, debido a la necesidad de acotar los límites del proyecto. De todas maneras, este proyecto podría aportar nuevos interrogantes, abrir nuevas cuestiones e hipótesis.

Las variables que se tendrán en cuenta son: la que tiene que ver con características propias de la enfermedad y aquella en relación con la inclusión de pacientes en un grupo preexistente.

En AIPA, teniendo en cuenta los momentos de la enfermedad (a los que hacen referencia las pacientes), de una manera estratégica se las incluye en grupos y talleres progresivamente, mientras realizan un trabajo terapéutico individual y el seguimiento médico y nutricional. No obstante se consideró importante elaborar este proyecto,

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

mediante el cual incluir mayor racionalidad y organización, utilizando los recursos ya existentes; a la vez que proponer la incorporación de algunos nuevos.

¿Para qué se quiere realizar este proyecto?

Este proyecto se quiere realizar para... (OBJETIVO GENERAL):

Favorecer el ingreso al Hospital de Día, de aquellas pacientes que lo requieran según la Evaluación Diagnóstica Integral; para complementar el tratamiento que propone la Institución y así aumentar su efectividad.

A través de (OBJETIVOS ESPECIFICOS):

- a. Rediseñar dispositivos institucionales para transmitir la indicación de Hospital de Día, que permitan disminuir algunas dificultades para ser aceptada.
- b. Redefinir la denominación del dispositivo de abordaje “Hospital de Día” con fines estratégicos, para disminuir dificultades en su aceptación.
- c. Generar estrategias de abordaje institucional, que faciliten la incorporación al Hospital de Día de aquellas pacientes que necesiten un tratamiento integral.

¿A quiénes va dirigido?

El Proyecto está dirigido a las pacientes de la Institución que comienzan o han comenzado recientemente su tratamiento, y que el equipo de profesionales considera necesario complementar con los espacios del Hospital de Día.

Los beneficiarios indirectos serán los profesionales de la Institución, quienes podrán familiarizarse aún más con la problemática de cada paciente y utilizar un conjunto de recursos organizados (algunos nuevos y otros que ya están funcionando) para trabajar en sus recuperaciones.

También este proyecto puede, en un futuro, ser implementado en otras Instituciones con similares características y abrir nuevas hipótesis que ayudarían al abordaje de estas patologías.

PLANE DE METAS Y ACTIVIDADES

META₁

Que a los treinta días de implementado el proyecto, el equipo de profesionales arribe a una idea compartida, a cerca de las características del dispositivo de Hospital de Día de la Institución.

META₂

Que a los treinta días de implementado el proyecto se redefina la denominación del dispositivo.

Se incorporaron estas metas, ya que se consideró que antes del trabajo con las pacientes era necesario arribar a ideas compartidas entre el equipo interdisciplinario.

Para el cumplimiento de estas metas, se realizará un taller total (véase tipos de taller en el capítulo 3) con los profesionales, cuya duración será de un mes aproximadamente, realizándose dos encuentros quincenales. Se elegirá un profesional, que asumirá el rol del coordinador del grupo y se compartirán conocimientos, experiencias, etc. llegando al final del taller, a modo de conclusión y cierre, a la elaboración de un informe escrito. En él quedará expresada la manera de entender el dispositivo terapéutico en la Institución; y la forma y el momento en que se va a transmitir la indicación a las pacientes y a sus familias. Además se llegará a un acuerdo sobre una nueva denominación del dispositivo.

Durante este taller se realizarán las siguientes actividades:

1. EXPLICITACION DE LOS OBJETIVOS DEL TALLER Y EXPOSICIÓN DE CONOCIMIENTOS

Tiempo de ejecución: Un encuentro de aproximadamente dos horas.

Lugar de realización: Salón de usos múltiples u otro espacio cómodo y amplio

Técnica

- Charla-debate
- Lluvia de ideas: El objetivo es poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. El coordinador hace una pregunta clara, donde expresa el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que los participantes puedan responder a partir de su realidad, de su experiencia, sus conocimientos. Una vez hecha la pregunta, cada uno debe decir por lo menos una idea sobre lo que piensa de ese tema. Se anotan en una pizarra todas las opiniones y luego se eligen aquellas que resuman la de la mayoría del grupo o se elaboran en grupo las conclusiones, realizándose un proceso de eliminación o recorte de ideas.

Esta técnica supone un papel activo y participativo de todos los integrantes.

Recursos:

Humanos: Se elegirá a uno de los profesionales para que asuma el rol de coordinador.

Materiales: Pizarra y marcadores, bibliografía.

2. ELABORACION DE LAS CONCLUSIONES

Tiempo de ejecución: un encuentro

Lugar de realización: Salón de usos múltiples u otro espacio cómodo y amplio

Técnicas:

- Charla-debate
- Elaboración de un informe escrito

Recursos

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Humanos

Materiales: Pizarra y marcadores, PC

CUADRO DE SINTESIS

META 1: Que a los treinta días de implementado el proyecto, el equipo de profesionales arribe a una idea compartida, a cerca de las características del dispositivo de Hospital de Día de la Institución.

META 2: Que a los treinta días de implementado el proyecto se redefina la denominación del dispositivo.

ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCION	LUGAR DE REALIZACION	TECNICAS	RECURSOS
Explicitación de los objetivos del taller y exposición de conocimientos	1 encuentro	Salón de usos múltiples u otro	Charla-debate Lluvia de idea	Humanos Materiales
Conclusiones	1 encuentro	Salón de usos múltiples u otro	Charla-debate Informe escrito	Humanos Materiales

META 3.A

Que a los dos meses de iniciado el proyecto, las pacientes se puedan incluir en todas las actividades del Hospital de Día.

Para alcanzar esta meta se conformará un taller horizontal (“Taller de ingreso”, esta denominación puede ser reformulada por el equipo en caso de que lo consideren necesario)

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

con las pacientes que necesiten formar parte del Hospital de Día. Este taller tendrá una duración total de aproximadamente dos meses, con una frecuencia de una vez por semana en general.

En él se trabajará con técnicas de sensibilización, que favorezcan la gradual participación de las pacientes en el Hospital de Día. *De esta manera y progresivamente, irán conociendo de que se trata este dispositivo, qué actividades se realizan en él y de que manera se llevan a cabo, quienes las dirigen, y quienes están participando actualmente en ellas. Se dispondrá de un espacio para evacuar dudas, incertidumbres, etc.*

Además, las pacientes comenzarán a experimentar el trabajo en grupo de pares, sobre el cual se sustenta el Hospital de Día.

Para los primeros encuentros se utilizarán técnicas de *presentación y animación*, cuyo objetivo, es desarrollar la participación al máximo y crear un ambiente fraterno y de confianza, necesario para el compromiso con el grupo. (Durante las actividades que se llevarán a cabo, se hará referencia al “grupo” entendiéndolo que el taller es un grupo de personas; vale esta aclaración para no crear confusiones con el encuadre de un grupo terapéutico u operativo, que difiere del primero)

Será necesario que el/los coordinadores tengan cierta sensibilidad para percibir y tratar los problemas, conductas, comportamientos, actitudes, necesidades y aspiraciones de las diferentes pacientes. Además, son importantes la flexibilidad y estabilidad. Ser flexible habiendo perdido toda dirección, es ir a la deriva. Y mantener a toda costa una dirección pre-establecida, implicaría una rigidez operativa, que podría conducir al fracaso. Estas cualidades suponen capacidad para ajustarse rápidamente a las situaciones, acortando el tiempo de reacción frente a hechos no previstos. Y, por otro lado, adaptarse sin perder de vista los objetivos estratégicos.

Como no se registra un número estable de ingresos de pacientes por mes, sería necesario implementar el proyecto en momentos estratégicos. Es decir conformar el “taller de ingreso” una vez que se hayan reunido por lo menos cuatro pacientes aptas, lo cual puede demorar talvez un par de meses, mientras tanto se avanzaría en el trabajo terapéutico individual y en el control nutricional habitual.

Como se pudo observar todas las actividades de este proyecto están interrelacionadas y se refuerzan mutuamente. Y además están ordenada de tal manera que se pueda realizar un pasaje *progresivo* “del afuera al adentro”. La idea de PROGRESIÓN ha jugado un rol fundamental en la formulación del proyecto.

A continuación se presentarán las actividades:

1. PRESENTACIÓN DE LAS PACIENTES Y EL/LOS COORDINADORES

Las técnicas incluidas en esta actividad les permitirán a los coordinadores conocer a las pacientes, a la vez que les permitirán a ellas conocerse entre sí.

Tiempo de ejecución: una reunión (1hora y media, tiempo válido para todos los encuentros)

Lugar de realización: Salón de usos múltiples de la Institución (si el clima lo permite se puede realizar en el patio)

Técnicas:

- Expresión verbal: Se presentaran los coordinadores y se comentará cual va a ser su función en esta etapa: la de *acompañarlas* en los primeros pasos por la Institución. Se le pide a cada integrante que se presente. El/los coordinador/es debe estar atento a la forma de presentación y a cuáles son los datos que la persona expone, ya que la manera de presentarse aporta información muy útil para ir conociendo a cada una de las pacientes. El nombre, la edad, cuales son las actividades que le gusta realizar, y qué espera encontrar en el grupo, son datos que sería importante indagar en el caso que la paciente no los aporte espontáneamente.

- Identificación: Se le pide a cada paciente que se identifique con un animal o cosa, que tengan que ver con características de su personalidad, y que luego explique el porqué.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

- “El aviso clasificado”: Escribir en una hoja de papel una descripción de sí mismo como si se ofreciera para “algo” en un aviso clasificado del diario. Luego se comenta. Se les pregunta a las demás para qué les sería útil cada clasificado.
- Elaboración del “Resumen del día” al finalizar la jornada: Al final de cada reunión, y durante todo el “taller de ingreso” las pacientes elaborarán en conjunto un resumen de lo vivido. El mismo se hará mediante dibujos, frases, canciones, refranes, etc. Se irán guardando hasta el último encuentro donde se armará una carpeta, en la cual se podrá apreciar la evolución del grupo. Esto será útil para hacer una evaluación de la misma. Además las pacientes propondrán un nombre para esta carpeta que resuma las experiencias vividas. (Esto, supone también, una evaluación final del proyecto mismo, la cual servirá para plantear modificaciones futuras)

Recursos:

Humanos: Se necesitará uno o dos coordinadores. Pueden ser profesionales de la Institución, o estudiantes avanzados que estén realizando prácticas o su capacitación en ella, formación y supervisión mediante.

Algunas de las funciones que debe tener el coordinador son:

- Crear, fomentar y mantener la comunicación.
 - Detectar y señalar los obstáculos que se presenten en la tarea.
 - Visualizar y contribuir a la elaboración y resolución de contradicciones.
 - Promover la indagación y el descubrimiento de nuevos aportes
 - Reflexionar sobre las relaciones de los integrantes entre sí y con la tarea.
 - Ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes.
 - Y sobre todo, y en este caso, acompañar a los integrantes en el campo afectivo.
- Además por tratarse en la mayoría de adolescentes, el coordinador debe tener carisma, flexibilidad, y humor.

Materiales: Teléfono (en el caso que sea necesario ubicar a alguna paciente).

Hojas de colores tamaño A4 (5 aprox.), marcadores (5 aprox.), 1 cartulina de color (presupuesto: \$10)

2. RECORRIDO INSTITUCIONAL

Tiempo de ejecución: dos horas

Lugar de realización: Toda la Institución

Técnicas:

- Visita guiada: Se realizará una visita por toda la Institución, recorriendo los diferentes espacios, y comentando que actividades se realizan en cada uno.
- Presentación de los integrantes de la Institución: Donde se podrán exponer diversas inquietudes, mediante la expresión verbal
- Se comentará la actividad en el grupo, despejando dudas, incertidumbres o preguntas que no hayan sido formuladas. Expresión verbal
- Elaboración del “resumen del día”.

Recursos:

Humanos: Se necesitará la presencia de la mayor cantidad posible de los integrantes de la Institución que estén en ese momento: Secretaria, cocinera, contadora, profesionales de la salud, etc. (Si no fuera posible el encuentro con todos, en las reuniones posteriores se dispondrá de tiempo para la presentación del personal restante)

3. PRESENTACIÓN DE LAS PACIENTES QUE YA INTEGRAN EL HOSPITAL DE DIA

Tiempo de ejecución: 1 hora y media (un encuentro)

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Lugar de realización: Salón de usos múltiple o patio

Técnicas

- Expresión verbal: Ambos grupos se presentarán. Y las pacientes del Hospital de Día comentarán brevemente qué hacen en AIPA.

- Collage colectivo: Esta técnica se puede utilizar para realizar un intercambio de experiencias. Se realizará mediante la confección de dos murales. Uno lo realizarán las pacientes del Hospital de Día, y el otro las pacientes del “Taller de Ingreso”. La consigna estará relacionada con las vivencias en la Institución. Los murales podrán contener imágenes, palabras, frases etc. recortadas de revistas o escritas por las pacientes.

- Debate sobre la técnica propuesta anteriormente

- Elaboración del “Resumen del Día”

Recursos

Humanos

Materiales: Dos cartulinas (presupuesto: \$0,80),

4. INCORPORACIÓN A LOS TALLERES DE LA PALABRA Y NUTRICIONAL

Además de realizar el almuerzo en la Institución en casos en que se considere necesario.

Tiempo de ejecución: cuatro semanas

Lugar de realización: Salón de usos múltiples

Recursos:

Humanos

5. REFLEXIÓN SOBRE LA INCORPORACION A LOS TALLERES

Tiempo de ejecución: Dos encuentros (quincenales)

Lugar de realización: Salón de usos múltiples o patio

Técnicas:

- Charla-debate: Se comentara lo realizado en los talleres a los que asistieron por primera vez las pacientes, dando la posibilidad de evacuar dudas, escuchar opiniones, etc.

Recursos:

Humanos

6. REUNION FINAL. CIERRE DEL “TALLER DE INGRESO”.

Tiempo de ejecución: Un encuentro

Lugar de realización: Salón de usos múltiples o patio

Técnicas

- Confección de la carpeta donde se incluirán todos los informes de los encuentros
- Elaboración del nombre de la carpeta: Se elegirá de manera grupal un nombre o frase que represente todo lo experimentado por las pacientes durante el taller.

Recursos:

Humanos

Materiales

CUADRO DE SINTESIS

META 3.A. Que a los dos meses de iniciado el proyecto, las pacientes se puedan incluir en todas las actividades del Hospital de Día.

ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCION	LUGAR DE REALIZACION	TECNICAS	RECURSOS
-------------	---------------------	----------------------	----------	----------

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Presentación de las pacientes y los coordinadores	1 encuentro	Salón de usos múltiples o patio	Expresión Verbal Identificación "El aviso clasificado" "Resumen del Día"	Humanos Materiales
Recorrido Institucional	1 encuentro	Toda la Institución	Visita guiada Presentación Reflexiones "Resumen del Día"	Humanos
Presentación de las pacientes que ya integran el Hospital de Día	1 encuentro	Salón de usos múltiples o patio	Expresión verbal Collage colectivo Debate "Resumen del Día"	Humanos Materiales
Incorporación a los talleres de la palabra y nutricional	Cuatro semanas	Salón de usos múltiples		Humanos
Reflexión sobre la experiencia	2 encuentro	Salón de usos múltiples	Charla-debate	Humanos
Reunión final Cierre del "Taller de Ingreso"	1 encuentro	Salón de usos múltiples o patio	Confección de la carpeta de los "Resúmenes del Día" Elaboración del nombre de la carpeta	Humanos Materiales

META 3.B

Que a los tres meses de iniciado el proyecto se incluyan, por lo menos, dos actividades nuevas al Hospital de Día, propuesta por las pacientes.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Se plantea la necesidad de conocer cuáles son las inquietudes, gustos, hobbies y necesidades de las pacientes. A partir de allí, que propongan nuevas actividades, que tal vez podrían estar a cargo de algunas de ellas y así generar mayor compromiso con la Institución y con el tratamiento

Esto se pensó partiendo de la base de que en un Hospital de Día, no solo se realizan actividades terapéuticas y a cargo de profesionales, sino también de recreación (como: lectura, cine, cocina, gimnasia, manualidades, jardinería, etc.)

Se considera que la implementación de nuevas actividades propuestas por las pacientes y a cargo de ellas, podría favorecer la motivación para asistir al Hospital de Día. Además brindar nuevos espacios, que favorezcan el desarrollo de su autonomía, autoestima, intereses, potencialidades, etc., y que colaboren a disminuir el aislamiento social tan marcado en algunas de ellas, promoviendo de esta manera la salud.

Se realizará mediante la siguiente actividad.

1. RECEPCIÓN DE LAS INQUIETUDES DE LAS PACIENTES

Tiempo de ejecución: Dos meses

Lugar de realización: Salón de usos múltiples

Técnicas:

- Buzón de sugerencias: Se colocará un buzón, en donde las pacientes podrán exponer con libertad sus inquietudes y sugerencias. Se les informará, tanto a las que están ingresando a la Institución como a las que ya hace un tiempo que asisten, que el buzón es una posibilidad más que tienen para expresarse y para comunicarse. Que a través de él también serán escuchadas, y que sobretodo interesa conocer cuáles son las actividades que más les gusta realizar durante el tiempo que pasan en AIPA, y cuáles les gustaría que se implementaran. Lo receptado será expuesto periódicamente en las reuniones de equipo, donde se elegirán cuáles serán las actividades que se van a incluir y cuanto van a durar.

Recursos:

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Humanos: Los profesionales de la Institución deberán revisar el buzón periódicamente, y comentar lo expresado por las pacientes en las reuniones de equipo.

Materiales: Una caja forrada en forma de buzón, con una leyenda al frente donde se aclare para que será usado. (presupuesto: \$2.00)

CUADRO DE SINTESIS

META 3.B Que a los tres meses de iniciado el proyecto se incluyan, por lo menos, dos actividades nuevas al Hospital de Día, propuesta por las pacientes.

ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCION	LUGAR DE REALIZACION	TECNICAS	RECURSOS
Recepción de las inquietudes de las pacientes	dos meses	salón de usos múltiples	Buzón de sugerencias	Humanos Materiales

* Se estipula que el presupuesto total, necesario para la compra de materiales es de \$20 aproximadamente.

CRONOGRAMA

MES	1				2				3			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES												
Explicitación de los objetivos del taller y exposición de conocimientos	X											
Conclusiones		X										
Presentación					X							
Recorrido Institucional						X						
Presentación de otras pacientes							X					
Incorporación a talleres								X	X	X	X	
Reflexiones								X		X		
Cierre										X		
Recepción de inquietudes					X	X	X	X	X	X	X	X

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Una manera de evaluar el proceso de este proyecto es mediante los “resúmenes del día” que se elaboraran al finalizar cada reunión. En ellos se encontraran lo que las pacientes han vivido durante el proyecto. A su vez, sirve también para pensar en hacer modificaciones durante el mismo, según las inquietudes que vayan surgiendo en el grupo.

Quienes hayan estado a cargo del “taller de ingreso” realizarán entrevistas abiertas a los coordinadores de los talleres del Hospital de Día, en donde se obtendrá información acerca de si se encontraron diferencias entre las pacientes que se incorporaron al dispositivo antes y después de implementado el proyecto.

Toda la información recogida, será compartida durante las reuniones de equipo, en donde se sacarán conclusiones y se propondrán reformas en el proyecto en el caso de que sean necesarias. (*)

Haciendo referencia a un análisis cuantitativo, se deberá realizar una comparación entre la cantidad de pacientes con indicación de Hospital de Día que han ingresado al mismo antes de implementar el proyecto y luego de implementarlo.

(*) El equipo de profesionales está integrado, entre otros, por los terapeutas de las pacientes, quienes podrán aportar información muy importante sobre el proceso por el cual fueron pasando las mismas.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

REFLEXIONES FINALES

Los valores vigentes, parecen estar relacionados con el éxito, la adquisición de prestigio y poder. Quien los alcance, se podría considerar “triunfador”, “ganador narcisista” y poseedor de “reconocimiento social”.

La familia y el trabajo, ya no son los soportes de los antiguos modelos económicos. Los vínculos que tradicionalmente suponían un anclaje a la familia, al barrio, a la comunidad o al lugar de trabajo, se diluyen y debilitan.

La carencia de referentes identificatorios genera incertidumbre, desconcierto e indefensión, pudiendo, en cambio, servir estos como guía para afrontar nuevas situaciones. Se desconoce cómo conciliar lo que se desea, se sabe y se piensa, con la expectativa social. Por esto, sin proyectos, se obtura la posibilidad de anticipar y de predecir, y así todo plan se suspende.

La promoción social del cuerpo como envase vacío, sin interioridad; la valoración de lo superficial y de la imagen y la obturación del deseo a partir de la lógica del consumo; suman y constituyen las características de la época actual, ubicándose las patologías adictivas como prototipo de la misma.

Dentro de este contexto, los “lugares” se han transformado en “no lugares”. Aquellos espacios necesarios para tejer el entramado relacional e intentar intimidad y privacidad; en donde hablar el mismo lenguaje de gestos, palabras y silencios; en donde compartir códigos comunes y así participar de una historia compartida; se están reemplazando por nuevos territorios urbanos donde transitan individuos anónimos y donde el intercambio interpersonal es escaso. Así, estos “no lugares” suponen, además, espacios donde es difícil encontrar identidades, relaciones e historias.

En este panorama, no hay Lugar para los que no poseen los recursos requeridos. Se convierten en “perdedores”, “fracasados” y son expulsados fuera del sistema, con una sensación de derrumbe narcisístico y de no tener un lugar de reconocimiento y sostén. El sufrimiento psíquico se hace insostenible. Se anula la ilusión, constitutiva de la subjetividad y la parálisis pasa a dominar la escena interna.

Desde el Modelo de Salud Mental, el Hospital de Día se propone como estrategia para recuperar de alguna manera “ese lugar perdido”. Brindando la posibilidad de un Lazo Social, y posibilitando así el advenimiento del Sujeto. En la subjetividad anidan deseos,

fantasías, afectos e ideales, ideas y recuerdos, donde cada ser humano se reconoce en su identidad, en tanto alguien que es y existe en una continuidad temporal.

Es necesario reflexionar acerca de la *interrelación* entre lo intrapsíquico y la cultura, y asumir como desafíos los emergentes que genera. De esta manera replantear los Modelos de Salud, las concepciones familiares y culturales y los procesos de subjetivación. Una *capacidad interdisciplinaria activa* y el desarrollo de la *creatividad e imaginación* se hacen indispensables.

Para concluir, quisiera incluir una cita del libro de Ferrari, que refleja mi posición sobre la situación a la que venía haciendo referencia: “El genial legado de Freud no sólo consistió en las ideas sobre el psiquismo humano que enunció, sino también en la permanente necesidad de revisar y actualizar los mismos; y en buscar dentro de nosotros aquello que puede oponerse a esta búsqueda. Este es el desafío; un ideal que quizás no alcanzaremos pero hacia el cuál empezamos a caminar.”

BIBLIOGRAFIA

Ander-Egg, E. (1995) *Introducción a la Planificación*. Buenos Aires: Ed. Lumen

Basaglia, F., Langer, M., Caruso, I. (1978) *Razón, Locura y Sociedad*. Buenos Aires: Ed. Siglo 21. (13ª edición, 2001)

CEDEPO (Centro Ecuménico de Educación Popular) (1999) *Técnicas Participativas para la educación popular*. Buenos Aires: Ed. Hvmánitas.

DSM-4 (1995) *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Ed. Messou

Ferrari, H.; Zac de Filc S. (2002) *Desafíos al Psicoanálisis en el Siglo XXI: Salud mental, Sexualidad y Realidad Social*. Buenos Aires: Ed. Polemos

García, D. (1997) *El Grupo: Métodos y Técnicas Participativas*. Buenos Aires: Ed. Espacio

Hekier, M.; Miller, C. (1994) *Anorexia-bulimia: Deseo de nada*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Herscovici, C.; Bay, L. (1993) *Anorexia nerviosa y bulimia*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Moizeszowics, J. (1994) *Psicofarmacología Psicodinámica III. Nuevos Enfoques Clínico-Terapéuticos*. Buenos Aires: Ed. Paidós (3ª edición actualizada y aumentada)

Rojas, M.C.; Sternbach, S. (1997) *Entre dos Siglos: Una lectura psicoanalítica de la Postmodernidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial (segunda edición)

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Toro, J (1996) *El Cuerpo como Delito*. Buenos Aires: Ed. Aires

Zuckerfeld, R. (1992) *Acto, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Lic. Fernández, M (2004-2005) *Centro Médico Santa Ana, Psicoterapia individual y familiar: Planificación de Terapia Ocupacional*. Capital Federal. Argentina

Baiud, Alejandra (2001-2002) *Práctica Profesional IV: Carrera de Terapia Ocupacional; Universidad de Quilmes*. Capital Federal. Argentina.

Barborini, Verónica (2002) *Práctica Profesional IV: Carrera de Terapia ocupacional; Universidad de Quilmes*. Capital Federal. Argentina.

Cattáneo, Jimena (2002) *Descripción del trabajo grupal con pacientes adictos en el IPAD*. Facultad de Psicología. UNC Argentina.

Rodríguez González, Analia (2003) *Práctica Profesional IV: Carrera de Terapia Ocupacional; Universidad de Quilmes*. Capital Federal. Argentina.

Aspectos Psicológicos del paciente frente a la enfermedad (s.f.) Recuperado el 20/10/03 de <http://www.monografias.com>

Programa de Seminarios por Internet: *El psicoanalista y la práctica hospitalaria* Clases: 9, 10, 19.a Recuperado el 15/03/04 de <http://www.edupsi.com>

Problemática del paciente psicótico en condiciones de externación (s.f.) Recuperado el 15/03/04 de <http://www.monografias.com>

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Musicoterapia en las Adicciones (s.f.) Recuperado el 26/07/04 de
<http://www.psicoadic.com>

<http://www.drwebsa.com.ar/borda/>

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

ANEXO

ENTREVISTA N° 1

Paciente: **Mariana**

Datos Personales:

- 22 años
- Estudiante Universitaria (Cs. Económicas)
- Trabaja
- Es de Córdoba
- Hace un año y medio que está en AIPA

E: ¿Vos formas parte del hospital de día de AIPA?

P: (Silencio. *Parece no entender*)

E: ¿Pasas tiempo en la Institución? ¿Venís a la mañana, almorzás, realizas diversas actividades acá y te vas a la tarde?

P: No. Yo vengo solamente a sesión de grupo y a las sesiones terapéuticas individuales. Por ahí participo de algunos talleres.

E: ¿Te acordás, hace un año y medio, cuando llegaste a AIPA como te sentías? ¿En que situación estabas cuando llegaste?

P: Sí. Estaba muy mal. Me sentía muy mal, muy bajoneada. Lloraba todo el día. Me sentía muy mal, tenía un par de ideas medias fijadas. Y llegue acá pensando que ya no tenía como salir de esto. Me veía como en el fin. Era eso, y ya estaba. No había otra forma de encarar la vida. A mí me pasó esto y chau.

E: ¿Te acordás cuales eran esas ideas?

P: Siempre fui muy estudiosa. De importarme las notas, y de tratar de tener muy buenas notas. De repente muchas emociones fueron invadiendo de a poco esa estabilidad que tenía en el estudio y mi rendimiento. Sentía como que no podía. Estudiaba y no me quedaba nada en la cabeza, como que estaba nula. Estúpida. Como que era tonta. Y bueno, después vino toda la crisis económica del 2002. Se hablaba mucho. En todos lados hablaban mucho. En la radio, en la tele, en el diario. Hablaban de los chiquitos que tenían carencias nutricionales y que las consecuencias se ven cuando grandes. Digamos que... como que no tienen la capacidad... se nota que... a nivel mental, o la capacidad intelectual. Entonces mi anorexia data de los 12, 13 años. Y digamos que fue muy prolongada y muy poco cuidada en cuanto a lo nutricional. Y pensaba que eso había generado algún problema en este nivel. Y lo que me estaba pasando era como que se estaba viendo todo eso. Esas carencias que tuve, nutricionales, digamos.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Vine con la idea de que ya no servía para nada. A parte, ya muchos de mis valores y metas estaban puestas solo y únicamente en la facultad. En eso, en tener buenas notas, en rendir bien. Entonces que eso se me desmoronara, era todo. Al desmoronarse eso, el resto de las cosas como que no estaban en mi vida. O no las tenía presentes o no jugaban un papel muy importante.

E: Cuando ingresaste seguramente habrás tenido algunas entrevistas ¿Cómo fueron esos primeros momentos?

P: Primero tuve una entrevista con C. y después con la Dra. Ch. Bueno, para las primeras vine acompañada de mi abuela y de una tía mía. Y bueno, ahí nomás se decidió que yo iba a comenzar con el tratamiento.

E: ¿Te acordás del momento en que te dijeron que ibas a comenzar un tratamiento acá?

P: (Silencio. Pensativa) Me acuerdo que me explicaron de qué se trataba.

E: ¿Estabas con tu abuela y con tu tía?

P: No. Estaba sola. De que se trataba que era realmente un trabajo. Que yo también tenía que poner de mi parte.

E: ¿De que se trataba que?

P: *En sí la terapia. Y como de a poco, estos espacios tenía que hacerlos míos, ¿no es cierto? Y darme cuenta de que formo parte de esto. Y de apropiarme de algunas cosas que me iban a ayudar mucho para salir de esto. Para mejorar.*

E: ¿Cuándo me dijiste que llegaste con tu abuela y con tu tía?

P: En Mayo del año pasado

E: ¿Esa fue la primera entrevista que tuviste acá?

P: La vez que vine, vine con mi tía, pero pase sola. Y después vine con mi abuela y ahí sí ella entró conmigo con la Dra. X

E: En esa entrevista que tuviste con tu abuela ¿Te acordás de que se conversó?

P: Como era la primera vez que yo hablaba con la Dra., yo le planteé el porqué yo estaba tan mal. Y mas o menos me acuerdo, eso sí, que me preguntó medianamente como estaba compuesta mi familia y con quienes vivía. Me dio un mensaje muy alentador, salí bastante contenta, digamos. Bueno, me dijo que tenía como para, no sé bien que. Como que había algo que ella veía que me iba a ayudar para salir adelante.

E: ¿Ahí fue cuando te propusieron empezar un tratamiento? ¿Formar parte de la Institución, de algunos espacios?

P: Vos sabés que no me acuerdo bien.

E: En esa entrevista ¿Cómo tomó tu familia esto de que ibas a comenzar un tratamiento acá?

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

P: Y, estaban de acuerdo. Todos estaba de acuerdo. Mi mamá, al principio estaba de acuerdo, le gustó. En mi casa, digamos, es muy rara la postura que tienen sobre los psicólogos. Sí, en un principio todos me apoyaron. Yo vine acá porque me recomendó una tía. Ella me trajo la primera vez. Y después fue que vino mi abuela. Mi papá participó de algunos grupos. Reuniones grupales.

E: ¿De padres?

P: Sí.

E: Cuando te contaron de que acá había varios espacios en los que podías participar, como por ejemplo: la terapia grupal, algunos talleres, ¿te acordás que pensabas que era esto a lo que te estaban invitando?

P: Yo a penas ingresé me sentí muy contenida. Lo que se me ocurrió pensar era que iba a ser muy positivo. Algo que me iba a ayudar, que me iba a ayudar a sentirme bien. *En el momento de la integración en sí al grupo, o a los talleres... y hay un poco de eso de que es algo nuevo. Algo que uno no sabe que es. Pero ahí nomás te... Por lo menos, yo me sentí bien. ¿Cómo te puedo explicar? La palabra es contención.*

Al principio el grupo era estar callada y no participar. Guardarme cosas. Pero a medida que uno va avanzando como que te vas soltando un poco más. Te da como para hablar.

E: ¿De que talleres participaste?

P: De un taller literario y de un taller nutricional. Y bueno, de la terapia de grupo, que eso siempre. *Creo que al mes de que empezara acá, al mes y medio ya empecé.*

E: ¿Y los talleres cuanto tiempo después?

P: El taller literario, el año pasado. *Después de cinco o seis meses de haber empezado acá, me dijeron que había un taller.* Qué viera si podía venir. Yo no podía por el horario. Así que participé de mi primer taller este año, fue para Abril, más o menos. El taller nutricional, lo estoy haciendo actualmente.

E: ¿Cómo te sentís hoy?

P: (Silencio) Hay días que me siento re-bien. Como que sé que he logrado cosas mías. Y es un estarse descubriendo permanentemente en cosas que uno por ahí no se da cuenta. O no las tenés en cuenta. Y a veces esas cosas te ponen un poco mal. O pensas que te falta mucho para curarte. Entonces es como que por ahí bien. Me siento bien. Siento que he logrado algunas cosas, que he avanzado y hay días en que no.

E: ¿Pensas que a algunas pacientes le puede resultar difícil aceptar participar de los distintos espacio de tratamiento que brinda AIPA?

P: ¿Pacientes o familiares?

E: Podemos hablar de los dos

P: En mi caso, yo buscaba ayuda y realmente quería curarme y estar mejor. Pero *sé que en otro momento de mi vida, si yo hubiese, si me hubiesen traído a AIPA, o a cualquier lugar así, yo no hubiera querido saber nada. Obviamente iba a ser reticente a participar porque..., en los talleres o a hablar.* Inclusive a hablar en terapia individual porque no... Como que hay una etapa como que no importa que cosas te digan, no... por lo menos a mí, no sé. En mi casa me decían que no estaba bien lo que no estaba bien lo que estaba haciendo, que... Digamos, me hacían ver la enfermedad y yo hacía oídos sordos. No me importaba. “Yo voy a seguir en la mía”. Entonces yo me imagino, que en otro momento... como me pasó: A mí me llevaron a una psicóloga, y pasaban semanas y yo no hablaba. No decía nada, o me limitaba mucho. Y al final, la psicóloga le dijo a mi mamá como que no podía abordarme. Y no seguí yendo más. Eso fue cuando estaba muy muy enferma.

E: ¿Qué crees que te ayudó a pasar de esta primera etapa, en la que no aceptabas ayuda, a la segunda en la que sí, y viniste a AIPA?

P: (Silencio) Digamos que en sí, venir a acá, a AIPA, y buscar ayuda estuvo signada por esto que me pasó específicamente a mí. Con el tema del estudio y con replantearme todo eso de la capacidad intelectual. Pero en otros momentos, después de esta primera vez que fui a una psicóloga, hay ciertos bajones. Ciertos estados anímicos, en que realmente sentía ganas de pedir ayuda. Tenía necesidad de que alguien me pudiera ayudar.

E: Esos bajones anímicos de los que hablas ¿no los tenías en el primer momento?

P: (Silencio) Estaban presentes en los dos momentos, pero digamos que en un segundo momento, o sea, te das cuenta de que esto no puede seguir así. Al principio es como que por la enfermedad, decís: “me las banco”. O sea, yo tuve anorexia. “Yo quiero estar flaca y me las banco. Y bueno, no importa. Y luego, ya después de un tiempo, en que a nivel anímico ya estas re-mal, sentís esa necesidad de buscar ayuda.

P: ¿Qué les dirías a esa chicas que están pasando por ese primer momento y todavía no pueden buscar ayuda?

E: Yo les diría que realmente vale la pena buscar ayuda. O si algún familiar quiere llevarte a algún lado, dejarse ayudar. Porque a mí, en mi experiencia personal, fueron años muy duros. O sea, no estar bien en ningún momento. Sentirme disconforme con todo, y de no poder disfrutar de las cosas de la vida. No sé... de cuestionarme todo, pero para mal. Por lo menos, yo te estoy contando como muy personal. Por ahí no sé que le podría decir a otro, pero eso sí. *Que vale la pena y que mucho mas si es alguien que recién se inicia, si es alguien que esta como mas a tiempo. Porque yo empecé con esto a los doce, trece y vine acá a los veinte.*

E: ¿Porque piensas que no llegaste antes?

P: Me parece que era mas que todo negar la enfermedad. Por ahí hablaba con gente que realmente me apreciaba y me decían: “Bueno, tenes que ver de hacer un tratamiento”. Y yo decía: “no!”. ¿Ir a un psicólogo? En mi casa es como que tienen cierta idea de lo que es la psicología, que..., digamos me deje llevar un poco por eso.

E: Cuando te incorporaste a AIPA, y empezaste con terapia individual y grupal, vos dijiste que en un momento tu familia te apoyó y luego no. ¿Cómo fue vivido esto en tu familia?

P: Bueno, mi papá vive en otro lado, en otra casa... y él como que no está muy enterado de todo, pero es como que él siempre brinda su apoyo para hacer trámites, ponele. En las obras sociales. En cuanto a mí, también siempre me dijo que si tengo que ir. Si necesitaba que él vaya a las reuniones de padres o grupos de padres. Como que él se interesó mucho porque yo estuviera bien.

Mi mamá en un principio también. *Se acercaba cuando me veía mal. No sabía como ayudarme.* Vino a hablar con C. (la psicóloga) y vino a algunas reuniones de terapia grupal, pero digamos que..., no sé. Hubo algunos cambios en mí que forman parte de ir creciendo, que en eso... durante la etapa de la enfermedad... como que... Bueno, esos cambios no le gustaron y ahí nomás me dijo que la corte. Que yo había empezado a venir a acá, y eso fue lo que hizo que ella, ella y mi abuela también... Por ejemplo, yo antes, cuando era mas chica le escribía cartitas o cosas así. Se las dejaba. Y decía que yo, desde que vengo acá, no las hago más. Es algo que uno hace de chico. Y bueno, *ella decía como que me cambiaron el bocho.* Y no!. Me parece que es parte de crecer, y como de irse un poco desligando, de esa dependencia de los padres, y de mi abuela en mi casa.

E: ¿Durante el tiempo que llevas en AIPA, en tratamiento, te hubiera gustado cambiar algo?

P: Bueno, yo por ejemplo, no hago todas las cosas que están puestas en los honorarios. Los honorarios dicen una serie de cosas, yo por ahí... Por ejemplo, a mí me dijeron que era mi responsabilidad sacar turno para venir a la médica clínica, y yo tengo en mi casa a mi mamá que es médica y mi tío. Entonces no he sentido la necesidad, mía, es decir: “Bueno, voy a pedir turno, quiero que me vea la doctora” Entonces yo a eso no lo he usado.

En un primer momento, me pareció medio raro lo de la nutricionista, de que nos pesaba de espaldas a la balanza. Porque, no sé, en mi casa, yo que no quería hacerme problema por eso, no iba a salir a pesarme en una farmacia. Pero yo digo, si yo quiero, en realidad... Yo, ahora, no estoy sabiendo cuanto peso, pero si yo quiero voy y me peso. Y entonces eso a mí, me pareció medio raro. Si uno realmente está preocupado por eso... y... vas a ir a pesarte en otro lado. Pero bueno, yo ya cuando ví que iba a ser más fácil, no preocupándome por eso, ni siquiera pensándolo me pareció eso, bueno, que me pesaran de espaldas a la balanza me pareció bueno. Digo, de esta manera es

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

como que yo no lo pienso, no me preocupo. Pero sí en ese sentido, si yo realmente sigo preocupada, voy a ir y me voy a pesar en otro lado.

Por ahí hay sesiones de terapia grupal, en las cuales vos te metes mucho, y te conectas mucho con los otros. Por ahí, hasta son cortas, pero eso pasa a veces. Es una hora, y somos... ponele seis chicas y a veces uno se queda con cosas que le gustaría decir. Pero bueno, es así.

E: Bueno, muchas gracias por tu tiempo.

ENTREVISTA N° 2

Paciente: **Verónica**

Datos personales:

- Edad: 22 años
- Oriunda de Paraná, Entre Ríos. Hace cinco años que vive en Córdoba.
- Estudiante de Medicina

E: ¿Hace cuanto que estas en AIPA?

P: Hace tres años y unos meses. De Julio del 2000

E: ¿Te acordas como llegaste a AIPA?

P: Bueno, yo había averiguado para empezar terapia. Yo lo veía como un problema. Me venía sintiendo mal, me venían pasando cosas y quería empezar terapia. Pero no lo relacionaba con un problema de alimentación. Entonces pedí algunos nombres de psicólogas y bueno me dieron el de C. Entonces me dieron la dirección y vine para acá. Y ahí vi el cartel en la puerta.

E: ¿Qué te pasó cuando viste el cartel? ¿Qué decía trastornos de alimentación, Bulimia, Anorexia, Obesidad?

P: Lo primero que pensé fue que me trajeron engañada. Porque me venían diciendo. Mi mamá me decía.

E: ¿Quién te consiguió el nombre de la psicóloga?

P: Me lo consiguió mi hermana que estaba de novia con un chico que estudiaba psicología. Y entonces la conocían a ella. Y otros dos nombres me dieron, pero yo hablé acá. Y bueno, justamente, como pedí referencias y me venían diciendo, osea, mi mamá me decía que tenía anorexia o algo así. Entonces yo vi eso y me dije: acá me trajeron engañada. En realidad mi hermana no sabía. Y bueno, ya me quedé acá. Pero al principio yo venía con ella a la consulta particular. Porque ella me dijo: bueno, pero es mi consultorio acá también, como para no asustarme. Y después estuve como un mes, y yo venía diciendo, viendo de consultar con la médica. Si consultar o no, si necesitaba otro tipo de apoyo. Y yo al principio me negaba. Imaginate! Yo quería ir a terapia y nada más. Y bueno, después hablaron con mis papás y bueno después me vieron con la médica. Me hicieron el diagnóstico y ya está.

E: ¿Te acordás cual fue el diagnóstico?

P: Anorexia

E: ¿Y la indicación? Qué te propusieron hacer a partir de ese diagnóstico

P: Si. *Terapia individual, dos veces por semana. La nutricional. Terapia familiar no, porque... no sé bien porqué. Supongo que porque no vivo con mi familia en este momento, sino con mi hermana.*

Pero sí terapia de padres y grupos de padres. Mis papás vinieron al principio una vez al mes y también venía mi hermana. Y después al tiempo la terapia de grupo.

E: ¿Te acordás que pensabas que era esta Institución cuando llegaste por primera vez? ¿Qué pensabas que se hacía acá? ¿Qué ideas tenías?

P: (Silencio) No sé. Nunca me lo pregunté. Qué se yo.

E: Cuando pensabas que te traían engañada ¿A qué pensaba que te traían?

P: *Por ahí lo que pensaba era que iba a estar con otras chicas que le pasaba lo mismo. Y no quería encontrarme con nadie.*

E: ¿Por qué?

P: Por ahí para no verme en otra a mí, por ejemplo. Para no verme en ese problema. Supongo que por eso. Como para no encontrarme con el problema.

E: Cuando se te dio la indicación de comenzar a formar parte de los diferentes espacios de la institución ¿Qué pensaste? ¿Qué pensó tu familia?

P: ¿Qué otros espacios?

E: Por ejemplo, la terapia grupal. La terapia de tus padres, grupo de padres. Esos distintos espacios acá dentro. ¿Qué se planteó a nivel familiar?

P: A nivel familiar, por un lado, mi hermana y mi papá estaban conmigo. A mi papá sobre todo le había parecido bien la Institución, y estaba dispuesto a participar también. *La que no era mi mamá. Estuvo en contra.* O sea, por un lado me decía que yo tenía este problema, y por el otro no me tenía que tratar por lo menos acá.

No le gustaba la forma. *Entonces vino dos o tres veces y después no vino más. Como que cambió. Y fue bastante conflictivo en ese aspecto.* Por un lado sentía el apoyo, pero por el otro mi mamá me presionaba: como que esto no. Entonces me costaba confiar un poco en esto, en el tratamiento. Mi mamá quería que yo me vaya a Paraná, pero yo no.

E: ¿Por qué crees que tu mamá no te apoyaba en el tratamiento y sí tu papá y tu hermana?

P: *Porque mi mamá creo que tenía mucho miedo a ver si ella era responsable de lo que a mí me pasaba.* A sentir culpa o a pensar que ella tenía algo que ver.

Y mi papá porque me veía mal a mí y porque se puso a leer del tema, a averiguar un poco. Leía y veía el tipo de tratamiento y le parecía que esto era lo que había visto y lo que yo necesitaba.

E: A medida que fue avanzando el tratamiento ¿Notaste cambios en la posición de tu familia y en la tuya?

P: Sí.

E: Con respecto al tratamiento en sí.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

P: *Sí como que fueron viendo que me iba sirviendo. Y a mi papá también le sirvió mucho venir acá. Porque se sacaba muchas dudas. Y... no sé, nunca me contaba bien que hablaba con la psicóloga. Pero sí les servía venir acá. Como que me tiraba buena onda cuando venía. Que siga...*

Y bueno a mí, al principio fue medio duro. *Primero aceptar lo que me pasaba. No lo aceptaba y después fui confiando un poco más en esto. Como que me costó mucho abrirme. Y bueno los cambios recién los empecé a notar hace un tiempo.*

E: ¿Qué pasó cuando te encontraste por primera vez con las demás chicas que vienen acá?

P: Bueno, al principio, yo venía, entraba al consultorio y me iba. No miraba si había alguien más. Y después como que fue de a poco que me fui adaptando. *La primera vez que me dijo de empezar el grupo, mi primera reacción fue no. Pero después... No me lo dijo: “bueno te lo digo ahora, y empezas el lunes”. Entonces me lo dijo, yo dije que no y me dio curiosidad. Me dio como cierta...que será. Entonces esa curiosidad me impulso a ver que era.*

E: ¿De que creías que se trataba?

P: Pensé que por ahí me iban a obligar mas a hablar. También pensaba que los temas que se hablaban no eran tan abiertos, que eran tipo consigna del día.

E: ¿Vos tenías conocimientos previos antes de ingresar a la Institución?

P: De lo único que conocía era de ALUBA. Por los medios y de otros casos, de una chica. Y no tenía muy buena impresión del lugar. No había individualidad en el tratamiento y que estaban como muy metidas las familias en el tratamiento. Y como que era bastante...como mas estricto. *De eso también tenía miedo yo, sobre todo en el tema nutricional. De que de un día para el otro me obligaran a comer todo. Y eso también vi, que era muy gradual. Y eso era también lo que mi mamá no podía entender. Ella pensaba que yo iba a venir e iba a subir cuatro kilos juntos. Y no era así. Creo que es la mejor forma. Gradual. Y que uno se vaya dando cuenta de lo que le hace falta.*

E: ¿Vos venís a almorzar acá?

P: *Vine el año pasado. Después de un año de tratamiento. Durante un año. Ya este año no.*

E: Cuando te propusieron venir a almorzar acá...

P: *También me asustó un poco. Pero me di cuenta que lo necesitaba. Creía que lo necesitaba. Yo llegue a ese punto, mas que nada porque necesitaba... no sabía lo que era un plato normal de un plato chico o uno grande. Necesitaba eso. No que me dijeran sino ver. No sabía la representación normal de las cosas. Y veía que lo necesitaba en mi casa. Entonces no me dio tanto rechazo en ese momento.*

E: ¿y saber que ibas a comer con otras chicas?

P: No, me *pareció algo positivo. Creo que la primera vez que vine estaba sola y no me gustó. Y después con las otras chicas por lo menos era mas ameno.*

E: ¿Vos ya te habías incorporado a los grupos? ¿Ya conocías a algunas de las chicas?

P: Sí. Y sabía. Algunas hablaban de alguna época en que habían venido a almorzar y eso. Y entonces como que mas o menos tenía conocimiento de eso.

E: ¿Crees que te fue mas fácil venir a almorzar después de escuchar a las otras chicas contar sobre eso? ¿Haber escuchado otras experiencias?

P: Sí. Sobre todo el pensar que me ayudaría. Sería un elemento más. No lo ví como obligación.

E: ¿Participaste de los talleres?

P: Participé de dos talleres. Que eran... no sé los nombres. Eran literarios... o algo así.

E: ¿Cómo fue que empezaste a venir a los talleres?

P: También me lo propuso la psicóloga. Y el primero me gustó, pero... al comparar los dos... yo totalmente diferente en cuanto a participación. En el primero... y mas que era: “escribí lo que se te ocurra”. Para mi es lo peor que me podías decir: “hablá o escribí lo que se ocurra”. Y me re costaba. O por ahí escribía y no lo leía. Y sobre todo en eso vi diferencias. Cuando me anime mucho mas este año. Fue un poco mas libre. Pero me gustaron los dos. *Y me sirvieron los dos, porque por ahí yo traía cosas a la terapia individual del taller. Fue conocerme en otro aspecto, también. O reencontrarme con otras cosas.*

E: Bueno vos me estuviste contando como te sentías al comienzo, cuando llegaste. ¿Cómo te sentís ahora?

P: Totalmente distinta. No creo que yo sea distinta. Sino que cuando estuve enferma, yo era otra. En ese momento me parece. Re-bien en un montón de cosas. Me gusta el lugar, me parece buenísimo, y sobre todo nunca me voy a arrepentir de lo que me pasó. “Huy mirá lo que me pasó”. Sino que es como que ya es parte de mi historia. Y aparte, sobre todo como me ayudó a conocerme y a aceptar lo que soy. Yo estoy re-contenta con esto. Mas allá de que hayan sido momentos muy feos y duros. Pero bueno, es lo que me pasó y así lo vivo ahora. Por ahí antes me daba mas vergüenza decir lo que me pasaba. Y ahora, no es que se lo digo a todo el mundo si no me siento en confianza. Es una parte de mí.

E: ¿Escuchaste hablar en AIPA sobre el hospital de día?

P: Sí.

E: ¿Qué me podés decir sobre eso?

P: *Lo escuche nombrar. Que por ahí algunas chicas lo hacen. Veo que viene desde la mañana y pasan gran parte del día acá. Qué incluye el almuerzo y creo que la merienda también. Y se hacen ciertas actividades. Pero bien en sí no sé lo que es.*

E: A vos cuando te dieron la indicación de tratamiento acá ¿te hablaron de eso, o te fueron incorporando paulatinamente a los distintos espacios?

P: No, *me fueron incorporando paulatinamente*. Capaz que eso lo manejaban con mis papás.

E: Si bien vos aceptaste bastante rápido incorporarte a los grupos, a los talleres ¿Porqué piensas que para algunas pacientes puede ser mas difícil incorporarse al hospital de día o a los distintos espacios de AIPA, apenas empiezan?

P: Porque *creo que en un primer momento uno no es conciente o no acepta lo que le pasa. O se lo niega*. O creer que no lo necesito. “Porque voy a hacer esto si no tengo un problema” Por ahí al pensar eso, yo digo: “y porque venimos acá”. Pero por un lado, es como que la familia impulsa bastante. Por otro lado, sabes que estas mal. Por un lado, sabés que estas mal y necesitas ayuda y por el otro lado te parece que no. A parte al principio uno está muy metido con uno. Entonces *es como que no está abierto a otros espacios u otras cosas. O por ahí se puede dar como en una época que: “bueno sí, vengo, cumplo porque tengo que venir”*. Tal vez no me involucro demasiado. Yo sigo viniendo pero...

E: ¿Por qué se dará esto de venir por venir?

P: *yo creo que la clave está en aceptar lo que a uno le pasa, y comprometerse con eso. Después lo otro, yo creo que va surgiendo*.

E: ¿Qué fue lo que a vos te sirvió para aceptar lo que te estaba pasando y poder incorporarte a la Institución?

P: Qué me iba de acá y me sentía más aliviada.

E: ¿Después de la terapia individual?

P: Sí. Obviamente que al principio no entendes nada. Llegas como mas confundida. Pero...eso. Sentía que me iba aliviada. Y *sobre todo cuando sentí que esto era mi espacio. Que era algo que era mío*.

E: ¿Cómo te diste cuenta de que esto era tuyo?

P: Por un lado, el trato de la gente del lugar. Por más que yo no conozca a otras psicólogas, ellas te conocen a vos. Te saludan por tu nombre. Bueno, por un lado, el trato de la gente. Y por otro lado, las cosas que iba viendo, que iba hablando de mí. Sentía que me servían. Yo, por ahí, no veía un cambio al principio. Y decía: “bueno, cuando va a haber un cambio”. Pero sentía que me servía.

E: ¿Qué le dirías a alguien que todavía no siente propia esta Institución?

P: Que siga viniendo igual y *que se dé tiempo*. Yo creo que en el fondo sienten que por algo vienen. Que ya se van a dar cuenta. Y que por más que haya una etapa en que no estén concientes de lo que pasa, no importa. Algunas demoran mas, algunas menos. Que sigan viniendo y que confíen un poco. Que se den tiempo. Sobre todo eso, que se den tiempo.

E: Bueno muchas gracias.

ENTREVISTA N° 3

Paciente: **Noelia**

Datos personales:

- Edad : 21 años
- Oriunda de la Provincia de Santa Cruz
- Hace 4 años que estudia en Córdoba
- Vive con su hermana y su prima

E: ¿Hace cuanto que estas en AIPA?

P: 2 años

E: ¿Te acordás la primera vez que viniste?

P: Sí, me acuerdo. Llame antes por teléfono. A mí me habían recomendado en la facultad el lugar. Hablando con una psicopedagoga, que le había contado lo que me pasaba a mí. Ella me había dado el teléfono de acá. Me la había recomendado a C. De ahí vine y estuve esperando ahí afuera. Y bueno, vine y hablé con ella. Fue algo de largar todo, y llorar y contar y contar.

E: ¿Qué te pasaba en ese momento?

P: Bueno, en realidad mi problemas era..., bueno yo tengo Bulimia. Pero en realidad, no era que vomitaba todos los días, ni nada. El problema con el cuerpo venía desde siempre. Yo ese año me había peleado con mi novio de hacía tres años. Yo me había venido a estudiar acá por él. Digamos. Salí un año mientras estuve en Gallegos, un año mientras estuve acá. Me pelié con él y de ahí empecé como a empeorar, empeorar. Me empecé a sentir cada vez peor, porque era la única persona que sabía en realidad qué era lo que me pasaba a mí. De que estaba mal, de que estaba mal con mi cuerpo. Todo lo que me pasaba mal, él lo sabía. Entonces después que me pelié con él y no tener a nadie con quien hablarlo, me vine al piso, para abajo.

E: ¿Qué creías que era AIPA? ¿A dónde pensabas que te estaban mandando?

P: Yo, en realidad, lo único que sabía era que había una psicóloga. Después todo el resto del grupo, no sabía que estaba la nutricionista, la médica clínica. Pero en realidad yo vine porque estaba como media entregada.

E: Y cuando llegaste y viste el cartel afuera: Asistencia a los Problemas de Alimentación

P: No, era como que yo lo sabía. O sea, yo sabía que era eso y fue como verlo escrito. Lo que yo sabía en mi cabeza y que en realidad yo no se lo había dicho a nadie. O sea, nunca había dicho: “tengo Bulimia” nunca, jamás. Fue verlo escrito, nada más.

E: ¿De qué manera pensabas que te iban a ayudar acá?

P: Yo sabía que el cambio era mío y que necesitaba ayuda, alguien que me guiara y que me dijera que hacer. Yo sabía que me iban a decir qué tenía que hacer yo, para que pase todo. Nunca había ido a una psicóloga tampoco. No tenía ni idea como era tener una entrevista con una psicóloga. Pero era eso: ir, decir todo lo que a mí me pasaba y que me digan algo. Qué hacer. Estaba esperando una respuesta para encontrar la solución.

E: Luego de esa primera entrevista, seguramente habrás tenido otras. Te habrán dado un diagnóstico y a partir de ahí una indicación sobre como iba a seguir el tratamiento ¿no es cierto?

P: Sí

E: ¿Te acordás de esa entrevista en particular?, ¿Con quien estabas? ¿Qué te dijeron?

P: No, ahí no me acuerdo mucho. Yo se que primero tuve todas la entrevistas previas para hacer el diagnóstico. A mí nadie me dijo: “Tenés bulimia, tenés que hacer esto”. En realidad fue algo que me fui metiendo, pero de a poco. Fui, ví a la nutricionista, después me presentaron a la médica. Creo que todo me lo dijo C. , pero yo ya las había visto a ellas antes. Y después C. me dijo: “Bueno, vas a tener que venir una vez por semana con la nutricionista, después con la médica clínica dos veces por semana. A mí me pareció bárbaro. Yo ya había ido a la nutricionista, ya había hecho dietas. Yo sabía que ahí no solucionaba nada. Yo estaba gorda o estaba flaca y me sentía igual de mal. La primera vez que yo vine acá, fue la vez que mas flaca estaba y estaba terriblemente mal. No concordaba una cosas con la otra. Entonces fue bueno para mí. No fue, ni que me chocó, ni que me hizo mal, ni que no me gustó. Por ahí, cuando empecé después deje un mes, que me fui a mi casa. Después volví en febrero de nuevo. Ahí cuando volví ya estaba peor. Me fui y eso me hizo mal. Entonces cuando volví C. también me dijo que tenía que verla a la doctora X., a la psiquiatra. Ahí si como que me chocó un poco tener que ir a una psiquiatra. Pero por lo que se decía: “estas re loco, vas al psiquiatra”. Yo me asusté mas por eso que por lo que en realidad fue. Necesitaba unas pastillas para dormir y para levantar el ánimo. Estuve seis meses con eso y después ya no las necesité mas. Pero por ahí el miedo viene de antes, de lo que te dicen. Que estás re loco y que no podes manejar tu vida de ninguna forma. Era más eso. *Me costó entender que era una ayuda. Que me iba a ayudar, que no era algo mágico que me iban a hacer, sino que junto con la terapia yo iba a seguir avanzando.*

E: Claro. ¿Vos venís a almorzar?

P: En realidad al principio nunca me dijeron que tenía que venir. En una época empecé a venir los martes, que también hacía taller que teníamos. Ahí sí me quedaba a comer. Pero nunca fue una obligación. Yo pedí quedarme por una cuestión de horarios. Por ahí otras chicas sí tenían que venir a comer. Pero yo opté venir una vez a la semana, pero por un tema de horarios.

E: ¿Vos me dijiste que también estabas asistiendo a los grupos?

P: Sí. Tengo terapia grupal y en una época hice taller de expresión.

E: ¿Te acordás cuando te dijeron de participar de la terapia grupal y de los talleres?

P: Sí. C. me dijo que a ella le parecía bueno que empezara. Y empezó a contarme que había un grupo, que iban chicas, donde uno hablaba de lo que quería y que le parecía muy bueno que yo vaya. O sea que me iba a hacer muy bien. Y yo le dije: “Sí, bárbaro” Era como que cada vez que me decían eso, yo decía: “buenísimo”. *Era otra cosa más para estar bien.* Siempre me lo tomé así. Y después tuve una entrevista con X que me siguió contando un poco como era el tema del grupo. Me preguntaron que me parecía a mí. Si tenía ganas, si no tenía ganas. Y bueno, después arranqué con el grupo, y bien.

E: ¿Qué pensabas que iba a ser el grupo y los talleres?

P: El grupo... yo sabía las cosas que iba a ir e iba a contar. Por ejemplo: yo sabía que si llegaba me iba a tener que presentar, y que iba a tener que hablar. Eso lo sabía desde un primer momento. *A mí nunca me costó hablar en grupos. Por ahí sí de mi problema, era la primera vez.* Pero me gustó. O sea, *me gustó ver que había otra gente que estaba igual que yo,* y que hablar en algún lado. Porque fuera de acá adentro, yo no hablaba con nadie de lo que me pasaba.

E: ¿Cómo fue la reacción de tu familia cuando empezaste a venir acá?

P: Bueno, yo vine y estuve una o dos semana y yo no les dije. Y como no me animaba a hablar porque no podía, ellos estaban allá, agarré y les mandé un e-mail. Después los llamé por teléfono. Obviamente, lo leyeron y me llamaron por teléfono. En realidad fue desconcierto lo que tenían. No entendían nada porque yo siempre demostré todo lo contrario.

E: ¿Ellos no sabía que vos tenías este problema con la alimentación?

P: No, no, no. No sabían nada de nada de nada. Entonces fue sorpresa. Ellos veían que yo estaba demasiado bien, como para estar tan mal realmente. Me iba re-bien en la facultad, siempre hacía dietas y estaba bárbaro, iba al gimnasio...como que estaba todo bien. Nunca mostré otra cosa. Fue como un balde de agua fría.

E: ¿Vinieron acá?

P: Sí. Enseguida vinieron. Creo que a la semana que les conté vino mi mamá. Vinieron a las entrevistas, vino mi papá. Vinimos todos juntos. Y ahora, de vez en cuando, cada vez que vienen a Córdoba vienen.

E: ¿Qué pensaban ellos que venías a hacer acá? ¿Qué creían que era AIPA?

P: En realidad, no lo hablamos mucho, de que les parecía a ellos. Yo les dije que iba a empezar la psicóloga, que me la había recomendado la facultad. Y ellos me dijeron: “bueno, bárbaro”. Y vinieron. Y yo les dije que me había gustado el lugar, que me parecía un lugar de confianza.

“Hospital de Día: Una posibilidad de excluir la exclusión”

Tampoco conocíamos a nadie acá que me dieran una referencia, solo esto que me habían dicho. Y bueno, ahí nomás se vinieron y ellos también se sintieron bien. Entonces no había problema con el lugar. Enseguida me dijeron que sí: “Todo lo que tengas que hacer”. Ningún problema hubo con eso.

E: ¿Te hicieron alguna pregunta sobre lo que te pasaba, sobre lo que hacías acá? ¿O a la Institución?

P: Sí. Más que a nada, a mí. Sobre la Institución no. De mí. Qué... cómo, o sea *no entendían como, que porqué. Y yo al principio ni yo les podía responder todas esas cosas*. Que se yo, sabía que me había pasado, tenía recuerdo así de chica que podía decir: “bueno, podía haber sido por esto. Podía haber sido por lo otro”. Al principio era, por ahí, echar culpas. Yo sentía que mi mamá tenía mucha culpa, con respecto a lo que me pasaba a mí. Y...(se angustia y comienza a llorar) bueno, por ahí eso me sigue doliendo un poco, pero... Era, yo muy angustiada y echándole culpas. Ahora, es como que veo que ella tiene un problema también. Yo sé que mi mamá tiene un problema con la comida también. Y que nuca fue a propósito. Pero al principio era así (comienza a recuperarse de la angustia)... *También se juntaba todo eso de que yo no podía hablar. No les podía decir nada. Entonces cada vez que hablábamos tenía que ser acá*. Con C., con mi papá y con mi mamá. Y ahí sacar cosas. Sacar y caían así como salían. Y bueno, hasta que después fue mas normal.

E: ¿Notaste cambios en vos, una vez que empezaste a introducirte en la Institución. En los diversos espacios como terapia grupal, talleres, venir a comer, etc.?

P: Sí. Al principio era todo medio confuso. Yo con mis líos y seguía todo igual. Pero ahora, después de dos años de tratamiento, es totalmente distinto. El poder decir sinceramente lo que me pasa a mí, fue para bien. *Empecé a hablar con gente extraña a mi familia, de lo que me pasaba a mí. Porque a mis amigas, por más amigas que fueran, no les contaba esas cosas, también empezó a partir del trabajo en grupo*. El hablar con mi papá, el animarme a hablar también a partir de acá. Sí, en realidad el cambió fue porque vine, sino no lo iba a hacer. Porque en realidad, yo sabía que estaba mal, pero nuca logré hacer sola nada. Me iba empeorando cada vez más.

E: ¿Escuchaste hablar en AIPA de Hospital de Día?

P: Sí. En realidad teníamos una chica, una compañera que venía. Bah! No sé, ella en realidad estuvo internada, pero *no sé bien que es*.

E: ¿No sabés bien que es hospital de día?

P: Pasan todo el día en el hospital, digamos. Como que están medias internada, una cosa así.

E: Hospital de día sería, en AIPA, sería un espacio donde se realizan diferentes actividades dentro de la Institución. Las pacientes viene desde la mañana, almuerzan acá y se quedan hasta la tarde donde toman una colación. Durante el transcurso del día, hacen su terapia

individual, grupal, forman parte de los talleres. Digamos forman parte de diversas instancias que AIPA ofrece.

P: A no. No sabía.

E: Si bien vos aceptaste participar de estas instancias que te ofrecía AIPA de muy buena manera, ¿Por qué pensás que a alguien le puede resultar difícil empezar un tratamiento acá, venir a los grupos, a los talleres...?

P: Pasa primero por no aceptar que uno tiene un problema y que necesita ayuda. Por lo menos lo que vi en el resto, que a algunas les cuesta más que a otras empezar. Es más que nada por eso. Es decir: “realmente me van a ayudar”. *Primero confiar, aceptar el que estas enferma*. Que necesitas que te ayuden, porque sino no puedes. Eso me parece que es la mayor parte de la dificultad. Y después empezar a escuchar cosas que por ahí no te gustan. Ir a la nutricionista y que me digan: “tenés que comer”. Y una persona que no quiere comer, porque no quiere engordar no come. Por más que sepa lo que tiene que hacer.

E: ¿Podrías pensar en algunas cosas que te pueden generar mayor confianza en el tratamiento? ¿De que te pueden ayudar a darte cuenta de que necesitas ayuda?

P: Creo que en la terapia individual, uno se da cuenta. Ahí, realmente te das cuenta vos. Por ahí, yendo al grupo podés recibir lo de otro. Pero para uno concientizarse es desde la terapia individual. Porque por ahí, en la nutricionista, no me parece que tenga ese objetivo. Por ahí sí, cuando te dicen: “los análisis dieron todos mal”, ¡bueno es serio! Pero más que nada la terapia.

E: Bueno, muchas gracias

Todas estas entrevistas fueron realizadas en el mes de octubre del 2004, en AIPA. Los nombres de las pacientes han sido modificados.