

EL HOSPITAL DE DÍA. UNA ALTERNATIVA POSIBLE PARA LAS NEUROSIS Y PSICOSIS

Lic. Diana D. CACCIOLA

"La primera vez que fui al Hospital de Día del Centro Psicoterapéutico, me preguntaba qué sería "eso" y qué debería hacer yo como pasante. Ya conocíamos el lugar, que es el mismo salón donde nos reuníamos. Una serie de dibujos pegados en las paredes, nos llevó a preguntar si allí funcionaba el Hospital de Día "para niños", con lo cual al respondernos que "no", nos hizo conjeturar acerca de quiénes serían los autores de esos dibujos allí expuestos. Esto demostraba nuestro desconocimiento sobre el tema."

"La idea que yo tenía era semejante a la de una internación psiquiátrica, donde los pacientes, sólo psicóticos y medianamente compensados, tenían un espacio recreativo y terapéutico. "Recreativo", pues allí se realizarían talleres de plástica, expresión corporal, letras, noticias, juegos. Y "terapéutico", porque seguramente y de forma coordinada con los terapeutas, musicoterapeutas y talleristas, se intentaría abordar la "dirección de la cura."

"El primer día que me acerqué al Hospital del Centro Asistencial, fue al taller de educación física. A medida que iban llegando los pacientes, Raúl, el tallerista, les preguntaba como estaban y si les había gustado la clase anterior. Victoria decía que le había dolido la espalda. Abel, por ejemplo, comentó que no quería hacer otra cosa (otro tipo de ejercicio) por temor a "decaer". Nieves decía que no iba a hacer nada porque no tenía ganas. Loli en cambio estaba muy contenta y quería empezar ya. ... ¿Qué pasaba? ¿Podría pensarse que allí había sujetos, capaces de poder distinguir cuál era su deseo?" ... Estos fueron algunos de los comentarios de los alumnos que por primera vez realizaban una pasantía clínica en un centro de asistencia psicológica, que contaba con Hospital de Día, para pacientes ambulatorios, ya sea con signos de psicosis o neurosis. Estos eran, podríamos decir, "los supuestos básicos" que ellos traían, y con los que íbamos a tener que trabajar, para poder darles una nueva perspectiva de la enfermedad mental, un modelo posible de trabajo, cuyos objetivos son precisamente, evitar la cronificación, evitar las consecuencias nocivas de la institucionalización. Trabajar con futuros profesionales, trabajar sus pre-juicios, o juicios a priori. Poder formar con ellos también, un equipo de trabajo.

Teniendo en cuenta el proceso histórico que se fue produciendo desde tomar a la locura a partir de una concepción mágica y religiosa, a ser objeto de los recursos y criterios de una medicina organicista (que se ocupa de un cuerpo como un conjunto de órganos, pero siempre tratando de ASILAR a la locura que era lo mismo que decir AISLAR a la locura), el **Hospital de Día** aparece como una alternativa diferente de intervención clínica, no sólo para la psicosis, sino también para la neurosis (trastornos de ansiedad, fobias, depresión, ataque de pánico) y también para casos como anorexia, bulimia y adicciones.

Tiene su origen a principios de la década del 40, debido al desborde que se presentaba en los hospitales, que veían sobrepasada su infraestructura, ante la llegada de miles de enfermos, a causa de la segunda guerra mundial, surgiendo así como un "intento" de dar respuesta a la necesidad práctica de poder atender a las personas con trastornos mentales.

Los primeros antecedentes aparecen en Moscú en el año 1935, con M.A. Zahagarov, quien propone en su "fundamento de inicio", a través del "quite de camas" del Hospital Psiquiátrico, un nuevo dispositivo, recibiendo el nombre de "*Hospital sin camas*".

En 1947, Even Camerón, en Montreal (Canadá), es quien le dará la denominación actual de "*Hospital de Día*" y acuña una frase que dirige a todo este movimiento: "**cuanto menos**

institución, mejor", cuyo objetivo era reducir los efectos "mortificantes" de las instituciones totales. Si bien todo esto surge, como ya se dijo anteriormente, a modo de respuesta a los problemas económicos y sociales de la guerra, es también una modificación que va surgiendo por la influencia de nuevas corrientes en el campo de la psiquiatría, con nuevas concepciones acerca de la locura y su tratamiento. Los avances de la Psicología Social, la aparición de la corriente antipsiquiátrica y la desmanicomialización, muy especialmente en países como EEUU, Gran Bretaña e Italia. Es decir, este nuevo modo de hospital ambulatorio, va a ser una respuesta más integradora, en el que confluyen la realidad socioeconómica, política y también médico-científica.

En nuestro país, los antecedentes corresponden al Dr. Mauricio Goldemberg quien en 1957 crea en el Policlínico de Lanús (hoy Hospital Zonal Evita) (Pcia. De Buenos Aires) un "Servicio Abierto" de Psiquiatría en un hospital general, que incluye sectores de internación abiertos (en contraste con el único recurso existente en ese momento, que era la internación en manicomios multitudinarios y alienantes). También organizó sectores de consultorios externos para niños, adolescentes, adultos y pacientes mayores, servicio de interconsulta, centros de investigación y de extensión comunitaria a los barrios marginales cercanos al hospital. Era un modelo bio-psico-social que integraba la clínica psiquiátrica con psicofarmacología, enfoques dinámicos y sistémicos, terapias breves individuales y grupales y también una orientación comunitaria, adaptada a las realidades culturales latinoamericanas. Era un modo de trabajo renovador, conformando un equipo interdisciplinario, cuya base principal consistía en el respeto por el paciente. En el respeto de la personalidad e identidad del paciente. Era docencia, investigación y acción.

Posteriormente, y siendo nombrado en 1971, Jefe de Psiquiatría del Hospital Italiano (de Buenos Aires) lleva entonces, al ámbito privado, su experiencia de hospital de día.

También podemos mencionar, que el Dr. García Badaraco, en 1967 crea el primer Hospital de Día en el Hospital Borda. En 1970 se crea en el Hospital Tobar García y en 1972 en el Hospital Moyano.

Este nuevo modelo, que comienza a llamarse "alternativo", es decir, era otra opción a tener en cuenta, además del manicomio, ya que éste no fue erradicado ni siquiera aún, del imaginario social, ni de la realidad concreta. Otra opción que a veces desvirtuada, fue reforzando los cuadros nosográficos que estigmatizan y discriminan al ser que padece una enfermedad: si está muy grave va al manicomio, o queda internado en una clínica psiquiátrica y si es un caso más leve puede ir al Hospital de Día, dicho de otra manera, se los encierra total o parcialmente. (En el ámbito municipal, hoy en día, al estilo de atención brindada por el Hospital de Día, se la denomina "internación parcial").

Es importante considerar que el Hospital de Día, debe funcionar en las instituciones (públicas o privadas), como un puente o como un lugar de tránsito, y no como un fin en sí mismo, sino no es más que otro modo enmascarado de mantener al enfermo mental aislado del resto de la sociedad, o en otros casos, constituirse en un mundo artificial. Si bien es importante que el paciente se sienta aceptado, incluido, escuchado, el hospital de día, debe permitirle encontrar un camino que haga propicia su reinserción social, y éste es un punto importante. Desde este dispositivo, debe trabajarse para la reinserción social del paciente, pero este trabajo deberá realizarse también con toda la sociedad, puesto que si no hay una sociedad receptiva que replantee su mirar, la reinserción social será más difícil o casi nula. No es un tratamiento común y uniforme, sino que se forma un equipo multidisciplinario que tiene por objetivos la **rehabilitación y la resocialización** del paciente, escuchándolo, abordándolo y respetándolo en su singularidad como "PERSONA". Por consiguiente es importante rescatar el espíritu de la creación del mismo.

Por otra parte, también nos encontramos que al realizar una tarea donde intervienen: padres, esposos o hijos, asistentes sociales, jueces, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, psicopedagogos, a veces pediatras, reeducadores y artistas, surgen dos actitudes contrapuestas: están aquellas situaciones donde se pelean por la "propiedad" del paciente, como si fuera una cosa, o como

si fuera patrimonio de alguna de las especialidades ("este paciente es mío"; "el que ha tenido esos logros, es MI paciente"; "ésta no es mi tarea, de eso tiene que ocuparse el neurólogo"), o por el contrario, profesionales que al ser consultados, no conocen a sus pacientes en profundidad (sólo son reconocidos por algún desborde que produjeron, y por lo tanto no se recuerda su nombre, sino su cuadro clínico, o bien sólo conocen de él, la medicación que le están administrando).

Y en lo que a nosotros nos concierne, psicólogos o psicoanalistas, hablar de ETICA implica muchas cuestiones. ETICA es respetar la singularidad del otro, y darle un lugar. ETICA es saber escuchar y saber callar. ETICA es buscar la participación activa del sujeto, y no prestarle un yo auxiliar, con viejas y falsas recetas, que sólo reforzarán su lugar de objeto y los harán recipientes/receptores pasivos. ETICA implica, ser agentes activos de salud. ETICA es por sobre todo, reconocer que el paciente es una PERSONA que sufre y que además merece ser tratado con respeto.

El Hospital de Día, también es un lugar de confluencia discursiva, donde se encuentran el discurso psiquiátrico, el discurso terapéutico, el pedagógico (de los talleristas) y por sobre todo el decir de los pacientes.

Este dispositivo, se halla inserto hoy en día, en la modalidad de trabajo, llamada "Comunidad Terapéutica", originada en una idea de Maxwell Jones en Inglaterra, y es la forma por la cual, los recursos totales de la institución (persona., pacientes y parientes), se hallan mancomunados en un tratamiento, lo cual implica que los pacientes se vuelven activos participantes tanto de su propia terapia, como de la de los otros pacientes, colaborando activamente con el personal, opuesto al papel pasivo y receptivo de los regímenes convencionales. Basado en el desarrollo de la "cogestión", tanto el personal como los pacientes trabajan y participan en la toma de decisiones, en las propuestas y proyectos, y en las discusiones.

Ricardo Grimson, en su obra "Sociedad de locos", define al respecto: "Quisiéramos definir la comunidad terapéutica como un conjunto de técnicas integradas (de acuerdo con el concepto de planificación asistencial) que se aplican en una institución, tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, que se caracterizan por un sistema constante pero flexible, cuyas características son conocidas por todos los participantes y son discutidas por ellos periódicamente, existiendo de manera explícita la posibilidad de rectificar aspectos del funcionamiento grupal en base a la deliberación común. La comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en base a grupos. Tiende a integrar el conjunto de las actividades en un marco socioterapéutico. La dirección del sistema está dada por la externación. La distribución del poder tiende a la igualdad común a todos los participantes. Se da tanta importancia al funcionamiento normal como a situaciones de crisis o conflicto, siendo tales situaciones motivo de discusión conjunta".

Esta concepción se opone radicalmente a la de "instituciones totales", tal como las describe y critica Erving Goffman en su obra "Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales", en líneas generales: establecimientos sociales o instituciones de tendencias absorbentes o totalizadoras, simbolizadas aún más, por obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros. Las necesidades humanas son manejadas por medio de las organizaciones burocráticas de conglomerados humanos indivisibles, donde aparece un gran grupo que es manejado (el mundo de los internos) y un pequeño grupo del personal, cuya función está orientada fundamentalmente a la custodia y vigilancia. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad y todas las actividades están estrictamente programadas e impuestas a los "subordinados".

Por lo tanto, "la hospitalización parcial, debe entenderse como un recurso asistencial apto para reducir y evitar internaciones, en especial en casos de psicosis agudas (brotos, episodios de confusión, cuadros de despersonalización), y en aquellos casos crónicos en que se busca una resocialización activa y en que la internación total amenaza con producir una institucionalización pasiva. Rehuyendo entonces la omnipotencia de la mirada objetiva y la omnipotencia de la palabra declamada, nos disponemos a escuchar, a descifrar, a aprender. A crear juntos un ámbito seguro, en

el que emerja entre todos, un significado más claro" (Ricardo Grimson en "La cura y la locura").

Los pacientes llegan a la propuesta de Hospital de Día de muy diversas maneras. Algunos derivados por sus propios terapeutas, quienes consideran que el Hospital de Día es un espacio necesario para su rehabilitación y resocialización. Otras veces la familia es la que solicita la inserción del integrante considerado "enfermo", al cual es mejor mantenerlo "ocupado", durante el día, o bien porque ya no saben más qué hacer y se sienten desbordados. Otras veces los mismos pacientes solicitan su admisión. En otras oportunidades, los pacientes que llegan, salen de una internación. Podría pensarse que en lugar de hablar de un PROCESO DE ADMISION, nos encontramos con un LUGAR DE ADMISION. El Hospital de Día, se instituye como a "expensas de lo que se escucha", tanto del lado del terapeuta, como del lado del paciente.

Paciente y profesional, tienen una tarea compartida, no existen barreras entre ellos, **son iguales como personas**. Habrá sí, funciones distintas y complementarias, y urgencias distintas también, tiempos distintos, donde el "ser paciente" deberá quedar del lado del terapeuta. Es aprender a tener paciencia.

Es cierto que no es lo mismo la reclusión psiquiátrica que un tratamiento ambulatorio. Desde esta perspectiva, el sujeto, se juega el tener un lugar como tal, o el quedar en posición de objeto. Pero, ¿hasta qué punto aparece la persona que puede decidir si asiste o no; si permanece o no durante toda la jornada; si quiere trabajar o no?... ¿Hasta qué punto no es "traído" por el Otro, o no es "hablado" por el Otro? ... Es cierto que durante la internación psiquiátrica, el sujeto es abolido como tal, no cuenta en sus deseos. El suponer una "toma de decisión", deja del lado del psicótico, el "encuentro", más que con una acción coercitiva, con una posición de límite de quien lo escucha, no sin consecuencias. Podrá venir o no, pero esto no resulta insignificante para quien acoge su testimonio.

¿Quiénes pueden beneficiarse con este tipo de tratamiento?, sobre todo, teniendo en cuenta que el hospital de día no es un "lugar mágico" para todos, y donde todo es posible.

Podrán ser incluidos por sobre todo, **aquellos pacientes que tengan voluntad para participar en la comunidad y que además tengan conciencia de enfermedad**. Estos dos principios son fundamentales para poder trabajar y permitirle al paciente alcanzar una participación activa que se oriente hacia su "cura", su rehabilitación. Por lo tanto va a ser importante tener en consideración el "momento" del paciente y el grupo al cual va a ser incluido.

Grimson señala: "aquellos afectados por trastornos psicológicos severos, cuya indicación terapéutica trascienda las posibilidades de una terapia individual por requerir una planificación integral de múltiples recursos. Nos referimos a las psicosis en sus formas tanto agudas como crónicas (a condición de no asociarse a retardos mentales severos o deterioros muy acentuados), las depresiones (en especial con bajo nivel de impulsividad), algunos cuadros hipomaníacos que ceden en su intensidad por efectos de una sedación parcial o por la contención psicológica que brinda la comunidad. Las neurosis severas y las caracteropatías, deben ser evaluadas en cada caso. Los trastornos de personalidad de tipo psicopático, las conductas adictivas (alcohol o drogas), y las conductas paranoides. La aceptación de un paciente nuevo es un proceso que en todo momento toma como referentes no sólo el motivo de consulta (diagnóstico), sino además el tipo de población que en particular tenga la comunidad en ese momento. Teniendo en cuenta estas prevenciones, lo óptimo, desde el punto de vista de la comunidad, es una variedad de cuadros y una dispersión de edades".

Cabe aclarar al respecto, que al hablar de conductas adictivas, también se incluyen en esta modalidad de tratamiento los casos de anorexia y bulimia. Sin embargo, si bien se busca la mayor heterogeneidad en los integrantes de los grupos, no resulta del todo conveniente, incluir tanto estos casos, como los de adicciones a alcohol y drogas, con el resto de las patologías, por tratarse de características muy diferentes, como así también en el caso de las psicosis infantiles. Ahora bien, como dijéramos anteriormente, esto no es para nada taxativo, todo dependerá de cada caso en particular, y de cada comunidad terapéutica.

El trabajo de Hospital de Día, es una construcción cotidiana, porque los pacientes cambian, porque hay psicóticos y neuróticos, porque no hay un día igual a otro, porque existen las contradicciones. Hay un descubrimiento constante, que surge de la espontaneidad de la vida cotidiana, donde lo más importante es la persona (y no la teoría o la técnica), la construcción de un trabajo grupal, que muchas veces nos enfrenta con la improvisación, debido a las situaciones que surgen, y allí nos convoca a ser creativos, ya que no están escritas ni descriptas en ningún libro, porque tienen que ver con la subjetividad, con la historia y la participación de **todos** los que intervienen en un hospital de día. Lo que cura, lo que cambia, es la **acción colectiva**, este hacer juntos, el poder compartir y relacionar sentimientos, deseos, pensamientos e impulsos, con el medio o las circunstancias en que se originan o repiten. Justamente es lo opuesto al efecto "looping" de las instituciones totales, que se usa para castigar o reprimir, ejerciendo un dominio sobre el paciente; aquí, por el contrario, sus conductas y actitudes, sus actos y hasta sus impulsiones y delirios, se intentarán incluir, se intentarán analizar, evaluar, tratando que sea el propio paciente quien ejerza su propio dominio. Esto lo da sobre todo, la situación de experiencia grupal comunitaria.

Lo que resulta terapéutico es el pasaje del ser hablado al hablar por sí, la dimensión de la responsabilidad, en el intento de recuperar un sujeto, una persona, un ser humano.

Por lo tanto, ¿cómo se incluyen temáticas delirantes?; ¿cómo obtener un lugar, cuando alguien "es hablado en su delirio"? Se buscará entonces, en los distintos talleres, técnicas, tareas o recursos que permitan lograr "efectos de inclusión" (éstos tomaran distintos matices, según el delirio de cada uno, según el taller de que se trate, o el grupo en el que se trabaje). El delirio, sabemos, es la puerta de entrada desde donde se puede comenzar a trabajar. En su ser hablado aparece la intención de dirigir su mensaje a otros. La palabra empieza a ser revalorizada por el otro. Se le va dando un lugar simbólico dentro del grupo.

Ya Freud, en varios de sus escritos, describe al delirio y a las alucinaciones como ese proceso "ruidoso", a través del cual, el psicótico intenta reconectarse con el mundo exterior.

En "La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis" y en el caso Schreber, Freud plantea dos pasos en la psicosis: el primero de "retracción libidinal" (distinguiéndolo del de la "introversión libidinal" que se da en los casos de neurosis) donde hay una desinvestidura del mundo externo, sensación de fin del mundo, y donde el yo se ve reforzado, pues la libido del mundo externo se ha retraído hacia el yo (Preconciente), siendo este primer paso el patológico (que se da silenciosamente, y es inferido por los procesos siguientes). Y un segundo paso de reconstrucción, donde lo cancelado interiormente, retorna desde afuera. Es el retorno de lo repudiado. Se crea una realidad nueva, exenta de los disgustos que le ofrecía la anterior.

Por lo tanto, una manera de comenzar a trabajar con estos pacientes, será a partir de estos intentos de restablecer la reconstrucción o nexos con el mundo externo, y la curación justamente no estará en quitar o ahondar el delirio.

En los centros de asistencia psicológica, se pueden distinguir distintos espacios que son reconocidos por los propios pacientes, a saber:

El espacio comunitario cuenta con actividades que acogen la convivencia cotidiana, como ser: momentos de recreación como jugar a las cartas, a los dados, al ajedrez, compartir la merienda. Cada integrante del Hospital de Día, encuentra su espacio "entre otros", que siendo testigos de su decir, a veces se ve obligado a tener que callar por sus propios compañeros, o porque su estribillo resulta agotador o insolente, otras veces está invitado a hablar de lo que hizo en el fin de semana y a veces está invitado a hablar de lo que se le ocurra, aunque no sea otra cosa que su estribillo.

El espacio grupal donde aparecen los trabajos de los talleres, cuya expresión conjunta (taller de plástica y literario, por ejemplo) se condensa en la confección de la revista del Hospital de Día, o bien en la celebración de la fiesta de fin de año, etc. El trabajo es seguido por los talleristas de manera individualizada, con cada uno de los pacientes.

En los talleres es posible ver el trabajo grupal. Como diría Pichón Riviere: "...para contribuir a

vencer la incomunicación del otro, hace falta básicamente afecto, comprensión. Es decir, partiendo de no considerarlo "un loco", restituyéndole una parte de su persona que no está destruída: desde allí se establecerá el diálogo fecundo. Hay que estar preparado para hacerlo, y ello se consigue a partir del propio análisis personal" (refiriéndose a los psicólogos).

Muchas veces, el trabajo en un taller sirve como disparador para después trabajar algún tema en la terapia individual, otras veces los temas surgen en el mismo dispositivo. Sin embargo, poco a poco, cada integrante va reconociendo que tiene otro espacio distinto, su "espacio individual", donde hablar de ciertas cosas. Se hace diferenciable por oposición, por falta, y por presencia. Donde hablar de tal cosa, donde callarla, con quien hacerlo, con quien no sería conveniente. Esta secuencia se sanciona en el otro, para el otro.

El espacio individual, recorta y da lugar a la demanda particularizada, ya sea del paciente o de su familia, como ser: terapia individual, entrevistas familiares, entrevistas individuales con el psiquiatra para la medicación. A veces se propone un encuentro entre el paciente, su familia, el terapeuta individual, el psiquiatra y el coordinador del Hospital de Día.

Sin embargo, pese a reconocer su espacio individual, no se inhibe el decir delirante, que muchas veces aparece en el espacio grupal, encontrando así un lugar entre otros. La acción de inhibición a la que es demandado por participar de este tránsito en el tratamiento, a la vez que lo encuentra a solas con su decir, también lo encuentra "entre otros", entre los otros.

Finalmente se podría inferir una eficacia de la actividad grupal, en relación a la estabilización de los pacientes, ya que éstos se "estabilizan", estando en relación a un grupo de pertenencia. La resocialización está presente, y comienza a operarse desde el ingreso. El paciente participa de un tratamiento del cual, uno de sus sentidos es el comunitario. Se encuentran en una comunidad grupal en la cual son sancionados, demandados. Pasan así a ser **agentes activos de su tratamiento**. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la comunidad terapéutica no opera por sí sola como tratamiento, sino que actuaría como límite contra el fenómeno de la cronificación. El paciente por lo general, llega al Hospital de Día, en una posición que es la de entregarse para que se "opere" sobre él, va a buscar al hospital a un Otro, que sabe sobre él como objeto. Sin embargo el hospital necesita que **el paciente en principio, quiera tratarse** (aunque su actitud no sea más que querer expresar: "A ver qué pueden hacer conmigo").

Hay una programación terapéutica semanal, que se va ajustando a las características propias de cada comunidad, pero en la que se incluyen las siguientes actividades, desde aproximadamente las 9 hasta las 17 horas. (Aclaremos que todo esto se refiere a tratamientos ambulatorios, ya que la modalidad de hospital de día también es incluida en los casos de pacientes internados en instituciones totales (por ej.: Hospital Borda))

Grupo de apertura: Actividad exclusiva de los días lunes por la mañana, coordinada por un terapeuta. Forma parte del espacio grupal. Tiene por finalidad, evaluar y trabajar sobre los problemas que se presentaron durante el fin de semana, en el encuentro comunidad-paciente-familia. Es el momento en el que se presentan la movilización de ansiedades por los compañeros que no llegan, por las recaídas, por los acontecimientos felices vivenciados y que se quieren compartir con el grupo. Es más informal que una terapia de grupo, y sirve para organizar las distintas actividades para el resto del día y la semana. Pueden participar los terapeutas ocupacionales, quienes organizarán los materiales necesarios para las actividades escogidas para el taller de la tarde de ese día y del resto de la semana. (Ver qué tienen ganas de hacer, qué tareas quedaron pendientes de la semana anterior, cómo están las condiciones climáticas para las tareas de exterior, etc.).

Talleres: Forman parte del espacio grupal. Hay de distintas clases: literario, de expresión corporal, de plástica, de música, de diarios y revistas, de cine, de radio, de deportes, etc.. Pueden estar a cargo de artistas, musicoterapeutas, profesores, expertos, aficionados, y terapeutas ocupacionales. Estos últimos también se ocupan de realizar talleres donde se reparen, conserven o construyan cosas, tales

como: jardinería, carpintería, trabajos con cuero, cocina, etc.

Las actividades grupales le permiten al paciente poder descubrir, expresar y resolver su problemática de una manera nueva, diferente y distinta cada vez. Aprende a aprovechar sus conocimientos y aptitudes. Encuentra así un lugar que reunifica su fragmentación personal. Cuando puede producir esto, no pone el cuerpo (sobre todo en las psicosis), y le permite depositar allí sus ansiedades.

El objetivo es buscar superar limitaciones y dificultades, y obtener una actividad en conjunto, aunque se hagan tareas individuales. Sería, al decir de Bleger, eso de "heterogeneización en los integrantes del grupo y homogeneización en la tarea". Buscar la "acción colectiva". Los talleres, con sus modalidades propias, permiten ver al individuo no sólo en esa relación comunitaria, sino también en la relación individual con un objeto, con un instrumento musical, o aún con su propio cuerpo.

Los talleristas tienen un coordinador central (generalmente un psicólogo), con quienes supervisan su tarea. Muchas veces estos talleres son conducidos por estudiantes de psicología (o aún por psicólogos) que confunden a los talleres con espacios de análisis o terapia grupal. Es importante destacar que en los talleres **NO SE INTERPRETA, NO SE ASOCIA LIBREMENTE, NO SE EVALUAN TECNICAS PSICOLOGICAS, NO SE ANALIZAN LOS SUEÑOS, NO SE ANALIZA**, aunque sí surja material para ser trabajado en las distintas terapias (individual, grupal o familiar), el cual muchas veces es llevado por el propio paciente, quien ya va reconociendo los distintos espacios, dándose cuenta de dónde tiene que hablar de determinados temas. Si así no lo fuera, el tallerista ayudará al paciente a hacerle reconocer dónde podrá analizar efectivamente su problemática.

Almuerzo: Compartido por los pacientes, talleristas, algún terapeuta y las visitas. Forma parte del espacio comunitario, y es seguido por momentos de recreación libres (jugar a las cartas, a los dados, preparar el mate, charlar con amigos, etc.).

Asamblea de pacientes: Es el encuentro de todos los pacientes con el personal de la institución (se intenta incluir a los terapeutas, psiquiatras, médicos, talleristas). Esta propuesta, incluida en la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, tiene por finalidad, aumentar la efectividad de los roles (tanto del personal como de los pacientes), ya que son objeto de frecuente examen y discusión, fomentando la libre comunicación, flexibilizando las conductas y compartiendo para comprender las dificultades propias de cada rol. Es interesante tener en cuenta el grado de responsabilidad que puedan asumir los pacientes, a través de esta Asamblea, dado que este espacio, por tener relación con la organización de las actividades, es el lugar de los planteos, las quejas, las propuestas, atribución de las responsabilidades. Es el momento de revisar la "convivencia terapéutica" y plantearse ante sí mismo la posibilidad de corregir los problemas planteados en la institución.

Es también el momento para presentar ante todos, al paciente nuevo que ingresó durante la semana, o para despedir a aquel que termina su tratamiento.

Terapia de grupo: La situación de interacción grupal es fundamental en todo el proceso terapéutico. Un individuo que se encuentra con otros, que puede opinar, criticar, y que a su vez también recibe de los otros opiniones, críticas, aprobaciones, y por sobre todo una escucha. Lo que antes actuaba como barrera, llevándolo a la marginalidad y al aislamiento, en la tarea grupal pasa a ser un "querer decir algo", en un lugar donde es admitido, así, con todo su decir. Empieza a ampliarse la posibilidad de comunicación, se va recuperando el interés por el presente. Tiene un espacio en que es esperado por los otros, sus compañeros.

La terapia grupal es el momento del día donde la acción pasa a ser reflexión. Es el momento en el que se trabaja para tomar conciencia del grupo, un grupo o un equipo, el cual incluye terapeutas y compañeros que le brindarán sostén y contención, frente a su fragmentación y ansiedad.

Es importante que los terapeutas tengan manejo de técnicas dramáticas y gestálticas y juegos grupales, ya que su actitud será muy distinta a la del coordinador de grupos de pacientes neuróticos.

Aquí tiene que intervenir activamente. No puede quedar en una actitud silenciosa. Tiene que armar el grupo, y para eso recurrirá a diferentes técnicas, según el clima grupal (aparecen momentos de caos, de agresiones, de depresiones, de aislamientos, de euforia, etc.).

El encuentro del día viernes, tiene un carácter especial, ya que se trata del cierre de la semana y la salida hacia el sábado y el domingo, donde no habrá Hospital de Día, donde las tareas no están tan organizadas, donde se produce el encuentro con la familia y el resto de la sociedad en su vida cotidiana. La terapia apuntará a intentar realizar un resumen de las actividades de la semana, la puesta en común y elaboración de las ansiedades y temores que suscitan el fin de semana, el miedo a las recaídas.

Terapia Familiar: Con ella se propone lograr la participación de la familia en el proceso terapéutico. **Trabajar en reinserción social, es primero, trabajar con la familia.**

Se parte desde un punto de vista: es la situación familiar la que está enferma (por ejemplo: se habla de una "situación familiar psicótica"), y por lo tanto, no se trata de la familia de un paciente psicótico.

Es interesante destacar, que en el grupo familiar, se crean las situaciones y la dinámica que posteriormente hace surgir al paciente como emergente, depositario o portavoz del mismo, y por el cual posteriormente la familia consulta.

Teniendo en cuenta que este modo de abordaje, cuestiona todo el sistema familiar, los convoca, los implica y compromete, el modelo más eficaz es el de la coterapia, es decir, una pareja de terapeutas que confronta a la familia (un sistema frente a otro). Además, es necesario trabajar mucho con el grupo familiar, para que luego se produzca un egreso eficaz del paciente, es decir, que cuando sea dado de alta de su tratamiento, no se produzcan recaídas que lo lleven a tener que ingresar nuevamente al Hospital de Día, o en algunos casos a su internación. La familia deberá estar preparada y deberán operarse cambios efectivos, para que el paciente pueda realizar su adaptación activa, su reinserción social.

Es importante destacar, que la Comunidad Terapéutica no se plantea ser una familia sustituta, e intenta evitar la tendencia del paciente a familiarizar el vínculo, ya que muchos son los pacientes que idealizan la transferencia institucional e intentan reparar allí, lo que no han podido en su familia real. Es necesario plantear en todo momento, que la Comunidad Terapéutica es sólo un instrumento, un puente, un medio, un camino. No es un fin en sí misma.

Terapia Individual: Sabemos que en el caso de la psicosis, se presenta como un permanente desafío que plantea sus interrogantes y enfrenta al tratamiento psicoterapéutico con sus propios límites. Por lo tanto, hablar de una terapia individual para estos pacientes de hospital de día, es, como dijéramos anteriormente, un lugar que compromete y convoca a una tarea de a dos, a un encuentro paciente-psicólogo, que trabajarán de manera conjunta. Una tarea que exige ser paciente, saber esperar, saber escuchar, abstenerse, pues al ofrecerle al paciente un discurso cerrado o interpretaciones que intenten dar sentido, sería seguir ofreciéndole más de lo mismo, y por lo tanto en ese juego, el que mejor juega, el que mejor lo conoce es el propio paciente. Por lo tanto, la terapia individual, también deberá ser una inventiva, donde no existen reglas fijas para tratar las distintas patologías.

El analista también deberá abstenerse de esperar logros de sus pacientes (pues esto estará más del lado de su propio deseo).

Es importante ser tolerantes con las debilidades del enfermo y darse por contento si ha recuperado en parte la capacidad de producir y de gozar. O como diría Pichón Riviére: "el parámetro de evaluación que orienta ese análisis es la capacidad de desarrollar una actividad transformadora, un **aprendizaje**.

Reunión del Equipo Terapéutico": Se realiza fuera del horario del Hospital de Día, por lo menos una vez por semana. Tiene que ver con la evaluación de los pacientes, su seguimiento, las supervisiones, la estimación del proceso terapéutico y la toma de conocimiento de las situaciones

particulares.

El alta del tratamiento comienza a funcionar, cuando el paciente o alguien del equipo terapéutico comienza a hablar de la misma. Desde ya que las consideraciones sobre el alta no sólo están limitadas al tiempo promedio del tratamiento sino también a las vicisitudes del despliegue sintomático que el paciente hace en el hospital.

El trabajo realizado con la familia, también asegurará una buena reinserción social y una adaptación activa a la realidad. El resultado deberá darse en los ámbitos donde el paciente está con los otros, como ser el ámbito comunitario y el ámbito familiar. Grimson dirá que no hay cura real de un paciente, sin que se demuestren cambios, ni hay cura de un miembro de una familia sin que ocurran cambios en ese grupo familiar.

En el espacio individual (terapia individual) deberá comenzar a trabajar con el terapeuta el egreso del hospital de día, encauzando ya un proceso de resocialización y rehabilitación, fuera del mismo. El paciente ya rehabilitado, podría trabajar sus objetivos (por ejemplo: búsqueda de un trabajo, retomar sus estudios, ampliar su núcleo de amigos, independizarse, etc.).

La sola cuestión de que se hable de rehabilitación permite pensar, no sólo en la recuperación de una actividad que tenga representatividad social (que sea representante del sujeto en el orden social) sino en disponer de un tratamiento que considere que la rehabilitación de un sujeto comienza por el reencuentro que éste realiza con las interrupciones de su historia, con sus crisis, con sus inhibiciones y que entonces lo que hay que rehabilitar es ese decir que comienza a desplegarse allí.

Mucho se ha avanzado en los últimos años, en el campo de la teoría. Mucho se ha escrito, mucho se ha hablado. Sin embargo, poco se ha hecho en el campo de la práctica, en el encuentro cotidiano, cara a cara, con el enfermo mental. Es allí, en el trabajo comunitario, donde se produce el "enseñaje" del que hablara Bleger; es allí donde aparecen los problemas y las incertidumbres que nos hacen encontrar con ese otro ser humano que sufre, que tiene un nombre, una historia detrás y un proyecto de vida por delante.

Finalmente, un pensamiento de Pichón Riviere, quien trató siempre de "**saber que hay detrás de lo dicho**". "El sujeto es "SANO" en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, y tiene capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez él mismo. El sujeto está **activamente adaptado**, en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo. En mi esquema conceptual, el concepto de adaptación activa se identifica con el de aprendizaje, al que defino como aproximación instrumental de la realidad para transformarla".

En mi experiencia, he podido encontrarme con pacientes que buscan ser agentes activos de su tratamiento, otros que de alguna manera sostienen su lugar como pueden, con sus delirios y alucinaciones, algunos que pueden empezar a reconocer su demanda o ser demandados, pero por sobre todo, he podido encontrar con esta alternativa terapéutica llamada HOSPITAL DE DIA, el poder decirle NO a la internación psiquiátrica y SI a la resocialización, un hospital de día que logra trabajar y producir en grupo, y lo que es lo más importante: UN LUGAR DONDE CADA INTEGRANTE/PACIENTE HA PODIDO ENCONTRAR UN LUGAR ENTRE OTROS, UN LUGAR DE ADMISION DE UN DECIR SINGULAR. UN EQUIPO COMUNITARIO DE TRABAJO.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

ALAZRAQUI, J.; PEREZ SUCUNZA D. (Coordinadores). Disputas en el campo de la Salud Mental. Prácticas alternativas en el Hospital Psiquiátrico. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 1997.

BLEGER, José. Temas de Psicología. Editorial Nueva Visión . 1988.

FREUD,S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. (1912) Tomo 12. Ed. Amorrortu. 1990.

FREUD,S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1911(1910)). Tomo 12. Ed. Amorrortu. Ed.1990

FREUD,S. Neurosis y psicosis. (1924 (1923)). Tomo 19. Ed. Amorrortu . 1990.

FREUD,S. La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. (1924). Ed. Amorrortu.

GOFFMAN, Erving. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. 1970.

GRIMSON,Ricardo. La cura y la locura. Ed.Búsqueda. 1983.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS "Torcuato de Alvear" (M.C.B.A.). Hospital de Día. Fundación. Historia. Fundamentos de la Práctica. (1983-1993).

JONES, Maxwell. La psiquiatría social en la práctica. La idea de Comunidad Terapéutica. Ed. Americalee. 1970.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. 1981.

PICHON RIVIERE, Enrique. Teoría del Vínculo. Ed. Nueva Visión. 1985.

VEZZETTI, Hugo. La locura en la Argentina. Ed. Paidós. 1985.

ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Enrique Pichón Riviêre sobre el arte y la locura.. Ed. Cinco. 1991.