

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

**“Psicosis y Hospital Diurno”:**

Un Espacio Posible para lo Imposible.

Profesor Guía : Maritza Quevedo.

Metodólogo : Álvaro Gainza.

Profesor Informante : Francisco Jeanneret.

Alumnos : Leonel Clavijo B.

Nydia Meléndez P.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Agosto 2008.

## **Resumen:**

Este estudio trata sobre la importancia de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro de un modelo de tratamiento para la EQZ, como lo es el HD de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana. Para dar cuenta de esto, realizamos una descripción de las psicoterapias individuales y grupales: por un lado, desde los pacientes AUGE con EQZ y con tratamiento en el HD; y por otro, desde los psicólogos encargados de las psicoterapias en el HD.

Este estudio se basa en métodos cualitativos y procedimientos analíticos. Las fuentes de datos son amplias y diversas. Primero, realizamos una observación participante porque nos interesó ver en su ambiente psicoterapéutico a los pacientes y al psicólogo. Segundo, realizamos entrevistas semi-estructuradas a pacientes y psicólogos, refiriendo a la escucha directa. Por último, revisamos la documentación oficial de la institución. En el análisis comprendimos nuestros resultados desde la corriente francesa de la teoría psicoanalítica, por los aportes realizados en psicosis y sus tratamientos.

Pudimos concluir que el Otro hospitalario debe ofrecer un lugar donde el paciente psicótico pueda alojar su saber, sus certezas y acotar el goce, propiciando la restitución del sujeto al lazo social. La psicoterapia individual se consideró un espacio de confianza e intimidad entre un psicólogo y un paciente; y la grupal un espacio de socialización para los pacientes. Ésta última se consideró el núcleo del HD, porque el efecto de grupo es lo que hace posible un apaciguamiento de goce a partir de un lazo social con otro semejante.

## **Agradecimientos:**

Agradezco a mis amigos, que han confiado en mis palabras.  
A mis maestros, que han compartido mis preguntas.  
A mi madre, que me ha confiado sus manos.  
A Nydia, que me ha compartido su talento.  
A los informantes, que en estas letras han vencido al olvido,  
y han dejado en ellas un poco de sus vidas.  
Y las gracias les doy a todos los que creen en hacer posible  
espacios para lo imposible.  
A todos lo que me han ayudado ha construir con palabras y anhelos,  
la realidad de lo que un día fue un sueño.

**Leonel Clavijo Ballesteros.**

Con alivio y satisfacción agradezco:

A mis padres, Charlie and Toñita, por darme siempre su inmenso amor y por creer en mi y en este proyecto que elegí emprender hace 6 años...

A mi hermano, Rigo, por su alegría, amor y compañía incondicional... también a mi pequeña Gala, por ser una máquina de besos y una válvula de escape...

A Leo, porque fuimos un dúo mágico por 6 años...

A mis amigos, Nino, Vivi y Mati, por permitirme conocerlos y por iluminar la cotidianidad de mi vida... también a los que alguna vez fueron amigos, porque fueron parte de mí... y gracias a los recientes aparecidos, simplemente por aparecer...

A Maritza Quevedo, por su lucidez y pasión en su trabajo... asimismo gracias a Francisco Jeanneret, por su apoyo y disponibilidad... gracias a los que fueron parte de esta investigación abriendo sus puertas, entregando sus ideas y confiándonos su anonimato... gracias a todos los que componen el HD...

Gracias a los inspiradores aparecidos estos años de estudio, a los que generaron una deuda intelectual al compartir sus conocimientos y me confirmaron que esto me apasiona...

Finalmente, gracias a todos los que estuvieron pendientes de este proceso en mi vida y me preguntaron insistentemente cómo iba....

**Nydia Meléndez Paredes**

# Índice:

<b>1.- Planteamiento del Problema</b>	<b>7</b>
1.1.- Antecedentes	7
1.1.1.- Introducción	7
1.1.2.- Historia de la Locura y el Saber Psiquiátrico	7
1.1.3.- La Historia en Chile	10
1.1.4.- Esquizofrenia: criterios diagnósticos y subtipos clínicos	12
1.1.5.- Reformas en Salud Mental y Plan AUGE para la EQZ	16
1.1.6.- Nuevas Formas de Tratamiento y Algunas Experiencias	18
1.1.7.- Hospital Diurno de Adultos en Quinta Normal	23
1.2.- Fundamentación	27
1.3.- Justificación	33
1.3.1.- Aporte Teórico	33
1.3.2.- Aporte Social	34
1.3.3.- Aporte Práctico	35
1.4.- Objetivos	36
1.4.1.- Objetivo General	36
1.4.2.- Objetivos Específicos	36
<b>2.- Marco Teórico</b>	<b>37</b>
2.1.- Introducción	37
2.2.- La Psicosis desde el Psicoanálisis	38
2.2.1.- Una Forma de Organizar la Subjetividad	38

2.2.2.- Mecanismo Constitutivo	39
2.2.3.- Desencadenamiento de la Psicosis	42
2.2.4.- Esquizofrenia y Paranoia	44
2.2.5.- La Estabilización	47
2.3.- Institución Terapéutica para la Psicosis	50
2.3.1.- El Sujeto no sujeto	51
2.3.2.- La Institución Terapéutica	51
2.3.3.- El Orden Simbólico en la Institución	55
2.3.4.- Esfuerzo de Rigor	59
<b>3.- Marco Metodológico</b>	<b>61</b>
3.1.- Enfoque Metodológico	61
3.2.- Tipo de Estudio	64
3.3.- Diseño de Investigación	65
3.4.- Universo y Muestra	67
3.5.- Técnicas de Recolección y Producción de Información	73
3.5.1.- Entrevista en Profundidad	73
3.5.2.- Observación Participante	77
3.5.3.- Recopilación de Documentos	79
3.6.- Técnicas de Análisis	81
3.7.- Cronograma	83
<b>4.- Resultados y Análisis</b>	<b>84</b>
4.1.- Primera Parte	85
4.2.- Segunda Parte	142
<b>5.- Conclusión y Discusión</b>	<b>214</b>

<b>Bibliografía</b>	<b>229</b>
<b>Anexos</b>	<b>237</b>
<b>Anexo 1:</b> Glosario de Siglas y Definiciones	<b>238</b>
<b>Anexo 2:</b> La Institución	<b>239</b>
<b>Anexo 3:</b> Observación Participante: Psicoterapias Grupales	<b>263</b>
<b>Anexo 4:</b> Entrevistas	<b>309</b>
<b>Anexo 5:</b> Segmentación y la Codificación	<b>471</b>

# **1.- Planteamiento del Problema:**

## ***1.1.- Antecedentes:***

### ***1.1.1.- Introducción:***

El estar consciente de los derechos y deberes contribuye a una democracia activa, es una preocupación de los gobiernos y de la ciudadanía el que esto se desarrolle, en este marco se han desplegado estrategias que apuntan hacia éste horizonte, dentro de las cuales el derecho a una vida digna es un factor crucial.

La institución concerniente a la salud no escapa a aquello, es en ésta línea donde exploramos el modo en que la institución psiquiátrica ha realizado hasta hoy transformaciones sustanciales en ésta materia. Nos situamos en la psiquiatría, en una de las instituciones que luego de haber pasado por etapas de gran oscuridad en la historia hoy intenta responder a las demandas por el derecho a una vida plena.

A continuación expondremos las formas en que se han relacionado en la historia la patología mental y sus modos de abordaje.

### ***1.1.2.- La Historia de la Locura y el Saber Psiquiátrico:***

El pensar en la institución psiquiátrica, será pensar en un ejercicio de poder articulado en el discurso que da cuenta de un saber acerca de la enfermedad mental, acerca de la normalidad y la anormalidad, discurso que reproduce sentido en lo social. Lo anormal es aquello que está afuera del discurso, es decir, lo que está afuera de “el conjunto de reglas anónimas, históricas, determinadas en el tiempo y en el espacio,

que se han definido y establecido para una época dadas las condiciones de ejercicio de una función enunciativa” (Foucault, 1989, citado en Albano, 2004, p. 67)

En la historia occidental, la locura junto a la exclusión han estado presentes desde sus inicios, tal como indica Foucault en su texto *“Historia de la Locura en la Época Clásica I”* (1967). Durante la época medieval se vio en la lepra el mal que era necesario extirpar de la comunidad a través del acto de exclusión del leproso. Posteriormente, “la lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla en una distancia sagrada” (p. 16). Sin embargo, agrega Foucault, “lo que durará más tiempo que la lepra (...) son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible” (pp. 16-17). Es así, como a pesar de estar desaparecida la lepra, los juegos de exclusión se repetirían de manera parecida, los pobres, vagabundos, huérfanos y los locos ocuparán su lugar en los juegos de la exclusión social.

El mismo autor comenta que en el Renacimiento, la exclusión de la locura se materializó en el embarco de los locos dejándolos a la incertidumbre de su suerte, ya que “confiar el loco a los marineros es evitar, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida” (p. 25). Más tarde, en el siglo XVII, el encierro, fue la nueva forma de ocuparse indiferenciadamente de todos los que constituyen un peligro, un escándalo para la comunidad; pobres, trastornados, delincuentes, inmorales, ociosos, niños, todos al mismo lugar. Se instalan depósitos de mendicidad que funcionan, en gran parte, como hospitales generales.

Los enfermos mentales estaban al cuidado de su familia, pero en el caso que no tuvieran recursos económicos o que la familia se declarara incapaz de asistirlo, eran llevados a hospitales generales. Las ordenes de detención provenían del rey o poder ejecutivo, y se aplicaban tanto a los enfermos, como a aquellos que atentaban contra la seguridad pública. El problema de los enfermos mentales no representaba más que una subespecie de delitos que desencadenaba la intervención policial.

Ahora, si bien es cierto que la lepra ha suscitado rituales de exclusión que dieron hasta cierto punto el modelo y la forma general del *gran encierro*, es la peste la que ha suscitado esquemas disciplinarios. El leproso estaba prendido en una práctica del exilio, se le dejaba perderse allí como en una masa que importaba poco diferenciar, en cambio los apestados estaban encerrados meticolosa y tácticamente, lo que atendía a diferenciaciones individuales, a esquemas diferentes, pero que lentamente se aproximaron hasta articularse en el siglo XIX en el asilo psiquiátrico, la penitenciaría, la correccional, etc.

Así llegamos, a la modernidad capitalista, con las prácticas meticolosas de la exclusión y al disciplinamiento de los anormales, donde comenzó a distinguirse una diferencia entre los individuos que perturbaban el orden social, así los delincuentes son designados a centros carcelarios donde se les aplicará sanciones provenientes del orden jurídico. El loco, temible e inocente, escapa a las categorías jurídicas de una sociedad contractual quedando a cargo de la filantropía. La necesidad de establecer cierto contrato social, dio por ende la creación de normas racionales, y el no acatamiento de dichas normas era entendido como un acto de delincuencia o de enfermedad.

Según Castel (1980), Philippe Pinel, psiquiatra francés, puso en relación al alienado con el lugar de encierro, no con el fin de liberar a los locos de la opresión, sino que con la intención de poder desarrollar una racionalidad de la enfermedad mental, lo primero que hizo fue separar las especies de la locura, es decir, separó metódicamente a los perturbados de los epilépticos, cancerosos, huérfanos, etc. Con lo anterior se permitió la observación de los síntomas de los alienados o locos y poder llevar a cabo una práctica eficaz de lo que Pinel denominó un *tratamiento moral*, así se constituyó la primera noción de tratamiento para la locura, el cual estaba basado en algunos principios fundamentales como aislar al alienado del mundo exterior; constituir un orden asilar con reglas, delimitaciones, ocupaciones y jerarquías; establecer una relación donde el ejercicio del poder era aplicado constantemente, haciendo primar la razón sobre la sin razón.

### ***1.1.3.- La Historia en Chile:***

Según Camus (1993), en Chile se estableció un conflicto a fines el siglo XIX entre la sociedad conservadora y el saber médico-científico, los primeros mantenían un poder acerca de la administración de las ciudades y los ciudadanos basándose en la filantropía, y los segundos procuraban construir un saber acerca de la locura. Ésta relación conflictiva se vio plasmada en un conflicto por la administración de la Casa de Orates de Santiago.

La Junta, como se ha dicho, estaba más preocupada de la reclusión de los dementes que de las condiciones en la cual ésta se efectuaba; después de todo, ni a los propios locos parecía importarles la situación en que se encontraban. La labor del

médico era secundaria, solamente un complemento de este encierro y debía, en todo caso, subordinarse a las funciones que el Reglamento le otorgaba. (Camus, 1993, p. 111).

Camus relata “la sociedad no consideraba a los locos como enfermos a los cuales había que darles una asistencia adecuada para su curación, más bien veía en ellos seres endemoniados, o también individuos peligrosos de los cuales había que protegerse” (p. 104). En este momento hablamos de una sociedad conservadora, en la cual de a poco comienza a girar el discurso con relación a la producción ética del capitalismo, así más tarde, ya no bastará con encerrar y apartar de la sociedad a estos sujetos alienados, sino que se administrará dicho cuerpo con relación a lo que es capaz de producir, en primer lugar, un saber acerca de la anormalidad, y por otra parte, lo que no es capaz de generar. De este modo se pasa de la beneficencia a la ciencia, dos tipos de saber pero con características distintas.

Posteriormente, los enfermos mentales son llevados a hospitales psiquiátricos, y si en otro momento fueron asistidos por religiosas y personas caritativas, ahora son atendidos por médicos en una relación de tutela, de subordinación reglamentada que se convierte en la matriz de toda la política asistencial actual. Algunas de las terapias utilizadas en los dispositivos de encierro psiquiátrico fueron las disciplinantes del alma y del cuerpo como rapar, sumergir en agua, hacer cama por largos períodos de tiempo, camisa de fuerza, medicamentos, máquina eléctrica, shock eléctrico, absceso de fijación mediante inyecciones de oxígeno, etc. Detrás de estas técnicas, existían diferentes razonamientos que las justificaban, como que el debilitamiento del cuerpo y la distracción del alma, mediante el dolor físico, podrían tornar receptiva a la razón.

Sin embargo, lo que significó un gran avance en el tratamiento del alienado, y en la instauración del saber del médico acerca de la locura, fue el tratamiento moral, práctica creada por Pinel y traída al país por jóvenes médicos formados en Europa, los cuales lentamente lograron imponer los revolucionarios tratamientos del viejo continente. Ramón Elguero, médico impulsor de éstas nuevas ideas en el país sostenía que los tratamientos disciplinantes y los tratamientos farmacéuticos de la época, tales como el opio, la belladona, el hysosiamo, el lutura stramonium, el haschisch, entre otros, no eran el principal medio para tratar la locura, ya que “el primero i principal es el tratamiento moral, porque en casos dados, el único que conduce a resultados eficaces, e imposibles de alcanzarse con un método puramente farmacéutico. Viene enseguida el aislamiento” (Elguero, 1863, citado en Camus, 1993, p. 107).

El problema de la locura pasó lentamente de ser un problema de seguridad pública a ser un problema de salud pública; el alienado, otrora considerado un sujeto peligroso para la sociedad, el cual amenazaba la tranquilidad social, se transforma en un sujeto que padece una enfermedad y precisa un tratamiento.

Actualmente, ya nadie pone en duda que la internación prolongada en hospitales psiquiátricos agrava la enfermedad mental más que sanarla. La búsqueda de alternativas a estos sistemas, ha permitido el desarrollo de otros modelos que, en forma más humanitaria, hacen posible no sólo la rehabilitación, sino también la integración de las personas que padecen discapacidad psíquica.

#### ***1.1.4.- Esquizofrenia: criterios diagnósticos y subtipos clínicos:***

La palabra esquizofrenia ha sido utilizada desde hace muchos años, fue Bleuler el que cambió la denominación de Kraepelin de *demencia precoz* por el de

*esquizofrenia*, dándole un nuevo nombre a un fenómeno que ya se venía observando. Los estudios que dan cuenta de la evolución del concepto de esquizofrenia indican que Kraepelin observó a algunos enfermos mentales de su época que padecían delirios, en ellos identificó que tenían un comienzo temprano en edad y un curso crónico y deteriorante, esto lo hizo diferenciar estas características del ya conocido *alzheimer* y de la enfermedad *maniaco-depresiva*. Posteriormente, Bleuler cambia la denominación de demencia precoz por la de esquizofrenia, le llamó esquizofrenia debido a que él consideraba que el deterioro cognitivo, el deterioro del pensamiento era el síntoma principal de la enfermedad, entonces hacía referencia a la división de la mente en su término, porque significa mente dividida. También Bleuler diferenció los síntomas fundamentales de los síntomas accesorios, indicando que entre los primeros se encuentran los trastornos del pensamiento y en los segundos las alucinaciones y/o delirios.

Más adelante, Schneider diferenció los síntomas de primer rango y los de segundo rango, indicando que entre los primeros se encuentran las alucinaciones y/o delirios y entre los segundos se encuentran los trastornos del pensamiento.

A pesar de la evolución variada del concepto, en la actualidad hay consenso en su definición y manera de detección, para comprender qué estamos comprendiendo por esquizofrenia podemos ayudarnos por una cita del CIE-10:

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en formas de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de

su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. (Citado en MINSAL, 2001, s.p.).

Actualmente el diagnóstico de esquizofrenia se basa en la historia del desarrollo de los síntomas y signos que se han presentado durante algún tiempo determinado. Sin embargo existen criterios diagnósticos de acuerdo a algunos sistemas clasificatorios actuales, en este caso mostraremos dos de ellos por ser los más utilizados en nuestro país, hablamos del CIE-10 y del DSM-IV.

CIE-10	DSM-IV
<p>Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (f). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un periodo de un mes o más.</p> <p>a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.</p> <p>b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.</p> <p>c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.</p> <p>d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuados a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de</p>	<p>A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha tratado con éxito): (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado; por ejemplo, descarrilamientos frecuentes o incoherencia, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.</p> <p>* Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o sí dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, está claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la</p>

<p>controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).</p> <p>e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.</p> <p>f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.</p> <p>g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.</p> <p>h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o medicación neuroléptica.</p> <p>i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falla de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.</p>	<p>alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: (1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrentemente con los síntomas de la fase activa; o (2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activos y residual.</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p>
--	---

*Fig. 1: Criterios Diagnósticos para la Esquizofrenia.*

La esquizofrenia una vez diagnosticada se agrupa según subtipos, los cuales son definidos según los síntomas predominantes al momento de la evaluación, debido

a esto es posible su modificación a lo largo del tiempo. De acuerdo con los sistemas clasificatorios usados nos encontramos con 5 subtipos que son los mencionados por MINSAL (2000), los cuales serán mencionados brevemente a continuación:

<b>Paranoide</b>	Predominan las alucinaciones y delirios.
<b>Desorganizada</b>	Predomina la disgregación del pensamiento, desorganización de la conducta y afectos inapropiados.
<b>Catatónica</b>	Predominan síntomas motores característicos.
<b>Indiferenciada</b>	Ninguna de las presentaciones anteriores es predominante.
<b>Residual</b>	Ausencia de síntomas agudos, presencia de síntomas negativos y síntomas positivos leves.

*Fig. 2: Subtipos Clínicos para la Esquizofrenia.*

En Chile, según estudios realizados por el MINSAL (2005), la prevalencia de vida de la esquizofrenia es de 1.02%, la prevalencia poblacional indica que de cada 1.000 personas mayores de 15 años, 5 de ellas presentan esquizofrenia. La demanda de atención por esquizofrenia estimada al año, es de 1 persona por cada 1.000 personas mayores de 15 años.

#### ***1.1.5.- Reformas en Salud Mental y Plan AUGE para la Esquizofrenia:***

Se ha observado que en Chile factores demográficos, biológicos y psicosociales, relacionados con las características y exigencias del medio social, han afectado a mujeres y hombres poniéndolos en riesgo de sufrir enfermedades

psiquiátricas. Sobretudo, en vista que somos un país en vías de desarrollo, viviendo procesos de modernización acelerada.

En respuesta a esta nueva realidad, el Ministerio de Salud (MINSAL) durante el año 2000, inició el diseño y la implementación de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, este promueve el desarrollo de una red de servicios de salud mental, centrándose en un modelo de atención comunitario, en el cual un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, abordan en forma coordinada, y sistémica, los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población, subdividiendo sus áreas geográficas determinadas y desarrollando desde su especificidad acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Ahora bien, como objetivos específicos busca:

Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria. Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles. Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores. (MINSAL, 2001, p. 26).

La experiencia nacional e internacional, según el MINSAL, ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya no sólo con el tratamiento farmacológico, sino que también generando redes de apoyo social en que

las condiciones ambientales, el comportamiento social de la familia y de la comunidad influyan positivamente en su estabilidad y calidad de vida.

Además de lo anterior, la reforma de la salud contempla el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), este plan anuncia sus primeros documentos en Abril de 2004, donde garantiza la equidad e igualdad de acceso a la atención en salud sin discriminación alguna, contribuye a lograr consensos y eficacia en la atención (protocolos), define plazos máximos de atención, podríamos decir que en general garantiza acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad.

El protocolo AUGE para el tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia ha establecido garantías explícitas, indicando que los beneficiarios son las personas con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiesten por primera vez los síntomas a partir del 1 de Julio de 2005, bajo esta sospecha obtendrán acceso a diagnóstico y tratamiento de prueba por 180 días, con confirmación diagnóstica continúan el tratamiento; además no deben mediar más de 20 días para recibir atención psiquiátrica. En cuanto a los resultados, garantiza que a los seis meses de tratamiento, al menos el 50% de las personas, se encontrarán sin síntomas positivos.

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia se encuentran la mayoría de las veces en condiciones crónicas, lo que trae consigo deterioros en la capacidad de relacionarse con el medio y la sociedad, porque se aíslan o porque sufren rechazo.

#### ***1.1.6.- Nuevas Formas de Tratamiento y Algunas Experiencias:***

Una nueva alternativa de tratamiento, para las personas con diagnóstico de esquizofrenia, es la hospitalización diurna. La creación de los *hospitales diurnos*, para personas que padecen enfermedades mentales severas, como la psicosis, forman parte

de la Red de Servicios de Atención en Salud Mental y Psiquiatría, y se enmarcan dentro del proceso de cambios necesarios de realizar según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que busca superar la internación prolongada al interior de los hospitales.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) define al Hospital Diurno (HD):

Como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con Red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación, reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y por el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía. (MINSAL, 2002, p.3).

Además, se indica que debiera existir 1 plaza por cada 10.000 a 14.000 adultos beneficiarios y se dice que debe entregar prestaciones a personas afectadas por esquizofrenia. También se señala que debe tener dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría. En el año 2001 existían 31 hospitales diurnos en nuestro país, actualmente existen 40, la mayor parte se concentra en la región Metropolitana.

Existen antecedentes con relación a experiencias mundiales y nacionales. El primer Hospital Diurno Psiquiátrico data de 1932 en Moscú, su funcionamiento estaba dado para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia y para la convalecencia de trastornos neuróticos. Dzhagarov, el jefe médico, planteó “hospitalizaciones semipermanente para los pacientes psicóticos, donde hacía ir a los

enfermos al hospital durante la jornada de trabajo y se los dejaba el resto del tiempo en su atmósfera familiar habitual” (Dzhagarov, s.f. citado en Naranjo, 2001, p.2).

En occidente, el primer Hospital Diurno se fundó en 1946 por el Dr. D. Cameron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Allan Memorial Institute de Montreal.

Cameron concibió el hospital de Día en estrecha relación con el servicio de hospitalización completa y como un sistema terapéutico eficaz y económico destinado a todos los pacientes que no requirieran necesariamente de la internación por un comportamiento perturbador, que fuesen capaces de asistir regularmente y seguir viviendo en su casa durante el tratamiento. Desde un principio señaló que ‘los principales métodos terapéuticos utilizados en el HD son los psicoterapéuticos’ (...) la responsabilidad del bienestar del enfermo (...) se encuentra, en parte, en manos del paciente mismo; en otra, en los demás enfermos y una tercera parte, en manos del personal. (Olivos, 1985, citado en Naranjo, 2001 p. 2-3).

Actualmente, La Borde, en Francia, es una de las instituciones más reconocidas a nivel mundial, esta es una institución privada que funciona mediante un contrato con el Estado, el cual se hace cargo de los gastos de internación. Fue fundada en 1953 por el Dr. J. Oury, el cual aún se mantiene a cargo de la dirección de la clínica. Su modelo de trabajo de basa en la *psicoterapia institucional* proveniente de las reflexiones de Daumezon y Tosquelles. Se trata de un lugar abierto que tiene la

capacidad para acoger a 107 pacientes internados y 15 en el Hospital Diurno. Los pacientes que recibe son mayores de edad que se internan por voluntad propia y no son separados por patología ni por sexo.

El Dr. Oury dice “todo encierro es alienante, así como (lo son) toda rigidez en los roles y la falta de circulación” (citado en Lestard, s.f., p.2), se busca utilizar la institución como herramienta terapéutica, por lo mismo los pacientes pueden circular libremente por todos los espacios de la clínica y participar de todas las actividades cotidianas.

Según una experiencia personal de un pasante en esta institución, el tratamiento de los pacientes se basa en el psicoanálisis adaptado al tratamiento de lo colectivo, allí modifica los dispositivos y estrategias, pero no la ética, en este lugar las jerarquías se suprimen a lo mínimo privilegiándose los roles, por lo tanto se potencia la autonomía de los sujetos mediante una activa participación, se parte de la idea de que es necesario dirigirse al paciente como sujeto para iniciar un proceso terapéutico (Lestard, s.f.). Además, se intenta que paciente y terapeuta se elijan mutuamente para iniciar las relaciones terapéuticas, es decir, no son impuestas o designadas de antemano, sino que a partir de una transferencia generada en el contacto cotidiano.

En América Latina los primeros Hospitales Diurnos aparecieron en Porto Alegre en 1962 creado por Blaya y en La Habana en 1965 dirigido por García, este era una copia del de Cameron. En Argentina el Dr. J. García en 1967 inauguró el primer Hospital Diurno en su Servicio del Hospital J. T. Borda (Stagnaro, 2004, citado en Bertrán, 2004).

En Chile aparecen acercamientos de estos modelos desde 1965 en Temuco y entre 1972 y 1979 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago encabezados por los Drs. E. París y P. Olivos, este último describe al Hospital Diurno “como una unidad intermedia en la cadena de servicios de rehabilitación, situado entre la hospitalización completa y la meta de vida independiente en la comunidad” (1984, citado en Naranjo, 2001, p.4), sería entonces una estructura terapéutica que daría a los pacientes un proyecto terapéutico que intentaría reintegrarlos socialmente. Sin embargo los que conocemos en la actualidad datan de 1990 en adelante (MINSAL, 2002, p. 4).

El Hospital Diurno está destinado a la atención de pacientes, que por su psicopatología, no requieren estar internados, pero tampoco se encuentran en condiciones de quedar sin un tratamiento psicoterapéutico. Es así, como este dispositivo, de acuerdo a la elaboración de estrategias de tratamiento para el seguimiento intensivo de cada paciente, entrega atención psiquiátrica y psicológica individual, control de medicación, espacios psicoterapéuticos y actividades de talleres grupales.

Además, Olivos (1985) agrega que dentro de sus ventajas se encuentran la desaparición de las camas, el trabajo en equipo, el trabajo con las familias y la presencia en la comunidad. Todo esto posibilitado por la aparición de neurolepticos que atenúan la presencia de síntomas perturbadores, favoreciendo las prácticas extrahospitalarias y la posibilidad de utilizar técnicas psicoterapéuticas grupales e individuales.

Olivos (1988) describe al Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago como una comunidad terapéutica con una orientación psicoterapéutica, de ésta última dice que puede entenderse:

Como un proceso que apunta a permitir la construcción de un objeto interno bueno y un sí mismo más integrado mediante un trabajo reparatorio (...) La relación terapéutica provee un espacio en que pueden además verbalizarse las ansiedades, temores, fantasías, impulsos, etc., y en que el paciente recibe a su vez verbalizaciones de los terapeutas que le permiten esclarecer y diferenciar su caos interno. Puede entonces comenzar a mentalizar sus conflictos, al crearse un espacio mental por la introyección de esta segunda piel u ‘Hospital Diurno madre’ y por la introyección de una comprensión que le permite ir construyendo un mundo interno más ordenado. (p. 1).

Además, indica como instrumento básico la interpretación, éstas van “dirigidas al grupo y a los individuos tendiendo a un equilibrio en que el individuo no se pierda en el grupo, y con interpretaciones grupales que recogen los sentimientos latentes comunes en el grupo a partir de las comunicaciones individuales” (p. 2).

#### ***1.1.7.- Hospital Diurno de Adultos en Quinta Normal:***

Uno de los 40 Hospitales Diurnos que actualmente integran la Red de Salud en Chile es el Hospital Diurno de Adultos en Quinta Normal, dentro de su historia se cuenta que en la década del 90 dependía del Programa de Rehabilitación del Hospital Félix Bulnes.

En el año 2003 el Servicio Metropolitano de Salud Occidente (SSMOCC) decidió externalizar este dispositivo, naciendo una nueva sociedad, la cual cuenta con

dependencia técnica del Hospital Félix Bulnes (HFB) y dependencia administrativa del SSMOCC.

El Hospital Diurno se encuentra ubicado a tres cuadras del Hospital Félix Bulnes, lo cual favorece la llegada de los pacientes. Su horario de atención es de Lunes a Viernes de 9:00 a 15:00 horas y los Jueves de 15:00 a 17:00 para la atención de familiares.

El equipo de trabajo está compuesto por 7 integrantes, la directora (psicóloga), dos psicólogos, una paramédico, una psiquiatra, una monitora y una encargada de las funciones alimenticias, también asiste un enfermero que presta servicios al hospital pero no es considerado parte del equipo, además durante el año supervisa pasantías de grupos de estudiantes de enfermería que asisten al hospital por ciertos periodos. Hasta el mes de Agosto de 2007 fue parte del equipo también una asistente social. Su cargo ha sido ocupado nuevamente desde Enero de 2008. También a partir de Septiembre de 2007, terminada nuestra práctica profesional allí, hemos sido incluidos dentro del equipo, trabajando allí hasta Enero de 2008.

El Hospital Diurno recibe a personas provenientes del área occidente de la región Metropolitana que cuentan con alguna patología mental del tipo de las psicosis, en específico esquizofrenia. El promedio mensual de pacientes ingresados es de 25 y el promedio mensual de pacientes AUGE ingresados es de 12. Entre los meses de Enero y Agosto del año 2007, la población fue de 55 pacientes con un promedio de edad de 25 años, 21 de ellos eran considerados como AUGE con un promedio de edad de 22 años; además, 21 pacientes del total de la población tenían antecedentes de consumo de drogas o alcohol (Equipo HD, 2007).

Principalmente, las derivaciones hacia el Hospital Diurno provienen en un 90% de la atención psiquiátrica del Hospital Félix Bulnes, un porcentaje menor son derivaciones desde la atención psiquiátrica del Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz. Luego de terminado el tratamiento en el Hospital Diurno, los pacientes son derivados a Consultorios de Salud Mental (COSAM), Hogares Protegidos (HP) o talleres laborales de capacitación (*para mayor detalle acerca de la red sectorial del Hospital Diurno ver Anexo 1.4*)

El proceso terapéutico y la metodología de trabajo se dividen en cuatro momentos, estos dan cuenta de la manera de operar del Hospital Diurno: El primero es el tiempo de vinculación, aquí se realizan diversas entrevistas de ingreso y evaluaciones para recabar antecedentes del paciente, se considera un tiempo de adaptación. El segundo tiempo es el de individuación, aquí se articulan los objetivos terapéuticos para el paciente, se reconocen las dificultades y posibilidades de trabajo terapéutico. El tercer tiempo es el de separación, aquí se evalúa el logro de los objetivos. El paciente se prepara para terminar el tratamiento según el tiempo definido. El cuarto momento es el de partida y seguimiento, aquí el paciente asiste a controles y supervisiones luego del alta y se coordina la derivación hacia otros sectores de la red de salud (*para mayor detalle de las actividades grupales ver Anexo 1.3*).

El equipo de trabajo realiza una reunión de coordinación clínica una vez a la semana para evaluar dichos tiempos según el momento de cada paciente, allí participan los psicólogos y la psiquiatra.

En el lugar se realizan actividades de carácter grupal como la bienvenida, tarea diaria, activación, psicoterapia, sesión de integración familiar, psicoeducación,

taller de habilidades cognitivas, taller de autocuidado en salud, psicoarte, taller literario, taller de música, taller de debate, actividad de circulación de la palabra, psicoterapia familiar y reflexiones de la semana (*para mayor detalle de las actividades grupales ver Anexo 1.2*). También se realizan actividades de carácter individual como son las psicoterapias individuales a cargo de psicólogos, los controles médicos a cargo de la psiquiatra (el primer mes se realiza un control semanal, luego se realizan controles cada quince días hasta lograr un ajuste farmacológico, posteriormente se sigue con controles mensuales, salvo eventualidades), además se realizan reuniones con los familiares.

## ***1.2.- Fundamentación:***

La locura introduce un malestar en la cultura (Freud, 1929), independiente del lugar que ocupe dentro del imaginario social en cada momento o época (Foucault, 1967).

Los dispositivos tradicionales de hospitalización, como modalidad de atención para la locura, implican en su mayoría institucionalización, no favoreciendo con la autonomía de las personas beneficiarias ni con sus procesos necesarios de reconocimiento dentro de su comunidad. En cambio, los hospitales diurnos se enmarcan en el área de la salud mental como modelos de tratamiento que permiten una estabilidad y un alivio de la sintomatología de pacientes psicóticos mediante un tratamiento ambulatorio. Se sitúan como una estructura intermedia que hace puente entre la hospitalización prolongada y la vida en la comunidad, favoreciendo la integración de los pacientes a su medio social. Su principal intención es situarse como un eslabón necesario en la cadena que posibilita a los pacientes retomar un lugar en el plano social.

Hoy en día la internación psiquiátrica prolongada y las hospitalizaciones parciales en los hospitales diurnos coexisten como estrategias diferentes de un sistema de salud. Ambos modos de atención estarían destinados a producir efectos sobre distintos momentos de la patología.

El ingreso de los pacientes al Hospital Diurno se efectúa una vez que estos están compensados, hace por lo menos 3 meses, esto no implica que la psicosis deje de operar, ya que es una estructura psíquica. Cada uno de estos pacientes ha vivido

situaciones de descompensación graves (crisis) y en general, luego de un periodo de hospitalización completa se les indicó hospitalización diurna.

Sabemos que los pacientes psicóticos “aparecen como fuera del discurso, del lazo social, en un goce autista que no se dirige a nadie y aparece en lo real satisfaciéndose en sí mismo” (Fudín, s.f., s.p). Sin embargo, la misma autora indica “no se le puede privar al enfermo, al psicótico de la posibilidad de subjetivar en la medida de lo posible, sus actos”. El Hospital Diurno interviene con la esperanza de que lo simbólico funcione y actúe como si hubiese localización subjetiva en los psicóticos.

Estos pacientes necesitan un lugar protector, un lugar que opere como matriz simbólica que no pudo llegar a simbolizarse. Es posible pensar toda la institución en un marco psicoterapéutico, porque es una manera de proponer a los pacientes psicóticos instancias psíquicas externas (Fontaine, 2004). “El Otro hospitalario debe ofrecer durante un lapso más o menos breve un lugar donde el psicótico pueda alojar su saber, sus certezas, y acotar el goce que lo enloquece, propiciando desde el comienzo la restitución del sujeto al lazo social” (Fudín, 2000, s.p.)

Desde esta premisa los pacientes con esquizofrenia necesitan un espacio y un tiempo donde la crisis sea escuchada, para esto las psicoterapias actúan como facilitadoras. “Si no se cuenta con un espacio de escucha (tanto individual como grupal) que vaya más allá de los síntomas, se pierde el sentido de la crisis, y el para qué y el por qué de la intervención” (Vallejos, 2006, p.332).

Las psicoterapias, individual y grupal, son dispositivos terapéuticos que se encuentran dentro del modo de atención del Hospital Diurno. Podemos comprender los dispositivos terapéuticos siguiendo el pensamiento de Foucault (1980), éste dice

que los dispositivos actúan como un aparato, donde se encuentran un conjunto de piezas organizadas de tal forma que cumplen con una función específica. Indica que son unas estrategias de relaciones de fuerza soportando unos tipos de saber y soportados por ella. Parecida idea se presenta en Schtivelband (2004), ella dice “un dispositivo constituye un artificio, un mecanismo dispuesto para la producción de determinado efecto, destinado y preparado para ello” (p. 1). De este modo, los dispositivos terapéuticos existentes al interior del Hospital Diurno están relacionados con la especificidad del tratamiento clínico para la psicosis, están dispuestos a producir ciertos efectos en el tratamiento de los pacientes interviniendo sobre lo real por medio de lo simbólico.

Análogamente, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) nos permite comprender las psicoterapias como:

Todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, relaciones, cogniciones, adaptación al entorno, salud física y psíquica, integración de la identidad psicológica y en general el mejor equilibrio y bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. (FEAP, 1993).

Asimismo, podemos agregar que las “*Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia*” indican el modo en que las psicoterapias actúan específicamente en el campo de las psicosis:

La función de la psicoterapia individual o grupal para pacientes estabilizados en su sintomatología psicótica es proporcionar alivio y contención de las ansiedades paranoides, elaborar las fantasías acerca de la enfermedad, propiciar una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la enfermedad y trabajar las dificultades actuales en el marco de su historia personal. (MINSAL, 2000).

Considerando lo anterior, en esta investigación nos situamos en el Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana. Es fundamental situar las psicoterapias dentro de una institución, porque si no hay institución, no hay renuncia a una satisfacción pulsional.

En este lugar nos interesa describir las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos para los pacientes AUGE diagnosticados con esquizofrenia. Éstos pacientes no son sólo usuarios del Hospital Diurno, sino que ellos también son parte de ésta institución, al igual que los psicólogos. En la medida en que los pacientes son parte de la institución pueden tener allí un discurso posible, la institución les soporta un saber. Entonces, los pacientes pueden dar cuenta de sus psicoterapias dentro del hospital, aunque presenten una falta estructural de lazo social que nos hace preguntarnos ¿cómo se liga este sujeto no-sujetado en lo social, en un grupo psicoterapéutico? o ¿cómo se incluye en un contrato social? Pensando en que estos dispositivos podrían ser una estructura simbólica suficiente.

Dentro de este espacio, también nos concierne describir las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos para los psicólogos del Hospital

Diurno. Ellos, al igual que los pacientes nos podrían indicar ¿en qué favorecen las psicoterapias dentro de una institución a un psicótico?. Podríamos suponer un mayor énfasis en las psicoterapias grupales debido a la dificultad de los pacientes al relacionarse con el medio social. Pero también podríamos suponer un énfasis en las psicoterapias individuales debido a su desvinculación con la realidad y la distorsión del pensamiento.

Con todas éstas interrogantes y la revisión teórica que se incluye posibilitamos contribuir a la comprensión de la psicoterapia individual y grupal como dispositivos terapéuticos dentro de la modalidad de atención del Hospital Diurno.

Tomando en cuenta nuestras pretensiones, ésta investigación se dirige a describir y analizar la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana. Para esto, pacientes y psicólogos dieron cuenta de las psicoterapias, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno, como modelo de atención para la psicosis.

Ambos integrantes de nuestra muestra, pacientes y psicólogos, difieren en posiciones de grado y función, sin embargo ambos conforman la institución, esto es lo que a nosotros nos interesa, debido a que podrían presentarse perspectivas y reacciones en común, como también diferencias entre ellos. Los pacientes son personas con un diagnóstico de esquizofrenia que cuentan con tratamiento en el Hospital Diurno. Dentro de los pacientes seleccionados para nuestro estudio se indicaron características distintas entre ellos, lo que les permitió configurar un habla discursiva variada intentando cubrir las posibles combinaciones clínicas que se encuentran en el Hospital Diurno. Los psicólogos del Hospital Diurno son los

encargados de llevar a cabo la realización de las psicoterapias individuales o grupales a las que acceden los pacientes.

Este estudio se basa en métodos cualitativos y procedimientos analíticos. Las fuentes de datos son amplias y diversas, en una primera instancia empleamos la observación participante debido a que nos interesó ver en su ambiente a los pacientes y el desarrollo de las psicoterapias de grupo junto al psicólogo. En una segunda instancia, realizamos entrevistas semi-estructuradas a pacientes y psicólogos del Hospital Diurno, así referimos a la escucha directa de estos, siendo un complemento fundamental. Por último, en una tercera instancia, fue pertinente revisar la documentación oficial de la institución, como lo son las fichas clínicas de los pacientes.

En el análisis comprendemos nuestros resultados desde la teoría psicoanalítica, porque ésta ha estudiado mayormente, a través de la historia, el mundo de las psicosis. Desarrollando diversos conceptos, ha presentado y publicado diversos casos, abordando mecanismos constitutivos y tratamientos posibles para las psicosis.

Finalmente, nos preguntamos: **¿Cuál es la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana?.**

### ***1.3.- Justificación:***

Habiendo expuesto nuestra propuesta de investigación es que nos permitimos pensar en la posibilidad de generar aportes en tres dimensiones: *aporte teórico, aporte social y aporte práctico.*

#### ***1.3.1.- Aporte Teórico:***

Esta investigación contribuye a la disciplina de la psicología en la comprensión de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro de un modo de atención ambulatorio para la psicosis. Debido a las reformas en la salud mental que se han llevado a cabo desde el año 2000 con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se hizo necesario abrir instancias de discusión en torno a estas nuevas formas de tratamiento de las enfermedades mentales. Nuestra atención en esta investigación está en aquello que puede emerger del encuentro entre la psicología y la psicosis.

Se pretende aportar a la discusión y al conocimiento de las nuevas formas de abordar una clínica desde la psicología referida al campo de las psicosis. Intentando desplegarse en el territorio médico-psiquiátrico mediante un encuadre que permite hacer un recorte de la realidad en dispositivos terapéuticos que accedan a poner en circulación la palabra del paciente.

### ***1.3.2.- Aporte Social:***

La comprensión de las psicoterapias como dispositivos terapéuticos dentro de un modo de atención ambulatorio para la psicosis, contribuye también a la comprensión de las nuevas formas de reinserción social de pacientes que se encuentran imposibilitados de ejercer sus funciones como agentes productivos en el plano social.

Ponemos atención en los pacientes AUGÉ, porque presentaron un quiebre reciente en sus vidas que les impidió continuar con el desarrollo de sus actividades laborales o educativas. Esta condición margina al paciente en el ámbito social, apartándolo del ejercicio de la ciudadanía. Si en otro momento los pacientes esquizofrénicos fueron encerrados tras los muros de las instituciones perpetuando este desligamiento, hoy se busca la reinserción social mediante nuevos modelos de tratamiento.

No hay que olvidar que las enfermedades mentales son uno de los grandes desafíos para las próximas décadas, dentro de éstas urge la esquizofrenia, porque “es responsable de un 1.82% de los años de vida perdidos y en relación a otras enfermedades psiquiátricas es causante del 15% de la pérdida por discapacidad en el grupo de edad entre los 15 y 44 años” (SSMOCC, 2002, p. 80). Por lo tanto, estamos ante un tema de contingencia nacional y mundial.

### ***1.3.3.- Aporte Práctico:***

Nuestra investigación beneficia a los integrantes del Hospital Diurno, generando conocimiento desde sus propios discursos otro del tratamiento que se realiza.

La comprensión de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro de un modo de atención ambulatorio para la psicosis, está comprendido, no sólo desde el habla de los profesionales de la institución, sino que también desde los pacientes, porque los pacientes están sujetos en la institución, son parte de esta, por eso pueden tener allí un discurso posible, porque los pacientes también son institución, no son sólo usuarios de un sistema. Por tanto no necesitan evaluar la eficacia del sistema como usuarios, sino que se permitirá un aporte a la institución en tanto generación de posibles discursos desde ellos mismo, desde los que componen el dispositivo; la institución misma sostiene la posibilidad de dicho discurso.

Ambos discursos, en conjunto, no han generado investigaciones anteriores, por esto, se pretende difundir un saber que es parte del Hospital Día de Adultos del Área occidente de la región Metropolitana y de los pacientes AUGE con diagnóstico de esquizofrenia que contaron con tratamiento dentro de este lugar.

## ***1.4.- Objetivos:***

### ***1.4.1.- Objetivo General:***

1. Describir y analizar la importancia de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana.

### ***1.4.2.- Objetivos Específicos:***

1. Describir las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno, desde los pacientes AUGE diagnosticados con esquizofrenia.
2. Describir las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno, desde los psicólogos del Hospital Diurno.
3. Contribuir a la comprensión de las psicoterapias individuales y grupales como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno como modalidad de atención para la psicosis.

## **2.- Marco Teórico:**

### ***2.1.- Introducción:***

En este apartado se expresarán:

Las proposiciones teóricas generales, las teorías específicas, los postulados, los supuestos, categorías y conceptos que han de servir de referencia para ordenar la masa de los hechos concernientes al problema o problemas que son motivo de estudio e investigación (...) la teoría desde la cual interpretamos la realidad (Ander-Egg, 1995, p. 154).

Realizaremos un acercamiento teórico-clínico para comprender los objetivos provenientes de nuestra propuesta de investigación, este acercamiento será respecto a las formulaciones que plantea el psicoanálisis, en su corriente francesa, en torno a la psicosis y sus posibilidades de tratamiento.

## **2.2.- La Psicosis desde el Psicoanálisis.**

### **2.2.1.- Una Forma de Organizar la Subjetividad:**

La noción de psicosis ha sido trabajada por el psicoanálisis con profundidad, desde ahí comprendemos que pensar en la psicosis implica pensar necesariamente en la neurosis; la psicosis tiene limitado su campo en relación con la neurosis.

En sus orígenes Freud vio en la psicosis una forma de pérdida de la realidad, él explicaba que sería por una regresión de la libido sobre el yo, también mencionaba una tentativa de curación a la que se le denominaba delirio. Lacan retomó a Freud en su perspectiva del narcisismo y la *verwerfung*, la cual tradujo como forclusión, en base a eso articuló el mecanismo constitutivo de la psicosis (Chemama y Vandermersch, 2004, p. 549).

Lacan expuso que todos por haber sido atravesados por el lenguaje nos complicamos de alguna manera, la forma de resolver esta complicación es la que hace la diferencia, una posibilidad de resolución es que el *significante* del *Nombre-del-Padre* se inscriba y haga algún sentido, provoque alguna significación, éste sería el caso de las *estructuras neuróticas*, donde se comparte la significación, la del Nombre-del-Padre, esto hace que estas personas, llamadas neuróticas, compartan un discurso por esta significación, la de la *significación fálica*.

Otra posibilidad de resolución, es la que se da en el caso de las *estructuras psicóticas*, aquí los sujetos están en el lenguaje, pero no en el discurso del neurótico, en este caso no hay instauración de la *metáfora paterna*, en palabras de Lacan:

Es un accidente de este registro y de lo que en él se cumple, a saber la forclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis. (Lacan, 1966, p. 556).

En suma, el mecanismo constitutivo de la psicosis es la forclusión del Nombre-del-Padre. Forclusión fue la traducción que dio Lacan a *verwerfung*, término denominado por Freud en el texto "*Las Psiconeurosis de Defensas*" (1894). Se describe como una representación intolerable al rechazo de un significante primordial que se transforma intolerable para el sujeto, significante que faltará desde entonces. Lacan plantea que en la psicosis hay un rechazo primordial al significante del Nombre-del-Padre, lo cual significa la falta de la metáfora paterna, esto es el rechazo primordial para cualquier significación.

Para comprender este mecanismo constitutivo es necesario realizar algunas apreciaciones de lo mencionado.

### ***2.2.2.- Mecanismo Constitutivo:***

La estructuración psíquica implica funciones y movimientos, en ella hay algo que circula y da posibilidades, algo que le permite estructurarse.

Ese algo que circula dentro de la estructura, define los lugares de cada función en la estructura, esto que circula es el *Falo*, podemos entenderlo como aquello que remite mas allá de lo genital, más bien nos remite a una supuesta falta "para ambos sexos sólo un genital, el masculino es tenido en cuenta, lo que está presente por lo

tanto no es la primacía de los genitales, sino la primacía del falo” (Freud, 1923, citado en Quevedo, s.f., p. 57). Por lo tanto, el falo no es el órgano, es lo que permite signar una ausencia, el niño supone que eso debiera estar ahí, entonces, es una representación de algo, es aquello donde se inscribe una falta.

Esta circulación del *falo*, es aquello que se da en la tríada edípica. En un primer momento del Edipo, el niño se identifica con el falo y está volcado a llenar la falta de la madre, el niño en ese momento es el falo de la madre; en el segundo momento entre el niño y la madre aparece un padre, el cual es el falo, este se transforma en una amenaza para el niño; en un tercer momento, ya nadie es el falo, pero el padre lo posee. La madre se somete a la *ley paterna* y así el niño sustituye el deseo de la madre por la ley paterna.

Entonces, el *Complejo de Edipo* es la instauración de la *metáfora paterna*, cuyo producto es el anudamiento de los tres registros de la experiencia humana, lo *real*, lo *imaginario* y lo *simbólico*. El fin del Edipo es permitir la *función del padre*, el cual como metáfora, mediante el *significante* del *Nombre-del-Padre*, aparece como soporte de la función simbólica, anudando los tres registros de la experiencia humana, este anudamiento constituye la neurosis.

En la dimensión simbólica lo importante es el *significante* que tiene la madre del que instaura el lugar de la ley, es decir, que lugar reserva la madre al *Nombre-del-Padre* (Metáfora del *Nombre-del-Padre*). Aquí se da una “sustitución del *significante* del deseo de la madre por el *significante* del *Nombre-del-Padre*” (Quevedo, s.f., p. 64). Lacan (1966) define la Metáfora Paterna como “el *significante* que en el Otro, en cuanto lugar del *significante*, es el *significante* del Otro en cuanto lugar de la Ley” (p. 564). El Otro, es el lugar de la Ley.

La metáfora paterna es la que da significación al ser viviente del sujeto en el momento en que sustituye el deseo de la madre por el Nombre-del-Padre. La sustitución metafórica del Nombre-del-Padre hace surgir la significación fálica.

La metáfora paterna tiene como efecto separar al sujeto, no tanto de la madre, como se dice, sino de la vacilación que es inherente a la relación especular con la madre. Vacilación que hace que el sujeto pueda oscilar entre una identificación transactivista con la misma madre y una identificación con el objeto de deseo de la madre. (Soler, 2004, p. 125).

No obstante, tal como lo plantea Sota citando a Calligaris (1989) no siempre existe el logro de esta metáfora paterna.

Para que una elección neurótica sea posible, es necesario que la madre del sujeto, en el momento mismo del parto-nacimiento, pueda dejar de ser hija; que ella pueda en ese momento, ser mujer, o sea situar la función paterna no del lado de su padre, sino de su hombre (...) eso es necesario para que haya separación entre el niño/a y la madre (...) Un hijo de su padre (el de la mujer) no sería nada más que el falo imaginario de la mujer. (p. 60).

Comprendiendo esto, es indispensable tener en cuenta la función paterna, hablamos de función, porque tiene que ver con un lugar que se ocupa, hablamos de

una metáfora, no de un padre real. Esto también se aplica para la función materna, Lacan señala, en el “*Seminario 17*”, sobre la *función materna*:

El papel de la madre es el deseo de la madre (...) El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual (...) Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre (...) Hay un palo, de piedra por supuesto, que está ahí en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba. Es lo que se llama falo. Es el palo que te protege si de repente, eso se cierra. (1969-1970, p.118).

### ***2.2.3.- Desencadenamiento de la Psicosis:***

La forclusión del Nombre-del-Padre, en algún momento de la vida, puede desencadenar los denominados *síntomas psicóticos*. En la psicosis los síntomas no son sólo las manifestaciones de un proceso mórbido, por muy psicopatológicas que ellas sean, sino que son los intentos del psicótico por buscar una solución a la falta de aquel significante.

No es el desencadenamiento de los síntomas psicóticos lo que hace que alguien se vuelva psicótico, sino que es por la estructura, la cual siempre ha estado ahí; podría incluso no producirse nunca un desencadenamiento y aún así poseer una estructura psicótica, esto se debe a que las estructuras psíquicas no cambian. Podemos decir entonces, que este desencadenamiento pone en evidencia lo que ya

estuvo antes, es decir, la estructura psicótica, así podemos entender la *estructura* de la cual nos habla Lacan, debido a que no es el desencadenamiento lo que lo hizo psicotizarse, sino que la estructura siempre estuvo ahí. La estructura psicótica no cambia, pero el psicótico podría estar en un *como si* estuviese anudado en los tres registros.

Sucede que hay personas con una estructura psicótica que han mantenido durante sus vidas un cierto orden del mundo, hasta que en algún momento, ocurriendo abruptamente alguna perturbación en su vida, el sujeto es llamado a un lugar desde el cual tiene que responder con algo que no tiene, es interpelado desde el Nombre-del-Padre, desde donde no tiene recursos simbólicos para responder, es decir, cuando el sujeto tiene que poner en juego su subjetividad, no le alcanza, y es así que no logra significar lo no significable para él. Lacan (1955-1956) dijo, el sujeto en algún momento de su historia biográfica, se ve enfrentado con ese déficit que existe desde siempre.

De otro modo, se podría decir, lo que desencadena una psicosis es que existe una falta de un significante primordial llamado Nombre-del-Padre, lo cual no permite la instauración del Otro, sino hasta poder estabilizarse de alguna manera, y bajo un cierto modo llamado *metáfora delirante*. Es decir, la forclusión de este significante tiene consecuencias, ya que lo que está forcluido en lo simbólico retorna en lo real, conduciendo al violento desencadenamiento de fenómenos imaginarios, en donde el yo se encuentra a merced de aquel siniestro imaginario. Lacan mencionó:

Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, forcluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto. Es la falta

del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que el significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante. (1966, p. 558-559).

Soler (2004) agrega, si se produjo un desencadenamiento, se puede deducir que, fue porque hasta ese momento algo le permitía al sujeto mantener una compostura. Entonces se remite a Lacan (1956) indicando, que el sujeto mediante una identificación asumía el deseo de la madre, “por lo tanto: el llamado hecho en vano al Nombre-del-Padre, tiene como efecto hacer caer la identificación que al sujeto lo sostenía hasta entonces” (Soler, 2004, p. 19), la de asumir el deseo de la madre.

Entonces, podemos pensar, siempre que nos enfrentemos con un desencadenamiento de la psicosis nos encontraremos con un punto de falla que es la forclusión del Nombre-del-Padre, pero no siempre que exista forclusión la psicosis se desencadenará, porque la forclusión no es causa de la psicosis, sino que es su condición.

#### ***2.2.4.- Esquizofrenia y Paranoia:***

Recapitulando lo anterior, Soler (2004) nos menciona sobre la psicosis que ésta “no es un caos, no es un desorden, es lo que [se] llama ‘un orden del sujeto’”. De todas maneras, agrega que, a pesar de ser un orden, es un orden perturbado en

relación al del sujeto neurótico (p. 11). Entonces, para la psicosis existirían dos formas de intentar mantener ese orden, la esquizofrenia y la paranoia.

### **La Esquizofrenia:**

La clínica de la psicosis nos plantea la posibilidad de pensar a la esquizofrenia en su especificidad dentro del campo de la psicosis.

Sabemos que la condición de la psicosis se funda en la falta del significante del Nombre-del-Padre, lo cual es la carencia en el imaginario del significante fallo, sin embargo, en el esquizofrénico sucede que ni siquiera existió el primer significante del deseo de la madre. Esto marca la diferencia, y también la relación, entre la esquizofrenia y la paranoia.

El esquizofrénico a pesar de hablar y disponer de un lenguaje, no dispone de lo simbólico, dado que no existe en él una simbolización primera, aquella que se da como significante del deseo de la madre, donde la presencia de la madre como Otro permite simbolizar al niño la ausencia de ella. Esto hace del esquizofrénico, tal como lo comenta Soler, “un sujeto para el cual todo lo simbólico es real, es un sujeto el cual no tiene ni el significante primario de la madre” (Soler, 2004 citado en Bertrán, 2004, p. 44). En la esquizofrenia se trata de un significante en lo real, el cual no representa al sujeto para otro significante.

Lo anterior da paso para que el sujeto haga una sobre investidura de las representaciones de palabra, entonces las palabras son tratadas como objetos, y una sobre investidura de las representaciones de objeto, entonces las alucinaciones. Hay un enjambre de significantes, *SI-SI-SI*, que no representan al sujeto, en el cual el cuerpo tampoco es representado, ocurriendo en él transformaciones corporales

extrañas, a las que a diferencia de lo que acontece en la paranoia, no les busca mayor explicación, atribuyendo esto a sucesos que no comprende del todo, priman en él síntomas de introversión y despersonalización, disgregación y perplejidad, en donde la alucinación es la resolución del momento de perplejidad, es la repuesta por lo simbólico por vía de lo real.

### **La Paranoia:**

Por otro lado, en la paranoia, se desarrolla “un delirio de persecución sistematizado e interpretativo al que se atribuyen especialmente los delirios por celos, de erotomanía y de grandeza” (Chemama y Vandermersch, 2004, p. 499). Aquí hay un desencadenamiento de lo imaginario, en donde el delirio suplirá la falla de la metáfora paterna construyendo una “metáfora delirante que ocupa el lugar de una realidad, y que sustituye a lo simbólico que ha faltado, por eso es metáfora delirante y no metáfora paterna, es así como trata de anudarse el psicótico [paranoide]” (Macri, 2007, s.f.). Así, el sujeto paranoide, intentará dar una explicación a aquello que le ocurre, dar sentido a aquello que no lo tiene, buscando una ley que lo acoja y que le garantice su existencia.

Mientras en la esquizofrenia se goza en el cuerpo mediante la introyección de la libido, en la paranoia el sujeto goza del Otro mediante la proyección. Es por esto que el paranoico puede denunciar que es víctima de un complot en el cual participa su vecino, mientras que el esquizofrénico podría estimar que sus pensamientos están influenciados por una máquina que le introdujeron en su cerebro.

### **2.2.5.- La Estabilización:**

Aquello que falla en la psicosis, a raíz del rechazo al significante del Nombre-del-Padre, es precisamente la función de la metáfora, la metáfora paterna que da significación fálica al sujeto, la forclución de ésta metáfora no permite pasar la existencia del sujeto a los límites del discurso, no permite una significación, ni un anudamiento.

Soler plantea que “La función del Nombre-del-Padre es una función de capitonado, de lo imaginario y del símbolo” (Soler, 2004, p.134). Es decir, la metáfora tiene por función retener la significación, pero necesita de un punto en que ésta significación quede, de cierta forma fijada, éste es el punto de capitón, el cual es “una estabilización del significante y del significado sin la cual el deslizamiento del significado deja en suspenso, en la indeterminación” (Soler, 2004, p.123).

### **La Metáfora Delirante:**

En una primera tesis, Lacan propone que “una metáfora puede reemplazar a otra como principio de estabilización” (Soler, 2004, p.131), por lo tanto, un medio de suplencia ante la falta de la metáfora paterna es la *metáfora delirante*, en la cual el sujeto busca una explicación de lo real por la vía del delirio, así se buscará encausar el goce en el delirio como testigo de esta metáfora, cumpliéndose una función de testigo del delirio y no ocupando el lugar del perseguidor, buscando localizar y restringir el goce. El delirio tendría una función □orromeo□adota del goce, homologa a la ley paterna.

Lo que interesa es la problemática del punto de capitonado en sus efectos estabilizantes. Es la cuestión de saber cómo lo que se ha

desencadenado como persecución y desastre de lo imaginario por el barrido de las identificaciones puede restaurarse, de modo tal que el goce vuelva a entrar en la dialéctica del discurso. Hacer entrar el goce dentro de los límites del discurso, y del lazo social: efectivamente ésa es la cuestión. (Soler, 2004, p.132).

### **El Synthome:**

En una segunda tesis, Lacan plantea la lectura borromea, la cual es una clínica que se suma a la clínica estructuralista. El *nudo borromeo* es el anudamiento de tres cuerdas, que son más bien el anudamiento de los tres registros de la experiencia humana, el orden de lo Real, de lo Simbólico y de lo Imaginario.

Cuando el sujeto no está anudado más que por los tres registros y soportado por esa continuidad deviene la psicosis. Es por un cuarto nudo, por aquello que Lacan denomina el *synthome*, que viene a darse una suplencia significativa que actúa, de algún modo, como el significante del Nombre-del-Padre, ahora ubicable en diferentes lugares del nudo borromeo. “El cuarto término que vendría a dar estabilidad a este anudamiento tendrá relación con el Nombre-del-Padre, o con los múltiples Nombres-del-Padre, caso en que Nombre-del-Padre será todo aquello que ocupe ese cuarto término” (Eidelshtein, 1996, p.110).

En la estructura psicótica se daría un continuo que depende de cómo estén anudados estos nudos, si este cuarto nudo logra suplir la no inscripción de los Nombres-del-Padre, conforma una suplencia suficiente, la que va a ayudar a que este sujeto pueda funcionar dentro de los márgenes del discurso, aunque, como Joyce,

teniendo sus rarezas; se abre la posibilidad para el sujeto de elaborar su *synthome*, aquella suplencia que le permita vivir, de algún modo, manteniendo un lazo social.

Este cuarto nudo es del orden de la invención, de la creación, se debe permitir que el sujeto vaya descubriendo eso que le toca inventar, para saber hacer con esto que no ha quedado estructurado de esta manera, Soler relata:

Joyce con su identidad de artista, logró suplir el defecto de lo imaginario en él, consolidar su ego, por medio del reanudamiento de lo imaginario. Joyce logró producir un *capitonado* de suplencia, que reengancha lo Imaginario con lo Simbólico y completa la juntura entre lo Real y lo Simbólico que su literatura-síntoma asegura. (Soler, 2004, p.136).

El descubrir en la estructura del sujeto, cual va a ser su modalidad de anudamiento de estos tres registros, permite pensar en el modo en que es posible acotar el goce a los límites del discurso, y por lo tanto, del lazo social. Es una clínica que permite no quedarse solamente con la pregunta por la existencia de la metáfora paterna, de la inscripción del Nombre-del-Padre, o la represión. Esta es una clínica que permite ir más allá, permite el detalle del caso a caso, ir a aquello que no cuadra, en donde hay que ir ubicando las fallas del nudo y las formas en que éste se ha mantenido anudado, así encontraremos el elemento que servirá de suplencia a lo simbólico o una compensación imaginaria en la búsqueda de una estabilización del sujeto no sujetado.

### ***2.3.- Institución Terapéutica para la Psicosis:***

Hemos revisado que el lugar que ha ocupado la locura en el imaginario social, ha sido diverso; sin embargo, éste siempre ha producido cierto malestar en la sociedad, en la cultura (Freud, 1929).

En las formas de abordar aquel malestar se ha encontrado la institución desde épocas antiquísimas; he ahí la institucionalización que tiene que ver con el efecto pernicioso sobre los pacientes en el vivir en grandes hospitales, implicando despersonalización y dificultad para apropiarse de su experiencia.

Es aquí donde los síntomas que traen los pacientes pueden ser vistos como problema, como lo es en el caso de la medicina, problemas, conflictos que pueden ser curados con pastillas, dosis, persistencia, encierro, fe, etc. Es decir, los síntomas pueden ser vistos en tanto déficit, no obstante podemos recordar a Lacan que nos dice más o menos así: no calibremos al loco en términos de déficit y de disociaciones de funciones. Entonces, si bien podemos reconocer un déficit, éste sería en relación con un déficit de un significante primordial, una forclusión de un significante primordial en el Otro, en el Nombre-del-Padre, significante metafórico que permite acceder a la significación fálica.

Estos cambios en la forma de comprender a los pacientes o sujetos, han permitido el que, en estos tiempos, podamos hablar de la posibilidad de *hacer institución*, lo que implicará modos de abordaje, de funciones y de espacios.

### ***2.3.1.-: El Sujeto no sujetado:***

Pese a los intentos de sostenerse, aún cuando el psicótico hable, no se encontrará estrictamente inserto en su discurso, es decir, el psicótico no es aquel que habla de su discurso, pues su discurso sólo viene del Otro, de lo simbólico, porque se encuentra hablado en y por aquel discurso, este sujeto que podemos ver en la psicosis no está representado por el significante, “el psicótico como el neurótico están en el lenguaje, pero al contrario del neurótico, no está en el discurso, funciona en el piso inferior del grafo, sin remitir al piso superior. El sujeto no está representado, esta coagulado, tomado masivamente en el significante” (Galante, 2004, citado en Bertrán, 2004, p. 102).

Por lo tanto, la psicosis no se trata de un mensaje proveniente de un sujeto más allá del lenguaje, sino más bien, de una palabra más allá del sujeto, pero en la medida que para Lacan el discurso es aquel por el cual se funda el lazo social, “el lazo social puede ser entendido en su relación al discurso. Por discurso se entienden ciertos modos estables de lazo social entre los cuerpos habitados por sujetos del lenguaje” (Segretin, 2004, citado en Bertrán, 2004, p. 171). El hecho de que el psicótico se encuentre separado de su propio discurso, también significa que en la psicosis el sujeto se encuentra fuera de lo social. Es con este sujeto no sujetado que la institución debe saber hacer.

### ***2.3.2.- La Institución Terapéutica***

Si pensamos la psicosis como una dificultad en el lazo social, es decir, como una dificultad en el producir objetos que circulen y sean valorados socialmente, en el hacer con otros, en el estar con otros, dificultad en el orden simbólico, en lo social y

en lo cultural; es que podemos pensar en el concepto de *institución terapéutica*, concepto que procede del psicoanálisis y que se enfoca precisamente en la psicosis.

El concepto fue desarrollado por Oury en su quehacer en el castillo de La Borde; dentro de lo que involucra encontramos las nociones de *libertad de circulación* y de *transferencia disociada*.

### **Libertad de Circulación:**

Oury (1998), nos manifiesta que para hacer de un lugar una institución terapéutica “no se requiere simplemente un cierto espacio, necesita la posibilidad para los pacientes, no solamente de acceder a tal o cual lugar, sino también de circular, caminar, descubrir, encontrar espacios o personas diferentes”. Habla de libertad de circulación para referirse a lo anterior, y agrega que esto implica “a veces tener la libertad de quedarse en el lugar. Porque la circulación no se hace simplemente con los pies, puede estar también dentro de la cabeza”. Para que se permita lo anterior es necesario que la estructura genere condiciones que hagan valioso el moverse de un punto a otro, es decir, que valga la pena desplazarse y cansarse.

La libertad de circulación radica su importancia en que si hay libertad para circular, entonces, en algún momento podrá darse un *encuentro*; encuentro que, se espera, se dé por azar en algún cruce, no forzadamente, donde éste marque y permita que ya no será como antes. Es decir, la importancia de la institución terapéutica radica en que lo único programable, dentro de ella, es el que pueda existir libertades de circulación, es más, responde que en su proceso terapéutico “se hace camino al andar”, indica que no es posible programar, proyectar, duraciones de internación, porque la vida cotidiana se trata del deseo, del hacer camino al andar.

Es más bien a través del ambiente que algo puede moverse, pero ello requiere un trabajo enorme. Y puede entonces crearse el espacio del decir (...). El decir, es tal vez lo más importante, dentro de la posibilidad de reagruparse, de delimitarse. En la esquizofrenia o en las psicosis graves, hay una suerte de dispersión del decir (...). Incluso si no decimos nada, podemos estar dentro del decir, y el discurso está lanzado. (Oury, 1998).

### **Transferencia Disociada:**

Se habla de transferencia disociada (Oury, 1998) para describir la transferencia que se produce entre la psicosis y la institución terapéutica, de todas maneras el autor refiere que es una hipótesis. La describe como una transferencia que no recae sólo en el *terapeuta de referencia* sino que también recae sobre otras personas, circunstancias y elementos que rodean la cotidianidad del sujeto, la libertad de circulación, la institución terapéutica. En palabras de Oury “existe una transferencia dispersa que puede manifestarse no solamente sobre el terapeuta que lo ve una vez por semana, sino toda la semana – entre sesiones”.

Según esto, los encuentros podrían producirse, sin forzarse, en cualquier momento, esto implica que haya *puntos de referencia* dentro del espacio, podría decirse que hablamos de distintos *espacios terapéuticos*, que permiten se de la transferencia y genere la posibilidad de que algo emerja, de que algo surja en el discurso y en el habla de estos sujetos no sujetados. A pesar de la importancia de la función de estos puntos de referencia, el terapeuta de referencia también ejerce una función elemental, porque la función está dada por la función médico-

psicoterapéutica, es decir, “la función psicoterapéutica, en lo que concierne a los esquizofrénicos, debe ser compartida”. Entonces, la separación está dada y recalada para que se comprenda que la transferencia no se da sólo con el psicoterapeuta sino que en la cotidianeidad de la circulación.

Comprenderemos que la institución terapéutica (Sanfuentes, Mayo 2007) aborda el modo de estar con los otros, el modo de sostener un encuentro, poniendo énfasis en la organización de la vida cotidiana. Es decir, es un proceso, a través del cual es posible permitir que el psicótico se pueda apropiarse de su espacio, donde se pueda abrazar la cotidianeidad y se pueda descubrir en esa trama la posibilidad de encontrar lo que hay en ese sujeto no sujetado. Según Fontaine (Mayo 2007), “la institución es un lugar que el paciente invierte y donde va a hacer rejugarse todos sus conflictos internos a través de la cotidianeidad (...) hay que entenderla como lo que el hombre instituye y organiza”.

De este modo cuando se habla de una Institución Terapéutica, se piensa en un dispositivo que intenciona desarrollar una estructura capaz de sostener y acompañar al sujeto en sus movimientos cotidianos. Posibilitando organizar y estructurar bajo este orden, una lógica psíquica desde lo terapéutico, que pueda trasladarse a un orden general del funcionamiento del mundo, posibilitando producciones individuales o colectivas que movilicen algo del orden psíquico en estos sujetos. Así un colectivo de carácter terapéutico, se ofrece como parte de una institución presentándose como un campo simbólico desde donde situarse.

De este modo nace y se desarrolla una concepción terapéutica de tratamiento para estas patologías, donde el colectivo mismo es quien actualiza, estructura y ordena constantemente el tratamiento que ofrece. (Numhauser, Agosto 2007).

### ***2.3.3.- El Orden Simbólico en la Institución:***

Dentro de una institución terapéutica operan ciertos mecanismos, Marchant (Mayo 2007) señala “un grupo terapéutico se abre y permite que el sujeto deposite en él lo que se torna indecible, lo que retorna como repetición a falta de una elaboración psíquica”, aquí el grupo no es totalizante, sino que, permite y genera, identidad y alteridad dentro de ella. El que se permita la alteridad dentro de un grupo, permite abrir espacios al deseo, ante esto Marchant plantea “un grupo no puede ser totalizante, porque mata precisamente el deseo”, además agrega que el permitir la alteridad, no sólo tiene relación con un acto terapéutico, sino ético también.

Esta identidad y alteridad permitida en el grupo, hace lazo social, algo permite ligar la experiencia, algo permite existir y mantenerse continuo; entonces, nos dice que es el valor del orden simbólico, el valor de una ley simbólica que une a las diferencias, a los otros; eso el generador de esa fuerza que agrupa, que reúne “es el orden simbólico, es el lenguaje el que actúa como una sustancia que pega o liga” (Marchant, 2007)

Si retomamos ésta última frase sobre el lenguaje, debemos pensar el lenguaje en tanto estructura y no meramente en el nivel de la comunicación, porque si nos quedamos en el nivel de la comunicación, entonces, no hay sujetos, y el punto es que

el lazo social se establece entre sujetos (Radiszcs, Mayo 2007). El pensar el lenguaje en tanto estructura requiere pensarlo “como la estructura desde la cual se inserta, no sólo el sujeto, sino que el lazo entre los sujetos”, es decir, se hace referencia al cómo aquello que opera para establecer ésta relación, ésta ligazón, éste lazo, opera al modo del lenguaje, sea lo que sea. Radiszcs agrega, esto se permite porque el lenguaje nos viene dado desde otro lugar, nosotros no inventamos el lenguaje, podemos inventar significaciones, pero el lenguaje no lo inventamos, si no que nos viene dado.

No veo ninguna dificultad en que las acciones puedan operar como el lenguaje y que haya un discurso de la acción, sin duda, pero ésta acción opera, porque ésta acción se inserta en el orden del código, ésta acción no tiene posibilidad alguna de generar discurso si no tiene un lugar en el código, y ese código evidentemente es algo que opera en la institución, este código de alguna manera va a implicarnos como sujetos en un lazo (...) mantener la idea del lenguaje como aquello que hace nudo social, en la medida que se tengan las precauciones de entender que ese nudo social no es necesariamente algo que se habla (Radiszcs, Mayo 2007)

#### ***2.3.4.- Psicoterapias:***

Las psicoterapias, tanto grupales como individuales, son parte fundamental en el tratamiento de las psicosis y de los dispositivos de hospitalización diurna que trabajan en el campo de ésta. Mediante los espacios psicoterapéuticos se busca

abordar la rehabilitación psicosocial en el contexto del habla y del encuentro con otros, además conformar espacios de contención en donde es posible poner ante otros el saber de un padecer.

Así, todo espacio psicoterapéutico busca en general producir un cambio en distintos aspectos, tal como indica la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP):

Todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, relaciones, cogniciones, adaptación al entorno, salud física y psíquica, integración de la identidad psicológica y en general el mejor equilibrio y bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. (FEAP, 1993, s.p.).

En el marco del tratamiento de las psicosis, en pacientes ya estabilizados, este despliegue de elementos a los cuales hace referencia la cita anterior, tienen como fin conducir al paciente hacia un bienestar posible en su vida personal, en sus padecimientos propios de la esquizofrenia, y en sus relaciones en el plano social. El Ministerio de Salud en *“Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia”* indica que:

La función de la psicoterapia individual o grupal para pacientes estabilizados en su sintomatología psicótica es proporcionar alivio y contención de las ansiedades paranoides, elaborar las

fantasías acerca de la enfermedad, propiciar una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la enfermedad y trabajar las dificultades actuales en el marco de su historia personal. (MINSAL, 2000, s.p.).

Como ya hemos visto anteriormente, el tratamiento de la psicosis tiene relación con buscar restablecer al paciente con un lazo social faltante, es en este sentido que particularmente la psicoterapia grupal es fundamental, ya que este dispositivo proporciona los elementos que posibilitarían el encuentro del paciente con otros mediante el diálogo. Se ha demostrado que:

La terapia de grupo parece particularmente apropiada para enseñar habilidades en relaciones interpersonales y de afrontamiento y para aportar una red social de apoyo de la que los pacientes esquizofrénicos con frecuencia carecen. Además de esto, muchos pacientes pueden aceptar con más facilidad las observaciones sobre su conducta y sus síntomas procedentes de otros miembros del grupo que de los terapeutas. La terapia de grupo es también una manera rentable de vigilar la aparición de síntomas prodrómicos en los pacientes. (Lamberti, 1995; Atkinson, 1996; Kanas, 1996, citado en Aldama y Bolado, 2000, p. 46).

### ***2.3.5.- Esfuerzo de Rigor:***

Consideramos importante mencionar, que el habitar en el espacio de un dispositivo para la psicosis, es habitar en el espacio de la psicosis; esto requiere, como parte de lo que implica abordar la clínica de la psicosis, el que se constituyan relaciones entre las personas que la abordan, para así dar espacios para pensar el trabajo de la psicosis y con la psicosis, más allá de la simple estabilización sintomática del delirio y la alucinación (Sanfuentes, Mayo, 2007).

La psicosis, dice Lacan, es un esfuerzo de rigor. Se aprecia aquí el rigor de Lacan mismo en su abordaje de la psicosis. Su famoso precepto: el psicoanalista no debe retroceder ante la psicosis, no debe interpretarse en término de heroísmo terapéutico, como si se tratase simplemente de ‘cargarse’ la psicosis (...). El coraje que evoca debe situarse a nivel del pensamiento. (Soler, 2004, p.86).

Además de lo anteriormente mencionado, es de importancia que como equipo o profesionales, para estar trabajando en este mundo de la psicosis, quepa la pregunta por cómo se respeta al paciente, si bien sabemos que en la actualidad ya no hay malos tratos para con ellos pareciera que no bastara con eso para constituir un tratamiento, porque a parte de lo ya mencionado en este marco teórico que nos permite entender cómo comprendemos a estos pacientes psicóticos, existen a la vez otras exigencias que consideramos en este último apartado. Por ejemplo, lo ya mencionada sobre “no retroceder ante la psicosis”, explicado anteriormente; y el preguntarnos por el respeto

que se le da al paciente, para esto nos parece clarificadora la perspectiva presentada al respecto por Calo en el texto “Psicosis y Hospital”.

Para que el respeto por la autonomía del paciente no sea una fórmula vacía, deberemos preguntarnos cómo se lo respeta; y no sólo desde la perspectiva de la capacidad del profesional concreto para aceptar al diferente, sino también desde el mismo corpus teórico-clínico con el que operamos. ¿Tratamos de abrir el camino que al asistido, como sujeto singular que es, le está ‘dado’? ¿O nos/le fijamos la meta a la que debe llegar, pasando por encima de los valores culturales, religiosos, morales, que le pertenecen –a los que, mejor dicho, él pertenece-¿ Correremos el riesgo de dejar fuera a todo paciente que no se ajuste a nuestros idearios. (2001, p.122).

### **3.- Marco Metodológico:**

#### ***3.1.- Enfoque Metodológico:***

En esta investigación utilizaremos un enfoque metodológico de orden *cualitativo*, debido a que la lectura de la investigación cualitativa, como dice Pérez Serrano, habla sobre la comprensión de las realidades construidas intersubjetivamente, y se desprende de las pretensiones de explicación de los hechos a partir de diseños experimentales. Además, señala que el modelo de intervención cualitativa centra su interés en la cualidad, es decir, en la esencia; sus raíces provienen de la fenomenología y de la interacción simbólica, su objetivo de investigación está asociado a la comprensión, descripción, descubrimiento; posee un diseño flexible, su escenario es familiar, la muestra es pequeña, no aleatoria y se sustenta en gran manera en lo teórico, aquí el investigador es visto como el instrumento primario (entrevistas, observaciones) y utiliza el método inductivo obteniendo descubrimientos comprensivos, holísticos y expansivos. En contraste con el paradigma cuantitativo, porque de éste se dice que posee una concepción global positivista, hipotético deductiva, particularista, objetiva, orientada a los resultados, y propia de las ciencias naturales (Pérez Serrano, 1986, p. 51).

Vemos que la investigación cualitativa se preocupa de “las descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además, incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias,

actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresadas por ellos mismos” (Pérez Serrano, 1986, p. 46).

Consideramos que es necesario mostrar el modo de comprender y actuar ante el mundo desde la perspectiva cualitativa, lo que nos podrá ayudar a definirla, según Taylor y Bogdam:

- 1.- La investigación cualitativa es inductiva. 2.- El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística (...)
- 3.- Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio (...).
- 4.- Los investigadores tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. 5.- El investigador suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. 6.- Todas las perspectivas son valiosas, no se busca la verdad sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. 7.- Los métodos cualitativos son humanistas, porque no reducen las palabras y actos, se aprende de la vida interior de las personas. 8.- Los investigadores dan énfasis a la validez en su investigación, deben asegurar los datos y lo que la gente realmente dice y hace. 9.- Todos los escenarios y personas son dignos de estudio. 10.- La investigación cualitativa es un arte, en cuanto flexibilidad de conducir estudios. (1986, citado en Pérez Serrano, 1986, p. 47).

La función que permite utilizar la metodología cualitativa en esta investigación ha permitido comenzar este estudio sin la necesidad de tener que rechazar o confirmar alguna hipótesis, sino que nos permitió acceder desde nuestro problema de investigación, reflexiones y supuestos. Además, este enfoque tiene por objeto acceder a nuestro objeto de estudio, es decir, describir y analizar la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana. Se acerca al objeto de estudio desde técnicas en constante participación e interacción directa con los actores de nuestro estudio, permitiendo una visión más fenomenológica, donde se les permita a los pacientes subjetivar sus experiencias, rescatarlos como personas que portan un decir, un saber, no como cifras, y desde allí comprender su decir.

Así, daremos cuenta de una descripción y comprensión de la realidad que subyace en relación a éste tema y a ésta situación en particular, debido a que cada proceso se da en un marco histórico, cultural y en un contexto social y físico determinado, eso nos permite mantener la individualidad y la autonomía de los sujetos, de los pacientes y del contexto.

### ***3.2.- Tipo de Estudio:***

El tipo de estudio de la presente investigación es de carácter exploratorio. Los *estudios exploratorios*:

Se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 58).

La función del tipo de estudio exploratorio, es la de responder a nuestros intereses metodológicos en relación a esta tesis, ya que el describir las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los pacientes AUGE diagnosticados con esquizofrenia, es sin duda un espacio que no ha sido trabajado anteriormente, nos referimos a que la relación y el alcance que darán estos pacientes es única, lo cual nos indicará una investigación exploratoria, por lo menos en su inicio para rescatar el habla de los sujetos.

Por lo tanto, según los mismos autores, los estudios exploratorios sirven para que nos familiaricemos con nuestro estudio, ya que es un tema relativamente desconocido en la actualidad y nos permitirá obtener una investigación más completa sobre nuestros objetivos de la misma y así permitir futuras investigaciones sobre la base de esta misma instancia exploratoria, identificando las relaciones posteriores

entre las variables y establecerán el tono de las siguientes investigaciones más rigurosas. Este tipo de estudio permite mayor flexibilidad en su metodología y la posibilidad de ser más amplios.

### ***3.3.- Diseño de Investigación:***

El diseño de investigación será de orden *no experimental transeccional exploratorio*. La investigación *no experimental*:

Es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables (...) lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (...) no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 184).

Es decir, las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas. En contraste con la investigación experimental, donde “el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 184).

Ahora bien, en el diseño no experimental *de tipo transeccional* se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández y

Baptista, 1998, p. 186). A su vez, más específicamente, nuestro estudio corresponde a un *diseño transeccional exploratorio*, sabemos que éste busca:

Conocer una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de variables. Se trata de una exploración inicial en un momento específico. Por lo general, se aplican a problemas de investigación nuevos o poco conocidos, y constituyen el preámbulo de otros diseños. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 272).

La función que cumple en nuestra investigación es que nuestros pacientes padecen un diagnóstico psiquiátrico como lo es la esquizofrenia, con la cualidad que son pacientes AUGÉ, es decir, con primer brote, los cuales habitan o han habitado en un espacio de tránsito, en una estructura intermedia como se describió en los antecedentes de nuestra investigación. Entonces, nuestros sujetos ya contienen las características necesarias para este diseño de investigación, las variables ya estaban determinadas en el contexto natural de los sujetos, su situación existía previamente, no es impuesta por nosotros, no es necesario crear situaciones experimentales, porque en nuestro caso los pacientes ya pertenecen a un grupo o a una variable determinada por autoselección. En nuestro caso la situación particular en la que ellos, los pacientes, se encuentran tiene relación con un tiempo determinado y una situación en particular, se busca conocer su contexto, su vivencia, su situación, por tanto, corresponde a una exploración del tema en circunstancias específicas.

### **3.4.- Universo y Muestra:**

Si sabemos que el *universo* “constituye la totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desea investigar” (Ander-Egg, 1995, p. 179). Entonces, podemos definir que el universo de estudio de esta investigación está compuesta por los usuarios o pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Diurno de Adultos de Quinta Normal con dependencia técnica el Hospital Félix Bulnes, estos usuarios son mayores de 15 años y son “personas portadoras de una patología psiquiátrica severa, que cursa un periodo de agudización, que requiere tratamiento clínico intensivo” (MINSAL, 2002, p. 11). La patología psiquiátrica severa corresponde en este caso al diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus sub-tipos clínicos (paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado o residual).

Ahora bien, una *muestra* es la “parte o fracción representativa de un conjunto de una población, universo o colectivo, que ha sido obtenida con el fin de investigar ciertas características del mismo” (Ander-Egg, 1995, p. 179). Además sabemos que:

La muestra cualitativa como señalan Goetz y Lecompte (1988), se reconocen por su flexibilidad y adaptabilidad, y porque los sujetos son escogidos obedeciendo a una selección pragmática y teóricamente informada, aspirando a la comparabilidad y traductibilidad (...) la representatividad de la muestra está referida a un conjunto de sujetos definidos razonadamente, en que estos no son equivalentes ni intercambiables entre sí (...) en

este sentido una muestra cualitativa será representativa si cubre las diversas posiciones de habla, o perspectivas, que componen a dicho colectivo. (Zarzuri, 2003, p. 1).

El tipo de muestreo es de carácter *no probabilístico*, debido a que se utiliza un proceso de selección intencionada, por lo tanto, la elección de los sujetos de la muestra no depende de la probabilidad, ni del azar. Lo que implica que la muestra es representativa del universo. “En las muestras no probabilísticas, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de investigadores” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 327). Es decir, depende de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra y su investigación, como nos corresponde en este caso.

En nuestra investigación la utilización de una muestra no probabilística es adecuada, ya que el tipo de investigación es exploratoria lo que nos indica que no es concluyente, sino que nos interesa describir las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los pacientes AUGÉ diagnosticados con esquizofrenia.

La muestra es una muestra intencionada que requiere ciertas características determinadas para nuestra investigación; por lo que la *selección de la muestra* está relacionada con la elaboración de criterios que permiten retratar al grupo que se desea estudiar, por esto damos cuenta de una selección de criterios que permiten determinar ciertos atributos que deben poseer nuestros sujetos de estudio. (Goetz y Lecomte, 1986, citado en Zarzuri, 2003).

### **Muestra de Pacientes:**

En la siguiente investigación se pretende explorar el habla de los pacientes pertenecientes al Hospital Diurno, ya que en ellos es posible obtener un conjunto de opiniones que den cuenta la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los pacientes AUGE diagnosticados con esquizofrenia.

En nuestro caso, la población con la que contamos en el Hospital Diurno es de un número menor, N:70 pacientes AUGE, lo cual nos facilita el tipo de criterio de selección para nuestra muestra.

La muestra seleccionada fue de N:9 pacientes, estos presentaban ciertas características en común, las cuales son:

- pertenecer al Protocolo AUGE.
- haber pasado por la Red de Salud Mental del Área Occidente.
- haber sido derivados desde el HFB con un diagnóstico de EQZ, en alguno de sus subtipos clínicos, hacia el HD.
- haber estado por lo menos 3 meses en el HD.
- haber tenido psicoterapia individual y grupal dentro del HD.
- encontrarse, por lo menos, hace 3 meses compensados al momento de la entrevista. Esto no implica que la psicosis no esté operando.

Los criterios de selección (*ver Fig.3*) fueron que la muestra cuente con pacientes:

- que estén en distintas etapas del HD: asistiendo al HD (HD), en proceso de alta (Proc. Alta), en seguimiento (Seg.) o de alta (Alta).
- que hayan ingresado por primera vez al HD y pacientes que sean re-ingresos.
- que hayan tenido, por lo menos, alguna hospitalización tradicional o que no se hayan hospitalizado más que bajo hospitalización diurna.
- que presenten patología dual al momento de ingresar al hospital (adicción a drogas ilícitas e lícitas), sin embargo ésta se encuentra estable al momento de la entrevista.
- diagnosticados de EQZ con variedad de los subtipos clínicos.
- que tengan diferentes edades, pero cercano al promedio de edad indicado en los antecedentes.
- que puedan tener algún contacto con el otro y facilidad de comunicación, que no les sea amenazante.

Nombre	Edad	Diagnostico	Hospita- lizaciones	Ingresos HD	Adicciones	Etapa HD	Edad inicio
Luis	24	EQZ catatonica- paranoide	1	2	No	Seg.	11
Renato	24	EQZ catatonica- paranoide	1	1	No	Alta	23
Carolina	17	EQZ simple	1	1	Si	HD	16
Valentina	22	EQZ	2	2	No	HD	16
Pamela	18	EQZ paranoide	3	1	Si	Alta	12
Belén	25	EQZ simple	1	1	Si	Seg.	23
Ana	29	EQZ paranoide	No	1	No	Proc. Alta	28
Ismael	21	EQZ pseudo neurótica	2	2	No	Alta	18
Daniela	21	EQZ pseudos obsesiva	No	1	No	Seg.	19

*Fig. 3: Criterios de Selección.*

### **Muestra de Profesionales:**

Además de la muestra de pacientes, para nuestro estudio hemos considerado necesario seleccionar una muestra de los profesionales pertenecientes al Hospital Diurno, ya que de ellos es posible obtener un conjunto de opiniones que den cuenta de la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los psicólogos del Hospital Diurno, para así relacionar ambos discursos que se presentan dentro de la institución, es decir, el de los pacientes con el de los profesionales.

En este caso, la muestra seleccionada fue N:3 profesionales, entre sus características se encontraban que todos los profesionales:

- fueran psicólogos estables del lugar, cumpliendo el requisito mínimo de 11 horas a la semana.
- tuvieran, por lo menos un años de antigüedad en el HD y trabajaban hasta el momento de la entrevista en el HD.
- tuvieran a cargo alguna función, como psicoterapia individual o grupal, dentro del HD.

	<b>Profesión</b>	<b>Antigüedad en años</b>	<b>Función</b>	<b>Sexo</b>
Profesional A	Psicóloga	4	Directora	Mujer.
Profesional B	Psicólogo	3	Psicoterapia individual y grupal.	Hombre.
Profesional C	Psicóloga	1	Psicoterapia individual.	Mujer.

*Fig. 4: Criterios de Selección.*

Con la información obtenida desde nuestras muestras señaladas, pretendemos configurar el espacio que nos permita conocer y analizar cómo se relacionan de los pacientes AUGE diagnosticados con esquizofrenia, respecto de su psicoterapia, individual y grupal, en el Hospital Diurno de Adultos. Como vemos se establecerá desde los propios actores, desde su habla en la función más común, y desde su propio lugar, así tendremos una riqueza en la profundidad y calidad de la información y no necesariamente una información estandarizada por su cantidad.

### ***3.5.- Técnicas de Recolección y Producción de Información:***

En esta investigación y según nuestros objetivos, es necesario llevar a cabo una combinación de técnicas metodológicas que permitan comprender con detenimiento el habla, el discurso de los sujetos que se nos presentan, como también el escenario mismo en que estos conviven, incluso tener en cuenta lo escrito al respecto lo oficial.

Es decir, los datos o información que son necesarios de recolectar para nuestra investigación, podrán recopilarse y ser llevados a cabo bajo tres formas metodológicas, entre éstas encontramos:

- 1. Entrevista en Profundidad.*
- 2. Observación Participante.*
- 3. Recopilación Documental.*

#### ***3.5.1.- Entrevista en Profundidad:***

Como primera técnica de recolección de información tenemos la entrevista en profundidad, este instrumento de medición es adecuado porque nos permite “registrar datos que representen verdaderamente los conceptos indicados en las variables que el investigador tiene en mente” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 344).

Según Valles la entrevista es “un proceso de comunicación interpersonal, inscrito en un contexto social y cultural más amplio” (Valles, 1997, p. 190). Gordon afirma que hay tres elementos propios de la situación de entrevista (entrevistador,

entrevistado y tema en cuestión). Y, a su vez afirma que hay elementos externos que relacionan la investigación con la sociedad.

Ahora bien, en específico la entrevista en profundidad es:

Un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos que hablan del sujeto. Los discursos no son así preexistentes de una manera absoluta a la operación de toma que sería la entrevista. El discurso aparece, pues, como respuesta a una interrogación difundida en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, cada uno de los interlocutores co-construye en cada instante ese discurso. (Alonso, 1994, p. 230).

Con esto, entendemos que la información que ha sido experimentada por el entrevistado será proporcionada con una orientación o interpretación desde él, ésta información interpretada nos será más importante e interesante que simples hechos.

Podemos agregar también la idea de Ferrarotti encontrada en Alonso, la cual dice:

Entre narradores y escuchadores la relación es directa, imprevisible, problemática. Es, en otras palabras, una relación verdaderamente humana, es decir, dramática, sin resultados asegurados. No hablan sólo las palabras, sino los gestos, las expresiones del rostro, los movimientos de las manos, la luz de los ojos. Este es el don de la oralidad: la presencia, el sudor, los rostros, el timbre de las voces, el significado –el sonido- del silencio. (Ferrarotti, 1991, citado en Alonso, 1994, p. 230).

Dentro de las ventajas que encontramos, según Valles en la entrevista en profundidad, se reconocen la riqueza informativa que se reobtiene en tanto personalizada, holística y contextualizada, porque desde los propios entrevistados; es posible encontrar puntos de interés de los cuales, de otro modo, no podrían salir a luz; la facilidad para hacer lecturas cualitativas sin la necesidad de interferir en un análisis cuantitativo; otorga un espacio de comodidad en la intimidad, porque es directa, flexible, espontánea. Permite accesibilidad a información nueva, por lo que nos sirve para nuestra investigación donde se está reconociendo terreno (Valles, 1997).

Esta técnica de entrevista en profundidad es funcional a nuestra investigación, porque buscamos obtener información de nuestros sujetos de estudio, donde facilitaremos situaciones que den paso a la profundidad a través de las propias palabras o definiciones de ellos. Estos datos cualitativos, nos permitirán una descripción profunda y completa de nuestro interés de estudio, como las imágenes mentales, significaciones, implicancias, creencias, actitudes, etc., en cuanto a la descripción de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los pacientes AUGÉ diagnosticados con esquizofrenia, tal como indica nuestra propuesta de investigación.

Para esto, es necesario siempre tener en cuenta que el experto es el entrevistado, por lo que el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado. Por esto, nuestra posición como investigadores debe poseer una postura reflexiva y minimizar nuestras creencias, experiencia y fundamentos de la vida que puedan estar asociadas al tema de estudio, para que no interfieran en el proceso, sino que guiarlo con discreción; y por supuesto, informar al entrevistado del propósito de nuestra

entrevista. Este instrumento nos permitirá la recolección de información o datos cumpliendo con los requisitos de confiabilidad y validez.

Para esto, es necesario contar con un guión de entrevista, éste es la base de la entrevista en profundidad, contiene los temas y subtemas que deben cubrirse, de acuerdo con los objetivos de la investigación, no proporcionan formulaciones textuales de preguntas ni sugiere las oposiciones de respuestas, es un esquema con los puntos a tratar, no es nunca cerrado y su orden no es obligatorio (Valles, 1997, p. 204).

#### **3.5.1.1.- Guión de Entrevista:**

##### **Guión de entrevistas para los pacientes:**

(En este caso, por tratarse de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, hemos decidido agregar ejes al guión de entrevista de ellos, son ejes que no son directamente relevantes para nuestra investigación, pero son necesarias para contextualizar a los pacientes, algo así como prestarles discurso)

- 1- Datos relevantes del paciente.
- 2- Antecedentes de la derivación al HD.
- 3- Origen de la enfermedad.
- 4- Motivación de ir al HD, seguir tratamiento y salir de alta.
- 5- Relación con compañeros y profesionales en las psicoterapias.
- 6- Actividades del HD.
- 7- Apoyo en las psicoterapias.

- 8- Definición de las psicoterapias, tratamiento y HD.
- 9- Recuerdos de las psicoterapias.
- 10- Temáticas trabajadas en las psicoterapias.

**Guión de entrevistas para los psicólogos:**

- 1- Antigüedad y cargo en el HD.
- 2- Objetivos del trabajo en las psicoterapias.
- 3- Dinámicas con los pacientes en las psicoterapias.
- 4- Expectativas de pacientes, psicoterapias.
- 5- Definición de tratamiento ambulatorio, de HD
- 6- Diferencias con pacientes AUGE.
- 7- Percepción de motivaciones de pacientes en tratamiento.
- 8- Complicaciones en las psicoterapias.

**3.5.2.- Observación Participante:**

Como segunda técnica de recolección de información situamos a la observación participante, debido a que ésta la comprendemos como el acto en que nos permitiremos entrar en el grupo, en su realidad y bajo sus dinámicas, no muchas veces dimensionable en las entrevistas en profundidad.

Se puede entender, según Anguera, como “una observación interna o participativamente activa, en permanente ‘proceso lanzadera’, que funciona como observación sistematizada natural de grupos reales o comunidades en su vida cotidiana, y que fundamentalmente emplea la estrategia empírica y las técnicas de

registro cualitativo” (Anguera, 1989 citado en Delgado y Gutiérrez, 1998, p. 144). Entonces, para completar y aclarar lo anterior, comprendemos que implica dos instancias como dice Valles, una tiene relación con el estar en el lugar mismo, es decir, “suele entenderse por técnica de observación los procedimientos en los que el investigador presencia en directo el fenómeno que estudia” (Valles, 1997, p. 143), y la otra instancia tiene relación con lo que implica el participar de y en este estar en el lugar, entonces “no equivale solo a presenciar lo que ocurre, sino que supone implicarse en la actividad estudiada” (Valles, 1997, p. 157).

A través de ésta técnica, mediante el registro de la observación en un cuaderno de campo, nuestra investigación podrá situarse en un escenario en específico y único, podremos esclarecer la experiencia subjetiva, situarnos en el contexto necesario para comprender lo ya dicho en las entrevistas. Sobretudo, se hace funcional para poder caracterizar las dinámicas dentro de las psicoterapias grupales.

El a mediados de este estudio, los tesisas que realizamos ésta investigación formamos parte del equipo de trabajo del HD. En un primer momento, nuestro trabajo en el lugar tuvo relación con nuestra práctica profesional, durante este tiempo (desde Marzo hasta Septiembre de 2007) realizamos diversas actividades grupales como practicantes en el HD, por lo que pudimos reunir, en este periodo, información relevante para esta investigación, dicha información está anexada. Al mismo tiempo, en que realizábamos nuestra práctica profesional, iniciamos ésta investigación de tesis. Desde Septiembre de 2007, una vez finalizada la práctica, se nos dieron condiciones laborales para ingresar al HD, así pasamos a formar parte del equipo de trabajo de este lugar, finalizando en Febrero de 2008. Igualmente, hemos mantenido

el interés por el desarrollo de ésta investigación, aprovechando los espacios en función de ésta.

### **3.5.3.- Recopilación Documental:**

Por último, consideramos la recopilación documental como técnica de recogida de información en nuestro estudio. Esta podemos entenderla como “un instrumento de investigación social cuya finalidad es obtener datos e información a partir de documentos escritos y no escritos” (Ander-Egg, 1995, p. 213), dentro de los no escritos encontramos numéricos o estadísticos, cartográficos, de imagen o sonido, etc. El recopilar documentos es una labor dificultosa y trabajosa, porque es necesario saber seleccionar adecuadamente el material a trabajar, la idea es que sea útil para ahorrar esfuerzos y en los redescubrimientos; de lo contrario uno puede generar el llamado efecto *bola de nieve*, donde cada texto se remitirá a otro y viceversa, produciendo una cadena difícil de seleccionar.

Dentro de los documentos que requeriremos para nuestra investigación, según su forma de presentación, nos es interesante abordar la recopilación documental de documentos escritos, como nos dice Ander-Egg “se trata de documentos de muy variada índole, desde fuentes históricas hasta periódicos y cartas personales, pasando por archivos, informes, estudios, etc., y documentos indirectos” (Ander-Egg, 1995, p. 214). Consideramos que para tal efecto que implican nuestros objetivos son necesarias dos formas que se ajustan a esta modalidad: una es la de *Documentos Oficiales* y otra es la de *Documentos Personales*.

En los Documentos Oficiales se encuentran todos los documentos que incluyan notas, circulares, dictámenes técnicos, informes, declaraciones, etc. Esto se fundamenta para nuestra investigación en las normas técnicas que existen con relación a la institución ante la que nos estamos parando, el Hospital Diurno, y todo lo relacionado desde el Ministerio de Salud con relación a su nueva Ley de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, pasando por las Normas Técnicas del sistema Auge y la Guía Clínica para la Esquizofrenia.

Con relación a los Documentos Personales se entiende lo que tenga relación con las memorias de una persona, los diarios, las autobiografías, etc. Sin embargo, aquí apelamos en nuestra investigación a lo significativo que será la revisión de las fichas clínicas de los pacientes que asistieron o asisten a hospitalización diurna, debido a que esto nos muestra una selección de los datos más relevantes de acuerdo con la evolución de los pacientes de acuerdo a su sintomatología con relación a sus diagnósticos clínicos de esquizofrenia. Estas fichas están realizadas por profesionales, los cuales intentan expresar de una manera objetiva los cambios observados durante el curso que registra la enfermedad.

### **3.6.- Técnicas de Análisis:**

El análisis de información de esta tesis será de orden cualitativo, para esto es necesario tener en cuenta cierta disciplina y técnica que ayuden a desentrañar la información arrojada por nuestros entrevistados. El análisis de la información obtenida debe cumplir con ciertos propósitos centrales, como indica Hernández, Fernández y Baptista (2003, p. 481), los cuales deben privilegiar el orden de los datos, estos deben estar organizados por categorías o temas que permitan comprender con detenimiento el contexto y los discursos presentes en las personas estudiadas, todo esto descrito en su propio lenguaje.

Por esto, la técnica de análisis a utilizar será el *análisis de tipo categorial* para deconstruir y aproximarnos a un análisis de discurso, este a menudo se ha denominado análisis de contenido, porque intenta extraer significados de un conjunto de datos textuales, teniendo en cuenta una posterior fase denominada interpretativa, entonces, “utilizan las categorías para organizar conceptualmente y presentar la información más interesada por el contenido de las categorías que por las frecuencias de los códigos” (Valles, 1997, p. 66). Las categorías en este caso emergerán de los propios datos obtenidos a lo largo del análisis.

Para comprender mejor este proceso, Gil Flores entrega las siguientes fases que darían cuenta del proceso para realizar un análisis cualitativo, primero una lectura o audición de los discursos o entrevistas para tener una impresión adecuada y en conjunto; seguido de la agrupación de datos asociados a un tema (categorizar); luego, describir este material organizado y presentarlo en forma de citas textuales que sirven

para apoyar la investigación; por último, las categorías agrupadas permiten formular conclusiones tentativas, relacionadas con la presencia o ausencia de ideas en el discurso de los entrevistados (Gil Flores, 1994, p. 66).

La reducción de los datos será a través de la segmentación, que es la división de los discursos en unidades que expresen una misma idea y por otro lado, codificación que consiste en asignarles un código para así agruparlos según temas comunes. Esta codificación permitirá identificar y asignar temas con relación a lo que estamos investigando, como asignar las implicancias, vivencias, actitudes y apreciaciones, etc. Debido a esta reducción es que podemos obtener una interpretación de los datos, lo cual nos permitirá comprender nuestro objetivo de estudio.

La función que presta esta investigación del análisis por categorías, es que para describir y analizar la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno, bajo esta técnica se nos permite comprender directrices y diferencias de los discursos; también nos permiten formular conclusiones, sin embargo, generalmente tendrán que ver con las tendencias transversales que resultan del habla, de los discursos, de la vivencia, de las implicancias que se hacen presentes en nuestros objetivos de investigación, dando cuenta de un interés por comprender la realidad desde cómo es entendida por los propios entrevistados. Así también, debemos dar importancia a lo que nos indica Ibáñez, ya que da gran importancia a la intuición del entrevistador, porque debe reconocer lo que es de importancia para los objetivos fijados, lo cual ocurre desde el primer momento en que se recogen los datos (Ibáñez, 1992, p. 318).

### 3.7.- Cronograma:

A continuación se detallarán los tiempos en que se llevará a cabo esta investigación mediante un calendario de trabajo, incluyendo cada uno de los momentos que se requieren para su confección, tanto en el ámbito teórico como metodológico.

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
<b>Marzo 2007</b>	X		X								
<b>Abril 2007</b>	X		X								
<b>Mayo 2007</b>	X								X		
<b>Junio 2007</b>	X		X						X		X
<b>Julio 2007</b>	X		X								
<b>Agosto 2007</b>	X		X								
<b>Septiembre 2007</b>			X								
<b>Octubre 2007</b>			X	X	X				X		
<b>Noviembre 2007</b>	X	X	X		X	X				X	X
<b>Diciembre 2007</b>			X			X	X				
<b>Enero 2008</b>			X				X	X	X	X	X
<b>Febrero 2008</b>							X	X			
<b>Marzo 2008</b>								X	X		
<b>Abril 2008</b>								X	X		

<b>01</b>	O.P.	<b>07</b>	Análisis de Información
<b>02</b>	Entrevistas	<b>08</b>	Conclusión y Discusión
<b>03</b>	Revisión Teórica	<b>09</b>	Asesoramiento Profesor Guía
<b>04</b>	Recopilación Listas AUGES	<b>10</b>	Asesoramiento Profesor Informante
<b>05</b>	Recopilación y Revisión Fichas Clínicas	<b>11</b>	Asesoramiento Metodólogo
<b>06</b>	Transcripción Entrevistas y O.P.		

## **4.- Resultados y Análisis:**

A continuación se presentan los resultados y un análisis cualitativo basado en las entrevistas semi-estructuradas, observaciones participantes y recopilación documental.

La información se recolectó gracias a la participación de los sujetos de nuestro estudio. Entre ellos los pacientes AUGE que han contado con tratamiento dentro del Hospital Diurno de Adultos; y los psicólogos que trabajan en algún espacio psicoterapéutico dentro del Hospital Diurno.

El propósito de este análisis consiste en describir y analizar la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana. Para una mejor comprensión se subdividió este apartado según los objetivos específicos presentados en el planteamiento del problema de esta investigación.

#### ***4.1.- Primera Parte:***

##### ***Configuración de los Pacientes AUGE Diagnosticados con Esquizofrenia.***

Dentro de las entrevistas y la observación participante realizadas a los pacientes se obtuvo diversa y valiosa información. A continuación sus líneas discursivas, nos permitirán contar con un conjunto de opiniones que darán cuenta de las perspectivas que presentan en relación con diferentes temas relacionados con la descripción de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los pacientes AUGE diagnosticados con esquizofrenia. Sin embargo, la información se presenta de manera ordenada y estructurada de acuerdo a los temas que se fueron presentando según los testimonios.

##### ***Ingreso y Permanencia dentro del Hospital Diurno.***

###### ***Escasos Conocimientos Previo Ingreso al Hospital Diurno.***

**Desconocimiento del Hospital Diurno.** Los pacientes llegaron al Hospital Diurno derivados desde el sector de psiquiatría del HFB. Algunos sólo consultaron allí y por ser pacientes AUGE fueron derivados a diferentes servicios que entrega la red para continuar o iniciar un tratamiento, entre estos el Hospital Diurno. Sin embargo, la mayoría estuvo internado allí antes de ser derivado.

Los pacientes manifestaron un escaso grado de conocimiento acerca del Hospital Diurno antes de ingresar a este. Por lo tanto, desde la derivación del HFB se produjo una falta de información hacia los pacientes.

“(…) y después me dijeron que, cuando salí de la hospitalización, que tenía que asistir al diurno y yo igual no sabía en qué consistía, no me explicaron bien (…)” (Luis)

“(…) no sabía muy bien lo que se hacía acá (…)” (Renato)

“(…) no sabía a lo que venía, de que se trataba (…)” (Daniela)

Los pacientes asistieron a un lugar desconocido para poder continuar con su tratamiento para la esquizofrenia, solamente les fue dicho que este lugar les permitiría su rehabilitación y que aprenderían de su enfermedad.

“(…) sabía que era de terapia de rehabilitación (…)” (Luis)

“Me dijeron que se trataba, que era para aprender de la enfermedad, un poco para recuperarme, para rehabilitarme, eso fue lo que me dijeron” (Renato)

Además, esta falta de información que presentaron los pacientes acerca del lugar al cual tuvieron que ingresar, según la derivación que realizó su doctor, creó

confusión y miedo en ellos bajo la forma de desorientación, llegando con tal sentimiento a este lugar.

“(...) yo mucho tiempo tuve mucho miedo, entonces no me abría a que podía esperar de aquí, no sabía a lo que venía, de que se trataba (...)” (Daniela)

“En realidad porque estaba como desorientado, no sabía que hacer y me dijeron que siguiera con el tratamiento, y el tratamiento era venir acá, no sabía muy bien lo que se hacía acá, vine porque estaba mal, no sabía lo que había pasado, y yo acepté altiro, sí estaba desorientado, estaba hasta asustado (...)” (Renato)

**Desconocimiento de la Esquizofrenia.** La desorientación y miedo con que llegaron los pacientes al Hospital Diurno, también se relacionó con un desconocimiento y falta de conciencia de su enfermedad. No comprendían su diagnóstico de esquizofrenia dado hace pocos meses ya que era nuevo en sus vidas.

“(...) no sabía muy bien lo que se hacía acá, vine porque estaba mal, no sabía lo que había pasado, y yo acepté altiro, sí estaba desorientado, estaba hasta asustado (...)” (Renato)

Se sumó a lo anterior la existencia de diversos significados negativos asociados a la preconcepción de esquizofrenia. Son valoraciones que podemos observar comúnmente en los medios de comunicación acerca de la locura.

“La verdad es que yo tenía miedo, y yo pensaba, no sé, que los esquizofrénicos eran como locos, entonces no sé, (...) hubo un tiempo que me daba miedo venir aquí (...)” (Daniela)

“(...) porque siempre yo pensaba que estaba loco poh, donde me dijeron esquizofrenia, entonces al venir para acá me explicaron todo eso (...)” (Luis)

A pesar de que algunos pacientes tuvieron nociones acerca de la idea de rehabilitación en el Hospital Diurno, al no comprender su diagnóstico no pudieron comprender la concepción de rehabilitación.

“(...) rehabilitación y yo no entendía por qué tenía que ir a rehabilitación, (...)” (Luis)

La pregunta es ¿qué es lo que hay que rehabilitar cuando no existe, desde el paciente, la noción de enfermedad?. Los pacientes al ingresar al Hospital Diurno, a pesar de haber transitado por alguna hospitalización, aún no comprendían qué fue lo que les sucedió en la llamada crisis que tuvieron. Podemos pensar que si no comprendieron qué les pasó menos podrán comprender por qué están allí. Ante éste

panorama parece complejo sostener una propuesta de rehabilitación para el equipo de profesionales del hospital.

**Resumen: Escasos Conocimientos Previo Ingreso al Hospital Diurno  
por parte de los Pacientes.**

*Los pacientes siendo derivados desde el HFB al HD presentaron desorientación y miedo previo ingreso a este. Esto se produjo por un desconocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y falta de conciencia de ésta, no comprendiendo su diagnóstico de esquizofrenia y asociándolo a valoraciones negativas acerca del loco. Además, un escaso grado de conocimiento acerca del HD, salvo el que éste lugar les permitiría su rehabilitación de algo que no sabían de qué se trataba.*

***Concurrencia al Hospital Diurno.***

**Obligación impuesta por Médicos y Familia.** Esta falta de comunicación que ocurrió entre el sistema de psiquiatría que derivó y diagnosticó trajo consigo significados asociados a valoraciones negativas ante el ingreso al Hospital Diurno. Estas valoraciones negativas tuvieron relación con la idea de obligación ante el tener que asistir a un lugar desconocido para ellos que los podía rehabilitar de algo que no sabían bien de qué se trataba.

“[Hospital Diurno es] Obligación” (Carolina)

Para los pacientes el ingreso al Hospital Diurno fue comprendido como una imposición. Por lo mismo, en general los pacientes no presentaron deseos de ingresar al Hospital Diurno por propia voluntad. El mandato de los doctores incluyó estrategias como decirles que allí hallarían respuestas para todo este desconocimiento y amenazas de hospitalización con tal de que asistieran.

“Bueno, yo no quería venir, pero el doctor me dijo que era necesario y que aquí iba como a encontrar soluciones y ya al final vine (...) él me dijo vas o vas.” (Daniela)

“(...) además que si no venía al diurno me iban a internar.” (Ana)

El modo en que los médicos realizaron las derivaciones de los pacientes al Hospital Diurno nos permite preguntarnos por la visión que tienen ellos de los pacientes con esquizofrenia. Al parecer la obligación de asistir a un tratamiento tuvo relación con la visión de los pacientes como objetos, porque no se les permitió decidir acerca de su existencia, pese a que ya se encontraban estabilizados en el momento que se les indicó ingresar al Hospital Diurno. Es más, pareciera que no tan solo no se les permitió decidir, sino que tampoco se les informó lo suficiente para posibilitar una decisión, por lo mismo este lugar muchas veces careció de sentido para los pacientes.

A pesar de que los doctores fueron los gestores de esta exigencia, también sus padres tuvieron relevancia en esto. Fueron los doctores los que realizaron la

derivación, sin embargo, los padres acataron la indicación del doctor haciendo suya la responsabilidad de que esto se cumpliera.

“Nada poh yo no quería venir (...) Sí, del doctor y de mis papas, me dijeron que no podía faltar nunca, (...) a mi no me gusta venir e igual vengo, igual me mandan” (Carolina)

“No sé, yo creo que lo que me motivó fueron mis papás más que nada (...) por obligación, era por ellos que yo venía, si no están ellos yo no vengo (ríe)” (Luis)

“Me mandaron mis padres, me mandaron para acá, por que pensaban que... yo me iba a rehabilitar, a ocupar la mente, a estar activa (...)” (Valentina)

**Desde la Obligación hacia la Costumbre.** Los pacientes asistieron al Hospital Diurno por obligación, lo que trajo valoraciones negativas con relación al lugar, provocando un desagrado en los pacientes ante el lugar y queriendo irse de allí lo antes posible.

“(...) los primeros días no me gustaron para nada, al contrario, hacían cosas como de niño, infantil, entonces eso es lo que no me gustaba (...)” (Luis)

“(…) de primera no me gustaba, no hallaba la hora de que me dijeran que estaba de alta (ríe) (…)” (Ana)

También sobrevino en ellos un acostumbramiento en el hospital por el modo habitual de proceder establecido por la tradición del lugar.

“(…) después con el tiempo fui acostumbrándome (…)” (Luis)

A su vez, las actividades que realizaron ayudaron a dar sentido a la obligación de asistir a este lugar. Indicaron que les servía para estar haciendo algo. La mayoría producto de la reclusión en sus hogares no realizaba actividades.

“(…) a parte me servía para, como estaba haciendo nada, me servía también para despejarme, y además que (…)” (Luis)

Con el andar del tiempo los pacientes fueron relacionándose dentro del hospital y vislumbraron de qué se trataba este lugar. Tuvieron ciertos indicios que aún fueron confusos, pero les permitió encontrar sentido inicial a este lugar. Este sentido tuvo relación con temas de su enfermedad.

“(…) me recuerdo que estaba asustado de hasta salir a la calle y bueno esos fueron los primeros días que estuve acá, ya cuando empecé a venir empecé a captar lo que se hacía acá.” (Renato)

“(...) al final vine y me gustó y me quedé harto tiempo (...)”

(Daniela)

“(...) era un mundo nuevo que conocí, me parecían bien, una forma de sobrellevar esta enfermedad y de aprender de ella de distinta manera.” (Renato)

El hospital fue cobrando sentido para los pacientes en la medida que éste les respondió las preguntas que traían con relación a los desconocimientos de su enfermedad y el hospital, entonces supieron de qué se trata este lugar y para qué les servía. Las demandas de los pacientes permitió validar la intervención del hospital, a partir de esto el lugar empezó a cobrar sentido y permitió una relación entre los pacientes y el hospital. También se dieron cuenta que no estaban solos allí, que estaban sus compañeros y además se encontraban en situaciones parecidas.

“(...) es que después uno se acostumbra a venir y se acostumbra a los compañeros después” (Ana)

El Hospital Diurno se les presentó como una fuente que les prestó ciertos servicios y les cooperó para el logro personal de algo. A pesar de la imposición de los doctores y las familias, los pacientes con el tiempo sintieron que este lugar los ayudó de alguna manera.

“(…) después con el tiempo empecé a ver que, que me ayudaba  
(…)” (Luis)

“(…) al final descubrí que tenía que terminarlo porque me estaba  
haciendo bien poh y por algo estaba acá poh (…)” (Luis)

Seguramente, esta sensación de ser ayudados o de que éste lugar les estaba haciendo bien, tuvo relación con el empezar a comprender de qué se trataba el tratamiento, de qué se trataba la rehabilitación de la esquizofrenia y el sentido que tenía el Hospital Diurno. Además, ahora tenían un lugar donde ir para relacionarse y no sentirse solos.

**Resumen: Concurrencia al Hospital Diurno desde los Pacientes.**

*Los pacientes entendieron el ingreso al HD como una obligación impuesta por los médicos y sus padres, esto provocó desagrado en los pacientes y el querer irse de allí lo antes posible. A pesar de esto, con el tiempo los pacientes toleraron el asistir, la costumbre facilitó que empezaran a encontrar sentido en el lugar, además los pacientes indicaron que no estaban solos allí porque tenían compañeros en situaciones parecidas.*

### ***Causas para Permanecer en el Hospital Diurno.***

**Desmotivación.** Los pacientes tuvieron distintas motivaciones para permanecer en el hospital. Sin embargo, algunos presentaron nula motivación para continuar asistiendo hasta el final de su tratamiento, aunque de todas maneras lo hicieron por exigencia de sus padres.

“(…) [¿Qué la motiva a seguir viniendo?] (Silencio…) Nada. (…)”

(Carolina)

Dentro de los pacientes que encontraron ciertas razones que los motivaron a continuar asistiendo, también se presentaron algunas dificultades. Para ellos no fue fácil, significó un sacrificio a diario, un esfuerzo que implicó cumplir horarios, asistencias, participación, en general el cumplir ciertas reglas que norman un hacer en la institución. Son normas que son consecuentes con los síntomas de la esquizofrenia, por lo tanto implican un esfuerzo para completar su tratamiento.

Podemos considerar que las personas con esquizofrenia presentan ciertos síntomas característicos entre los cuales se encuentra el desgano, es decir, la falta de deseo, razón suficiente para haber dificultado la tarea de asistir al Hospital Diurno, inclusive para haberse levantado.

“Me costaba venir, me costaba levantarme temprano, estaba lateado, no sé si era desgano, desmotivación, pero estuve un tiempo así (…)” (Renato)

Los pacientes indicaron complicarse cuando recordaban su crisis, porque fue un corte brusco en sus vidas. También trajo conflictos con relación a lo que deberían estar viviendo según su edad.

“(...) como que venir acá era acordarse, no sé también lo hablé con el psicólogo, es que al venir uno se acuerda de la crisis” (Renato)

“(...) encontraba que igual yo llevaba mucho tiempo, me cuestionaba por qué yo tenía que ir a terapia y otras personas no iban, mientras que otros amigos estudiaban yo tenía que ir a terapia, entonces yo también encontraba que era perder tiempo acá poh (...)” (Luis)

“Yo quería recuperarme, sí rehabilitarme y poder hacer las cosas normales como siempre cuando era chica, cuando estudiaba” (Daniela)

Es interesante observar que al existir complicaciones apareció una queja y al existir una queja apareció una posición frente a la propia experiencia. Éste acto de situarse en un lugar de la propia vida implicó tomar una posición, lo cual fue un avance frente al modo en que los pacientes ingresaron al hospital. A partir de esto fue posible apelar a un trabajo desde lo simbólico.

**Sanación.** A pesar de las dificultades que presentaron los pacientes al comprometerse con el tratamiento en el Hospital Diurno, también existieron razones para asistir y completar su proceso allí, siendo consecuentes con el compromiso inicial.

Indicaron que al continuar con el tratamiento en el hospital existió la posibilidad de que el lugar les restituyera su salud, por lo tanto, fue en el Hospital Diurno donde situaron la responsabilidad para remediar este mal que los acongojó.

“Tener la esperanza que uno se va a mejorar (...)” (Ana)

“Motivación de estar bien de salud, o sea no vamos a estar 100 por ciento óptimo, pero vamos a estar 99,9 por ciento” (Ana)

Al ingresar al hospital los pacientes no estuvieron implicados con su enfermedad por el desconocimiento que acarreaban de ésta. Ahora, ya la entienden de algún modo, pero aún no saben qué hacer con ello, porque hay entendimiento pero no implicación.

**Desarrollo Personal.** También indicaron dentro de sus razones para permanecer en el hospital motivaciones personales. Éstas les permitieron ganancias anexas a la mera rehabilitación que ellos esperaban. Los pacientes se centraron en ideas motivadoras de desarrollo personal que les permitieron su redefinición como personas y revalidación en esta nueva etapa de sus vidas poniendo a prueba y demostrando sus cualidades y capacidades.

“El poder terminar algo poh, poder cumplir con lo que tenía que hacer, esforzarme y ser más, cómo es la palabra, como empeñoso, no sé, pero cumplir con lo que tenía que hacer (...)” (Luis)

“Darme cuenta que estaba mucho mejor y que yo podía salir adelante, (...) para demostrar que yo podía y todo, y saber que yo podía mejorarme (...)” (Ismael)

“Dije voy a cambiar (...) como que todos pasaban cosas bonitas y yo estaba estancada, entonces yo dije ya es tiempo de que yo cambie (...)” (Belén)

**Demostración.** Si bien los pacientes presentaron razones personales para prolongar su estadía en el Hospital Diurno, también lo hicieron para demostrarles a sus familias de lo que eran capaces y no desvanecer la confianza que ellas pusieron en ellos.

“(...) tenía el apoyo de personas que me querían, igual por ellos, por mí y por ellos (...)” (Ismael)

“(...) era mi última oportunidad que me estaba dando mi familia, si yo dejaba esto no iban a confiar en mí y todo iba a ser igual que antes” (Belén)

“(…) mis papás estaban como medios contentos, también eso me motivo a seguir.” (Luis)

Las familias han convivido durante mucho tiempo con los pacientes en un estado que trajo sufrimientos y disfunciones. Muchas veces las conductas de los pacientes les han provocado la pérdida de esperanzas de un cambio favorable, por lo tanto éstas se encuentran cansadas y desilusionadas. Además, tampoco poseen conocimientos con relación a lo que implica el diagnóstico de esquizofrenia, facilitándose falsas esperanzas.

**Resumen: Causas para Permanecer en el Hospital Diurno  
desde los Pacientes.**

*El HD contó con pacientes que hasta el final de su tratamiento asistieron por exigencia de sus padres, sin embargo la mayoría de los pacientes asistió por razones personales. Dentro de éstas se destacaron la posibilidad de sanarse en el HD causado por el recuerdo de su vida previo diagnóstico y lo que deberían estar viviendo según su edad; anexamente vivieron un desarrollo personal que les permitió una redefinición y revalidación como personas, y el no defraudar a sus familias demostrando sus cualidades y capacidades. A pesar de esto los pacientes presentaron dificultades sintomáticas a diario que dificultaron sus motivaciones, como el desgano, incluso para levantarse.*

## *Equipo de Profesionales.*

### *Valoración Positiva del Equipo de Profesionales.*

**Red de Apoyo.** Los pacientes presentaron significados asociados al equipo de profesionales del Hospital Diurno relacionados con una valoración positiva. Ésta se materializó al sentir una red de apoyo conformada por los profesionales. Los sintieron como un conjunto de personas con características distintas, pero organizadas para un fin determinado dentro del Hospital Diurno.

“Que hay una red de apoyo de intervención comunitaria que nos apoyan, que están los profesionales, están las enfermeras, todo el equipo está luchando para que uno esté bien, en distintas áreas”

(Ana)

“Que están preocupados por ti, que te dan apoyo aquí... (...) psicóloga, paramédico, doctora, enfermera, personas especialistas...” (Valentina)

El que los pacientes sintieran una red de apoyo en los profesionales significó que los pacientes sintieron que los psicólogos trabajaron para ellos, cada uno de los integrantes del equipo habría cumplido una función significativa para el tratamiento de los pacientes, asociándose con la idea de un tratamiento completo. Esto posibilitó un despliegue de posibilidades de encuentros para los pacientes, en donde se pudo

establecer una transferencia disociada con las circunstancias y diversos elementos que componen el hospital (Auri). Esta transferencia disociada podría producirse mediante los puntos de referencia que conforman esta red de apoyo para el paciente.

Asimismo al Hospital Diurno se le consideró como un conjunto de elementos con características distintas, pero organizadas para un fin determinado. Incluyéndose entre estos elementos: los profesionales, la familia, los compañeros, los fármacos y las actividades que se desarrollan dentro del Hospital Diurno. La variedad de elementos con que trabajó el hospital lograron integrarse y actuar como un tratamiento completo para los pacientes, posibilitándose una transferencia en cada instancia.

“Yo diría que de partida te ve un psiquiatra, te dan todos los medicamentos que necesitas, después te ven los psicólogos que te dan toda la ayuda psicológica que necesitas (...) también tienes el apoyo de la gente, de los amigos que se hacen acá, o sea un tratamiento completo, y están todas las terapias que se hacen”  
(Renato)

**Disposición.** Otra valoración positiva que los pacientes destacaron fue la disposición del equipo de profesionales. Interés y buenos afectos demostrarían el esmero en la labor que realizan en el Hospital Diurno.

“No, [la relación] era súper buena, no sé porque la hacen con, yo encontraba que la hacían con cariño (...)” (Luis)

“(…) como con la intención de ayudar porque hay algunas personas que, hay personas que no lo hacen así poh y (…)” (Luis)

“(…) eran preocupados, se preocupaban harto de nosotros, si a alguien le pasaba algo se preocupaban, todo eso y siempre ha sido así (…) porque nunca he visto personas que hayan venido, profesionales que sean medios pesados o que no les interese venir (…)” (Luis)

“(…) amena y cordial porque siempre están dispuestos a ayudar a los pacientes, son accesibles, no es frívolo el sistema.” (Ana)

Asimismo, los pacientes recalcaron la comunicación que se desarrolló entre ellos y los profesionales. La consideraron útil para facilitar el trato entre personas y permitir ideas claras, de lo contrario los profesionales se detenían en ello, produciéndose confianza en los pacientes.

“Súper buena, súper súper buena, yo creo que primero me costaba confiar un poco en ellos y les mentía a veces, pero después ellos depositaron toda su confianza en mí (…) me sentí súper integrada con los especialistas.” (Belén)

“Bonita, sí, había harto entendimiento, harta, harta comprensión, si ellos nos tenían que explicar mil veces, nos explicaban mil veces las cosas, si teníamos dudas y queríamos preguntar, aquí vienen para aprender, para mejorarse y si esto es parte de su mejoría que repetir mil veces las cosas lo vamos a hacer si que.” (Ismael)

“Es buena, porque mmm, hay respuestas, preguntas, explicaciones, hay buena comunicación.” (Valentina)

### ***Preconcepción del Equipo.***

A pesar de que se encontraron valoraciones positivas hacia los profesionales, esto vino luego de un tiempo. Los pacientes han habitado la red de salud mental y tienen ciertas preconcepciones acerca de los profesionales del rubro, en especial con los psicólogos. Las preconcepciones implicaron valoraciones negativas que luego fueron rebatidas gracias al modo de operar de este hospital.

“Es que a mí nunca me han gustado los psicólogos, que analizan mucho a uno, al final fue favorable...” (Ana)

“Porque yo igual he sido siempre, contrario de, de ir al psicólogo, y cosas así, no se poh, es que yo pienso que hay tantas personas peores que uno y la superan ellos solos entonces yo me encuentro que por qué yo siempre tengo que necesitar ayuda de otras personas que me ayuden, psicólogos, psiquiatras, terapeuta,

entonces eso me da como, me da como rabia a veces también (...)"

(Luis)

**Resumen: Preconcepción y Valoración del Equipo de Profesionales  
desde los Pacientes.**

*Los pacientes ingresaron al HD con ideas preconcebidas asociadas a valoraciones negativas acerca de los psicólogos en general, indicaron no necesitarlos y que éstos analizaban mucho a las personas, esto último podría ser producto de su paranoia. Con el pasar del tiempo los pacientes modificaron sus valoraciones a positivas, así indicaron que los profesionales del HD conformaron una red de apoyo, mostrando disposición y apoyo para ellos.*

***Hospital Diurno***

***Segundo Hogar.***

Los pacientes presentaron significados asociados al Hospital Diurno relacionados con la idea de un segundo hogar. Un lugar que los reuniría bajo una situación personal con la que cuenta cada uno de ellos.

“[Hospital Diurno es] Un segundo hogar (...) los sentía como mi otro hogar (...)” (Belén)

“(...) para mi eran mis dos hogares.” (Daniela)

En esta idea de un segundo hogar, el Hospital Diurno vino a ser un refugio para los pacientes. Se sintieron recibidos en un lugar grato y hospitalario donde pudieron tomarse las cosas con tiempo, aunque siempre estimulados por los profesionales.

“(...) acá te ayudan, como que te empujan para que salgas adelante, es una manera de ayudar entonces quien no va a querer ser ayudado, como que te dan todo para que te rehabilites” (Renato)

“(...) bueno de partida está el lugar que te acoge y no sé, un lugar de ayuda para nuestra enfermedad (...)” (Renato, anexo 4.3.2)

“(...) el lugar es acogedor, se siente bien uno, hay confianza, seguridad, tranquilidad, es un lugar óptimo” (Belén, anexo 4.3.6)

“(...) que hay que venir para estar tranquilo, en paz” (Valentina)

Tanto el hospital como los profesionales poseyeron características similares que se relacionaron con lugares de contención. Los pacientes llegaron a decir que la experiencia en el Hospital Diurno fue lo máximo que han vivido.

“(…) es lo más grande que me ha pasado en la vida (…)” (Ismael)

### ***Rehabilitación.***

Los pacientes refirieron sentir al Hospital Diurno como un segundo hogar, sin embargo, indicaron importantes consideraciones acerca del Hospital Diurno para comprenderlo como un lugar de rehabilitación. Quizás, si integramos la idea de un segundo hogar y la de rehabilitación, podríamos entenderlo como una casa para habilitarse de nuevo.

“[Hospital Diurno es] rehabilitación” (Daniela)

Pareciera no sorprendernos que los pacientes mencionaran la idea de segundo hogar antes que la de rehabilitación para comprender al Hospital Diurno. Es posible que esto ocurriera porque el equipo y el hospital fueron sentidos por los pacientes como la familia y la casa que los pudo comprender, escuchar y contener, además de que les entregó conocimientos fundamentales para la comprensión de la enfermedad.

Dentro de las primeras ideas que destacaron los pacientes para llevar a cabo la rehabilitación, mencionaron la posibilidad de poder hablar sobre el padecimiento que implica su diagnóstico en este lugar. También para pensar qué hacer con él.

“No sé, eh, lo primero es ayudar a entender de que se trata la enfermedad (...)” (Luis)

“Me dijeron que se trataba, que era para aprender de la enfermedad, un poco para recuperarme, para rehabilitarme, eso fue lo que me dijeron” (Renato)

“(...) que tengo que mejorarme (...) recordar que hay que tomar remedios, ehm... recordar que tenemos una enfermedad... eso... ese es mi objetivo” (Valentina)

El abordar el padecimiento que implica la esquizofrenia, no fue tan solo tarea de los pacientes, sino que existió meticulosidad para integrar también a las familias o personas próximas en dichos temas.

“(...) entenderlo uno, y también ayudar a nuestros papás y a personas cercanas a entender también de lo que se trata (...)”  
(Luis)

Los pacientes indicaron que la comprensión de su enfermedad como tema principal dentro de su rehabilitación en el hospital, implicó examinar antes su situación con rigurosidad. Tal objetivo fue posible mediante la reflexión y la adquisición de conocimientos. Sin embargo, la asesoría de los psicólogos fue importante en esto, teniendo que estar estimulando y dirigiendo este proceso.

“Vas a aprender muchas cosas, te van a enseñar muchas cosas (...)” (Ismael)

“(...) la mente me trabaja más, entonces eso encuentro que yo que hacen aquí que ayudan más a estimular la mente”. (Luis)

“(...) como estimulación, podría ser, porque tengo miles de palabras que pueden ser (...) no sé, aprender, pensar, podría ser pensar (...)” (Luis)

“(...) nos hablaban, nos decían que uno se descarga las cosas y después nos explicaban por qué esto acá, igual servían hartos y aprendía cosas” (Ismael)

### ***Desarrollo Personal.***

Conjuntamente a la idea de rehabilitación destacan haberse sentido únicos y conformes en sus cualidades y haber podido desenvolverse según sus necesidades. Tales características se integraron bajo el concepto de desarrollo personal.

“(...) también ayudan para otras cosas, como les decía, la personalidad, ayudar a pensar, a tener opiniones, ayudar en la personalidad de uno, ayudan a aceptarlo (...)” (Luis)

“(...) empecé a cambiar, no sobretodo por la enfermedad o por los síntomas, sino que empecé a cambiar en mi personalidad y empecé a, como a tener más ideas (...)”. (Luis)

“(...) aquí cambia positivamente la personalidad, estoy menos para adentro, me siento contento, más animoso, más despierto... mi mamá y papá me han notado que estoy mejor, escucho voces pero poco, todo ha sido un proceso para mi, lo que me complicaba eran las voces, pero ahora me he sentido mejor, no escucho nada... acá me han hecho pensar más, yo salí del colegio y no tomé más un lápiz, y al hacer dibujos acá me doy cuenta de que puedo, antes me decían en mi casa hacete un dibujo y me sentía mal y no hacía nada”. (O.P. paciente, 14-05-2007)

### ***Construcción de Futuro.***

Se integró también la idea de construcción de futuro de los pacientes en el Hospital Diurno. Éstos pudieron proyectarse dentro de sus preferencias y realidades, incluso antes de que fueran dados de alta.

“(...) y saber también lo que uno quiere después, de si quiere estudio, trabajo, no sé, qué va hacer después uno, yo creo que eso no más.” (Luis)

El que los pacientes comprendieran al hospital como un segundo hogar les permitió sentirse como dentro de una familia que les pudo enseñar ciertas cosas y los acogió en su padecer. El espacio los contuvo posibilitando la idea de una construcción de futuro al sentirse como personas capaces. Esto implicó un cambio de posición frente al modo en que los pacientes llegaron al hospital, en este momento los pacientes se hacen cargo de lo que les ocurre. No depositan su salud totalmente en el personal del hospital, porque se sienten responsables de sus vidas, la necesidad no está puesta en ser completamente asistidos, sino que en ser acompañados.

**Resumen: Hospital Diurno: Segundo Hogar: Rehabilitación, Desarrollo**

**Personal y Construcción de Futuro desde los Pacientes.**

*Los pacientes se refirieron al HD como un segundo hogar, allí se reunieron como en una casa, sintiéndose en un lugar grato, acogedor y confiable donde pudieron tomarse las cosas con tiempo, aunque estimulados por el equipo. La estimulación involucró tres temas a trabajar dentro del HD: primero, la idea de rehabilitación le permitió hablar de su enfermedad e integrar a las familias en sus cuidados; segundo, la idea de desarrollo personal les permitió sentirse únicos en sus cualidades y desenvolvimientos; tercero, la idea de construcción de futuro les permitió proyectarse dentro de sus preferencias y realidades antes de ser dados de alta, pudiendo encontrar alguna meta personal en la cual el HD pudo apoyarlos.*

## *Psicoterapia Grupal en el Hospital Diurno.*

### *Definición.*

Los pacientes comprendieron como psicoterapia grupal en el Hospital Diurno un espacio en el cual participó un psicólogo y varias personas que fueron identificadas como los pacientes.

“...no sé (ríe), no sé, un espacio donde hay varias personas y un psicólogo (...)” (Luis)

En este espacio se relacionaron y conversaron. También realizaron algunas actividades donde se trabajaron temas personales y temas relacionados con su enfermedad.

“(...) y nos hacen hacer trabajos o conversaciones sobre nosotros, sobre nuestra autoestima, no sé, sobre cosas que pensamos (...)” (Luis)

“Se habla de la enfermedad, se habla de lo que uno siente, o que le pasa, que son buenas terapias, (...) eh, le hacen tener a una conciencia de su enfermedad, del problema que sea, y eso...” (Pamela)

Si bien los pacientes destacaron poder hablar de sus temas personales y sentimientos, también indicaron que la importancia de esto estuvo en poder hacerlo en compañía de sus compañeros, generándose un intercambio entre ellos donde pudieron decir lo que pensaban.

“(…) pero compartiendo con los demás compañeros... nunca había pensado eso de, de estar aquí, para qué servía no sé...” (Luis)

“(…) una instancia donde conversan las cosas de uno pero todos participan (...)” (Ana)

“Decimos lo que pensamos” (Carolina)

Cuando Luis dice “nunca había pensado eso” algo parece hacerle sentido. Hay algo en la grupalidad que empieza a hacer sentido, el compartir con otros es un encuentro que hace lazo social posibilitado por aquello que los reúne: su enfermedad y su tratamiento.

Aunque les estaba permitido a los pacientes decir lo que pensaban, también tenían claro que debían seguir reglas dentro del espacio de la psicoterapia grupal, tal como ocurrió dentro del Hospital Diurno en general.

“yo estoy preocupado porque tengo que ir a buscar el hemograma ¿puedo ir?, porque me va a ver la doctora hoy”, le contestaron [el psicólogo] que terminando la sesión podía ir, que ahora tenía que

participar de la actividad porque la opinión que él podía dar a sus compañeros en la actividad era importante para el grupo, el paciente dijo “bueno” y se quedó tranquilo en su asiento.” (O.P. 21-03-2007)

Los pacientes respetaron las reglas que ponían límites al espacio, pese a no estar inmersos en los límites que acotan el pacto social. El que los pacientes respeten las reglas es parte de lo que hace posible hacer grupo.

### ***Dinámica.***

La psicoterapia grupal se desarrolló en base a ciertas actividades que facilitaron la comunicación y participación de los pacientes. Algunas de estas actividades fueron relatadas por los pacientes, recalcaron la importancia que tuvo poder expresarse delante de sus pares y recibir sus opiniones, diferenciando ésta instancia de la individual.

“(…) con los retratos conversábamos, cada dibujo expresaba los sentimientos que nosotros teníamos, como nos sentíamos, cómo enfrentábamos al Hospital Diurno, desde que punto de vista veíamos las cosas, pero no era lo mismo que individual, porque todos lo compañeros hablaban del dibujo que veían en un compañero” (Belén)

“Ponían el dibujo y decían ya, dé una opinión y ahí te ponían a analizar el dibujo y dabai tu opinión y otro te decía, sí, esto está bien, además está esto otro, iban saliendo varias cosas importantes de los dibujos y al final sacábamos buenas conclusiones de lo que le estaba pasando a esa persona y me parece más eso.” (Renato)

“Sus compañeros le dijeron “es un hombre tratando de subir una escalera”, “está de espalda”, “sólo ve la escalera, no ve detrás de él”, “quizás sólo quiere lograr sus metas”, “se ve difícil subir”, “no tiene suelo el dibujo”, “no se sabe dónde llega la escalera”, “busca alcanzar el éxito que se representa en las escaleras, lo busca aunque le cuesta alcanzarlo y llevando una mochila pesada”, “se ve duro el dibujo, pero hay que poner corazón para que no se haga tan pesada la mochila”, “ya subió los brazos, avanzó, ahora faltan los pies, un peldaño día a día, no la escalera completa”, “como que le da miedo caerse”, “se parece a spiderman (súper hombre)”, “al hacer una escalera puede indicar que se toma la vida con más dificultad”, “la escalera termina en un punto”, “los temores están al fondo de la mochila, pueden ser que pesan mucho, que están que se fugan o que hay que esconderlos, ahora, si uno esconde los temores después molestan inconscientemente, hay que saber reconocerlos”.

Él contestó “La escalera son las metas que tengo que alcanzar, tengo que hacerlo, así es la vida, uno tiene que luchar...

los proyectos son un peso, pero también me dan entusiasmo, si no, no tendría motivación, los temores que llevan los proyectos son el fracaso, eso me pasó una vez, no resultó y me dio miedo enfrentar de nuevo lo que quería hacer... pero si uno ya tiene una mochila no saca nada con quedarse parado, hay que avanzar... aquí he logrado cambiar el sentido de las cosas y la personalidad en desplante, ahora converso, no me aísló, ahora pienso mejor las cosas, estoy como despierto... me pongo exigente, pero sé que puedo lograrlo”. Luego el psicólogo hizo una pregunta a sus compañeros en relación al dibujo y que obviamente lo implicaba a él y él dijo “ya poh, nada más, pasemos a otro”, al preguntarle dijo que era un tema complicado y que ya le habían dicho suficiente para pensar (C.O. parece que los comentarios de los compañeros fueron muy acertados para él en esta oportunidad). Entonces se redondearon las últimas ideas y terminó la sesión.” (O.P. 11-07-2007)

“Los pacientes desarrollaron sus percepciones del dibujo, sin embargo mientras lo hacían no dejaban de lado las ganas de cerrar los ojos por algún momento o sus movimientos involuntarios de manos y pies o el balancearse sobre las sillas y apoyados en la pared.” (O.P. 21-03-2007)

**Valoración Positiva.** Las actividades realizadas también se asociaron a valoraciones positivas. Dentro de éstas se destacó la coherencia y los consejos dados durante la sesión.

“Cuando hicieron mi retrato, yo me dibujé con mi hijo, ellos se dieron cuenta, a lo mejor dibujé bien el dibujo o reflejé bien mis sentimientos que todos mis compañeros me dijeron cosas súper coherentes y claras, me sentí súper bien, nunca había hecho un autorretrato, y me gustó demasiado.” (Belén)

“(…) me acuerdo que yo dibujé un camino, o sea me dibujé a mi y dibujé un camino hacia la universidad, entonces el psicólogo me dijo que no estaba bien pavimentado ese camino que tenía que yo todos los días pavimentarlo y armarlo de alguna manera para llegar al gran final, o sea al gran, la meta que es la universidad, y tener una profesión y ser alguien en la vida.” (Renato)

Cabe recordar el aislamiento al que se han visto sometidos estos pacientes, ya que dentro de los principales síntomas negativos de la esquizofrenia se encuentra el retraimiento. Entonces, podemos pensar que es una labor importante que el equipo intente realizar psicoterapias grupales dentro del hospital. Lo complejo de esto es pensar si ¿es posible hacer grupo en la psicosis?, ¿cómo hacer grupo donde hay una falta estructural?

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Definición y Dinámica  
desde los Pacientes.**

*Los pacientes comprendieron su psicoterapia grupal en el HD como un espacio en el cual participaron ellos y un psicólogo. Los participantes se relacionaron mediante actividades facilitadoras que comprendieron diversos temas de interés como la esquizofrenia. La actividad consistió en hacer un dibujo que se presentó al grupo, luego cada uno dio su opinión y se sacaron conclusiones en conjunto. La importancia de este espacio para los pacientes radicó en que pudieron compartir y relacionarse con sus compañeros, diciendo lo que pensaban y siguiendo reglas.*

***Aislamiento versus Socialización.***

Los pacientes inicialmente se complicaron y tuvieron vergüenza para comenzar a relacionarse en grupo. Esto sería producto del aislamiento.

“(...) o también al principio lo que más me complicaba era hablar delante de los compañeros (...) Que siempre fui tímido, siempre fui, es que yo era así como tímido extremo, porque yo hablaba con una persona y me ponía colorado, era súper...” (Luis)

Pese a que se vieron complicados en este intento de acercamiento ante sus compañeros, apreciaron positivamente esta actividad. Indicaron que a través de ésta fue posible mantener relaciones entre sus compañeros, lo que alivió esta

carencia de compañía con la que llegaron. De esta manera se hizo frente a algunos de los síntomas de la esquizofrenia, sin mencionar que se estaban abordando condiciones estructurales. Sin embargo, el paso que existió del aislamiento a la socialización no sólo implicó una remisión de síntomas, sino también una posición en la experiencia subjetiva, porque implicó tomar un rol para relacionarse con otros.

“Hacen terapia, conversamos con los compañeros, no nos sentimos solos, eh, se hacen buenas amistades (...)” (Belén)

“Que sirven para ayudar a sociabilizarse mejor con las demás personas, ayudan a controlar la enfermedad también, a hacerla más llevadera” (Ana)

“(...) que vas a ver un feeling entre todos increíble (...)” (Ismael)

Esta sociabilidad les condujo a valoraciones positivas en relación a su desarrollo personal, se sintieron capaces de ciertas condiciones que se encontraban dormidas. Al igual que la construcción de futuro, el desarrollo personal implicó poder asumir una posición.

“(...) y después llegué acá a hablar con todos delante de todos, entonces eso fue lo, yo encuentro que me ayudó harto en eso (...)”  
(Luis)

“(...) pero de a poco ya no me di ni cuenta cuando ya estaba hablando de más (ríe).” (Luis)

“(...) o sea, no me interesaban las terapias, yo no sé lo que pensaba, bueno y después yo iba a terapia y tuve opinión, es que pensaba que no servían”. (Ismael)

Además, pudieron comparar sus condiciones personales con el resto de sus compañeros. Indicaron que fue de beneficio para darse cuenta que se encontraban en mejores condiciones. Principalmente para los pacientes que son AUGE, es posible notar éstas diferencias de deterioro, porque generalmente han tenido sólo un brote antes de llegar al hospital, lo que implica menor cronicidad en ellos.

“Entonces que eso me sirvió como que mi enfermedad no fuera tan terrible como las demás personas, tienen muchos, muchos problemas (...)” (Daniela)

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Aislamiento versus Socialización  
desde los Pacientes.**

*Los pacientes en su psicoterapia grupal inicialmente presentaron complicaciones para hablar delante de sus compañeros; producto del aislamiento característico de la enfermedad del cual provenían. Sin embargo, con el tiempo apreciaron la*

*actividad. Indicaron que a través de ésta fue posible socializar con sus compañeros, lo que alivió la carencia de compañía con la que llegaron; les permitió comparar sus condiciones personales con el resto de sus compañeros con relación a la cronicidad del diagnóstico; además, les condujo a valoraciones positivas con relación al desarrollo personal que les significó.*

### ***Necesidad de Participación mediante la Opinión.***

Los pacientes indicaron que para que las psicoterapias grupales resulten es menester que haya participación entre los asistentes al espacio, ya que se requiere que se comparta entre las personas.

“Con los compañeros, opinar poh, opinan lo que ellos creen poh, no guardarse eso (...)”. (Luis)

A pesar de la importancia de la participación, también reconocieron que eso fue difícil en un comienzo, pero importante para cada uno de ellos, porque a través de los comentarios que surgían se pudo desarrollar una conversación acerca de temas relevantes para ellos mismos. Se hicieron necesarios los comentarios para mantener lugares o roles dentro del espacio. Los pacientes se responsabilizaron de su participación en el espacio grupal, comprendieron el espacio como un lugar de ellos y para ellos.

“Era, al principio era como sería, como que les costaba hablar, al principio (...) iban saliendo cosas importantes en los dibujos y de la personalidad de cada uno y los problemas que tenía cada paciente, pero eran buenas las terapias porque salían a la luz varias cosas.”

(Renato)

No obstante la importancia que destacaron los pacientes acerca de la participación y las opiniones de sus compañeros, dijeron que existieron algunos compañeros que parecieron no tener interés en aquello.

“(...) había algunos que sí estaban interesados, y otros que definitivamente no ponían atención” (Daniela)

“(...) hay compañeros que no hablaban, quizás no le interesaba, no hablaban nada (...)” (Luis)

“Mmm, todos viven su mundo (...) no sé, nadie pesca (...) Hay algunos que pescan, y hay algunos que no quieren pescar y no pescan no más (...)” (Carolina)

Parece que el encuentro grupal tiene importancia para los pacientes sólo si hay algo que compartir. Entonces, frente a estos pacientes que parecían demostrar poco interés o aburrimiento, porque no deseaban desarrollar las actividades según lo

indicado, nuestros entrevistados se mostraron con mayor ánimo y trataron de integrarlos para que participaran.

“Casi la mitad no quería hacer nada, entonces yo tenía que estar, ah no, hagámoslo no más y con las que me juntaba éramos las que más hablábamos y las que más hacíamos actividades, las que no nos aburríamos aquí (ríe), porque había mucha gente que se aburría, lo único que querían eran irse, nosotros, ah que no se acabara (...)”. (Daniela)

Los pacientes optaron por el camino de la integración de los que parecían no estar interesados, intentaron que estos pacientes pasaran a ser parte del grupo. Consideraron que ésta situación incomodaba al grupo por la rareza que se produjo al estar todos en un mismo grupo donde unos se encontraban entretenidos y otros aburridos.

“Sí, como que igual afecta al grupo, como que no están ni ahí, uno se ve tan entretenido y ellos no, eso es medio extraño.” (Luis)

También, ocurrieron interrupciones durante la sesión. Se trataron de risas adrede y otras nerviosas. Ambas se relacionaron con características de la desconexión con la realidad.

“Habían personas que por ejemplo X que como que interrumpían un poco eso de, uno está contando algo extremadamente fuerte y había, y eran personas X que se reían, tal vez por nerviosismo, pero eso incomodaba a las personas que querían contar algo serio y ellos se reían... había algunos que sí estaban interesados, y otros que definitivamente no ponían atención” (Daniela)

El psicólogo que se encontraba a cargo de la psicoterapia también se vio interpelado por estos pacientes que parecieron no tener interés o entorpecieron la sesión. Al igual como hacían los demás pacientes que demostraban interés, el psicólogo los intentó integrar demandándoles alguna opinión. No obstante, el psicólogo al realizar ésta intervención tuvo presente que una de las características principales de los síntomas de la esquizofrenia radica en la abulia y la desconexión con la realidad. Además, es preciso considerar que la participación de los pacientes se relaciona con el sentido que les hace poner en circulación su palabra frente a otros.

“(...) el psicólogo lo que hacía era preguntarle a ellos lo que opinaban, pero decían dos o tres palabras y no decían nada más, algunos decían no sé, no sé y nada más, si poh (...)” (Luis)

“Era inteligente el psicólogo, él como que nos daba el camino por donde iba la cosa, decía no será esto otro y todos nos poníamos a analizar que le estaba pasando a esa persona en su interior, eso era, veíamos del pasado, al presente y el futuro.” (Renato)

“Los que se reían los mandaban para afuera o tenían que hablar con otra persona, y a los que no ponían atención la verdad que no ponían atención por su enfermedad no los hacía poner atención (...) entonces uno tiene que entenderlos (...)” (Daniela)

### ***Indispensabilidad del Respeto ante las Opiniones.***

Los pacientes indicaron que la participación dentro de la psicoterapia grupal debe darse con respeto entre los integrantes, sobretodo cuando alguno tenga algo que decir. Los pacientes pudieron decir cosas que no pudieron decir en otro lugar, su decir fue acogido por el dispositivo.

Además, los temas de conversación deben ser tratados con cuidado y reserva, porque se está hablando de temas que involucran cierta intimidad de los pacientes. Indicaron que es necesario prestar atención a lo que se oye de sus iguales.

“Es como un este de apoyarse en el otro, por ejemplo de confiar algo al otro y que el otro lo tome, eh, con seriedad y que no lo difunda, que quede ahí en la psicoterapia de grupo, eso” (Daniela)

“Es una instancia donde todos participan como grupo, individualmente... dando comentarios personales, dando opiniones, respetando a los otros, respetando la opinión de los demás” (Ana)

“(...) saber escuchar, saber opinar y se aprende de los demás compañeros, de las experiencias de ellos, de las cosas malas y buenas de ellos se aprende.” (Luis)

“Es estar en comunicación con todos... es buena... para... contar experiencias, sentimientos, todo eso...” (Valentina)

Esta indispensabilidad de respeto entre los integrantes de la psicoterapia grupal permitió, no sólo que pudieran dar opiniones entre los compañeros, sino que también pudieran debatir profundamente sobre diversos temas de interés.

“(...) lo que más me gustó fue cuando uno tiene que opinar poh, o cuando se arman discusiones, uno opina una cosa y otro otra, entonces eso me gustó, como que me gusta opinar (ríe) no, pero no en mala si, que hayan distintos puntos de opinión.” (Luis)

“Tenía más puntos de vista de otras personas, veían la situación de diferentes formas, había más opiniones” (Ana)

Los pacientes recordaron algunas experiencias personales con relación a su participación dentro de la psicoterapia grupal. Un relato corresponde al hacerse escuchar entre los compañeros, manteniendo las deferencias.

“Súper buena, me enojaba a veces con mis compañeros y los retaba, o no me gustaba lo que decían, pero bien, no tuve problemas con ninguno de mis compañeros, pero siempre yo imponía mis cosas, siempre decía no es que esto no puede ser así, estás equivocado, pero después nos pedíamos disculpas, no tuve ningún problema con ninguno de mis compañeros... yo soy un poco impulsiva” (Belén)

Otra experiencia personal corresponde a la preocupación de un compañero ante otro que no se encontraba bien. Se originó la idea de familiaridad al compartir temas comunes como la aparición de los síntomas de la esquizofrenia, sobretodo aparece la preocupación cuando ya se pensaba que estaban estabilizados.

“(...) estaba preocupado por lo que hablaba él, me asustaba lo que decía... no sé cómo ayudarlo para que esté bien... no tenemos como ayudarlo, está en él no más, está en su mente... ¿cómo ayudarlo si uno le decía que era de su imaginación la voz y él no entendía?” (O.P. 11-06-2007)

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Necesidad de Participación mediante la Opinión e Indispensabilidad del Respeto ante las Opiniones desde los Pacientes.**

*Anteriormente los pacientes indicaron que su participación en las psicoterapias grupales fue difícil al comienzo; sin embargo, reconocieron que fue fundamental el opinar para discutir y profundizar sus temas de relevancia. Dando su opinión los pacientes se responsabilizaron de su lugar en este espacio. La participación implicó respeto entre los integrantes y los temas fueron tratados con cuidado y reserva debido a la intimidad que involucraron. Destacaron a los compañeros que parecían no tener interés e intentaron integrarlos, al igual que lo hizo el psicólogo demandándoles alguna opinión.*

***Identificación entre la Entretención y el Aburrimiento.***

Los pacientes opinaron que la psicoterapia grupal del Hospital Diurno debería ser más entretenida, para poder distraerse, divertirse y recrearse. Ante esta afirmación es necesario no olvidar que la psicoterapia grupal consiste en el diálogo de temas que dicen relación con el diagnóstico de esquizofrenia que cada uno de ellos porta. Entonces, podemos pensar que si se intenta dar cabida a una demanda se hace de gran dificultad empapar este espacio de entretenimiento cuando han de tocarse temas tan delicados.

“Esperaba que fuera entretenida, más entretenida y alegre, porque la encuentro muy apagada, fome... pero igual se intercambian ideas” (Valentina)

“(...) yo esperaba que fuera entretenida no más poh, que fuera un tema de, para, que todos opinaran, que todos participaban y que no fuera aburrido, que fuera entretenido, así para estar más, más enganchado en tema, no sé, porque a veces dan lata algunos temas, entonces no quieren ni hablar eso.” (Luis)

“(...) como que me hubiera gustado que todos participaran, que todos estuvieran contentos, hablando, dando opiniones, pero a veces pasaba eso y eran más entretenidas las terapias.” (Luis)

Cabe suponer entonces que ésta demanda de entretención por parte de los pacientes podría deberse a la evitación de ellos para hablar de temas complejos como su enfermedad. Lo tildaron de aburrido, por no tener ganas de hablar de ello, poniendo en juego la participación.

“No sé... que ahí te conversan, te escuchan, te atienden, que es fome de repente, que de repente es buena” (Carolina)

“A mi no me gusta, lo encuentro fome, fome (...) hace bien la terapia, es que me gusta más cuando dibujan (...) Es que son lentas,

como que hay que puro hablar no más (...) A mi antes me daba vergüenza, ahora igual me da vergüenza, pero igual hablo”

(Carolina)

A pesar de sentir la falta de entretenición y la sensación de aburrimiento en la psicoterapia grupal, se produjo una identificación entre los pacientes donde ellos lograron reconocerse en un otro similar. Lograron sentir que siendo dos compañeros distintos pudieron sentirse como similares bajo ciertas circunstancias, reconociéndose en problemas y contingencias comunes.

“De primera como siempre uno llega indiferente, por el hecho que uno no los conoce y todo, después de hecho empezamos a conversar, a dialogar y al final como teníamos el mismo diagnóstico y todo, como que nos entendimos entre cada uno”

(Ismael)

“Es una manera también, de mostrar también, pero de manera grupal los problemas de los pacientes, y tratar de sacar conclusiones en grupo, y darse cuenta que los problemas son comunes para todos, que todos estamos pasando por lo mismo

(...)” (Renato)

“También fue importante porque uno ve en grupo que a casi todos les pasan las mismas cosas y que buscan casi lo mismo en su futuro y en el presente de cada uno (...)” (Renato)

El diagnóstico se encarga de reunir a los pacientes y situarlos con un algo en común que les permite hacer grupo. Además, acceden a la transferencia en los indeterminados encuentros posibles al interior del hospital y las actividades que se realizan. El reconocerse y diferenciarse con otros permite hacer lazo social.

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Identificación entre la Entretención y el Aburrimiento desde los Pacientes.**

*Los pacientes opinaron que la psicoterapia grupal era aburrida y poco entretenida; es preciso no olvidar que ésta consiste en dialogar temas relacionados con su enfermedad, lo que dificulta el empapar este espacio de entretenimiento cuando han de tocarse temas tan delicados. Cabe suponer entonces, que ésta demanda de entretenimiento podría deberse a querer evitar el hablar de estos temas complejos que los convocan. A pesar de estas sensaciones se produjo una identificación entre los pacientes donde ellos lograron reconocerse en un otro similar, en problemas y contingencias comunes.*

## *Psicoterapia Individual en el Hospital Diurno.*

### *Definición.*

Los pacientes presentaron significados asociados a la idea de la psicoterapia individual relacionados con la cercanía que encontraban en su psicólogo de la psicoterapia, produciéndose una relación estrecha entre ellos.

Indicaron que en este espacio pudieron confiar y relatar a su psicólogo ciertos temas personales de interés, sintiéndose considerados y escuchados al poder llevarlo a cabo a vista de un otro y no delante de todo un grupo.

“Una instancia para trabajar uno con el psicólogo, es más personal” (Ana)

“Más directa, más directa con uno, porque con uno le dan como la oportunidad de uno contar sus cosas y que sea individual, o sea, es como más directo, o sea, toma el problema de raíz (...) Es que igual terapia individual es como que uno puede confiar más, está más en confianza, más en privado, eso” (Ismael)

“Es buena para expresarse, desahogarse... ahm ahm, analizar a la persona (...) Para mi es algo importante... porque está con una persona especial... especialista... y un paciente... que los dos

conversan, se intercambian ideas, pensamientos, todo eso”  
(Valentina)

“Es más personal, uno puede contar cosas más íntimas de uno,  
confiar en la persona que nos está escuchando (...)” (Luis)

“Es una instancia individual donde se expresan todos los, no sé  
como decirlo, los problemas, las situaciones cotidianas de su vida  
(...)” (Renato)

“(...) es que para mí era una instancia donde uno hablaba sus  
problemas no más, el psicólogo (...) lo escuchaba a uno” (Ana)

El psicólogo da importancia al saber de cada sujeto dentro de un espacio que les permite expresarse. El paciente en ésta instancia no se construye en función del grupo y sus opiniones, sino que es un trabajo personal que les permite auto-construirse, complementando la instancia grupal que permite co-construcción.

También, los pacientes refirieron que los psicólogos no sólo los escucharon sino que también les dieron su parecer sobre los temas que ellos requerían revisar de manera personal, en un espacio más íntimo. En estas intervenciones se produjeron bajadas de angustias considerables para los pacientes y se les facilitó orientación. Fue un lugar que les permitió a los pacientes sostenerse de alguna manera.

“(...) no sé que nos pueda ayudar en algo, darnos consejos, no sé, eso.” (Luis)

“(...) cómo sobrellevar estos problemas, es una instancia para, para mostrarnos a otra, al terapeuta y que éste diga de qué manera sobrellevarlo y más (...)” (Renato)

“Ayuda a que uno no vea las cosas tan negras, o sea que uno no se enrolle tanto por cosas que pasan (...) Es una instancia donde psicólogo o psicóloga le ayudan a trabajar individualmente (...) Dan pautas de comportamiento o cuando uno no puede resolver sus problemas dan sugerencias (...) Una instancia para trabajar uno con el psicólogo, es más personal” (Ana)

Además, el psicólogo indicó a los pacientes ciertas concepciones de su enfermedad para que estuvieran mayormente preparados y prevenidos ante cualquier situación conflictiva que podría presentarse.

“(...) un poco también mostrarle al paciente de qué se trata la enfermedad y también de que manera sobrellevarla (...)” (Renato)

### ***Dificultad Inicial.***

Los pacientes indicaron que la estrecha relación de confianza que se originó con los psicólogos, no fue así desde el principio. Al inicio este espacio les causó cierta dificultad y timidez, sin embargo, esta se superó con el paso del tiempo.

“Era una bonita relación, eh al principio me, como que me costaba hablar y después me fui soltando, fue, fui sacando varias cosas en conclusión de la enfermedad” (Renato)

“En las individuales, eh, como que, eh, no sé uno trataba como de esconder porque como que me daba vergüenza, pero la psicóloga sabía, entonces uno como que después ya lo decía porque ella ya lo había entendido.”(Daniela)

“(…) en cambio ahora yo quise venir, no mi mamá me llevó, entonces fui sincera (...) me ayudó, porque fui yo, no le estaba mintiendo a los psicólogos, porque al final me estaba mintiendo yo misma” (Belén)

**Resumen: Psicoterapia Individual: Definición y Dificultad Inicial  
desde los Pacientes.**

*Los pacientes indicaron que la psicoterapia individual era un lugar de cercanía e intimidad entre cada paciente y su psicólogo; aunque inicialmente presentaron dificultad y timidez para hablar y sincerarse. Con el paso del tiempo se produjo una relación estrecha entre ellos, pudiendo confiar y relatar a su psicólogo ciertos temas de interés para ellos, como la enfermedad. Se sintieron considerados, escuchados y tenidos en cuenta al poder llevarlo a cabo en intimidad a vista de otro que lo orientó y no delante de todo un grupo. En estas intervenciones se produjeron bajas de angustias considerables en los pacientes.*

***Experiencias Significativas.***

A continuación cabe mencionar algunas experiencias que los pacientes destacan como relevantes dentro de sus psicoterapias individuales. Primero, una experiencia que dice relación con las orientaciones que indicaron los psicólogos dentro de las psicoterapias individuales.

“Los consejos que me dan poh, opiniones sobre lo que tenía que hacer, eran como consejos, yo a veces les encontraba razón y otras veces no, pero no decía las cosas que no me gustaban que el psicólogo me decía, no las demostraba, sino que decía ya” (Luis)

Segundo, se recordó una experiencia que dice relación con el auto-conocimiento y el desarrollo personal de los pacientes.

“Sí, porque me ayudaban a, también a ver las cosas que hacía mal poh, o sea que hacía yo mal, que me decían que yo pensaba mucho en los demás, que, que no tenía que hacer las cosas por los demás, por lo que me decían, entonces yo me daba, como que lo hacen reflexionar de uno, la autoestima también, aunque me hacían reflexión, pero yo soy medio duro entonces también, yo me llevo por mis ideas entonces difícil que me hagan cambiar.” (Luis)

Tercero, rememoraron una experiencia que dice relación con la noción de construcción de futuro de los pacientes, revelando que este es un camino complejo que requiere de un tiempo prolongado como parte de la rehabilitación que el lugar implica.

“Me ayudó también a ver a mis miedos sobre la vida, sobre mis estudios, y un poco como sobrepasarlos, también fue una ayuda, es que se habla de tantas cosas en la psicoterapia, (...) como que te pone los pies en la tierra (...) también me ayudó en mis miedos y temores que uno tiene para el futuro, si fue una de las cosas más importantes en el diurno” (Renato)

Cuarto, los pacientes mencionaron experiencias relacionadas con valoraciones positivas. En ellas se destaca el que éste espacio permite abarcar temas personales desde lo más profundo que se permita. Estas experiencias dan cuenta de significados asociados a desarrollo personal y auto-conocimiento, lo cual se mezcla en el lento andar con la edificación de proyectos personales de los pacientes.

“Súper buena, sobre todo la psicóloga (...) me ayudó harto a salir adelante, me resolvió mis problemas, confié en ella, me relajé, lloré, llegué más, me apoyó, me escuchó” (Belén)

“Me decían que yo pensaba mucho en los demás, que, que no tenía que hacer las cosas por los demás (...) como que lo hacen reflexionar de uno, la autoestima también, aunque me hacían reflexión, pero yo soy medio duro entonces también, yo me llevo por mis ideas entonces difícil que me hagan cambiar” (Luis)

“La autoestima, quedamos en que yo tenía un bicho que me decía, todos las cosas me decía que yo las hacía mal, siempre me quedé con eso del bichito que me decía eso no, está mal, no hagai esto, ya te mandaste un condoro y eso, y tenían razón poh, al final era yo mismo que hacía eso poh, encontraba todo malo, y los otros fueron de, o sea fueron la mayoría de eso, de la autoestima, o sea de la familia también” (Luis)

“Me acuerdo que dibujó un cerebro el psicólogo que era como un cristal entonces me dijo que ese cristal se había roto entonces que todas las terapias que siguen a continuación es para que ese cristal se vuelva a armar” (Renato)

“Cuando esa vez que mandaron a llamar a mi hermana y a mi mamá (...) Es que a mi hermana (ríe) le dijeron que no me exigiera y que comiera si yo no la iba a ver” (Belén)

Sumándose a estas experiencias que nos indicaron valoraciones positivas asociadas a la idea de las psicoterapias individuales es que mencionaron su agrado y preferencia por tener psicoterapias individuales dentro del Hospital Diurno.

Son dos momentos distintos dentro del tratamiento, quizás para algunos pacientes sea más provechoso que para otros. Quizás la dificultad está en que implica asumir una posición frente a la propia experiencia frente a un testigo de lo hablado.

“Mi me gusta individual la psicoterapia, porque... uno está concentrada en lo que dice, porque grupal uno se distrae, la persona.”(Valentina)

“La individual me gustaba más porque me podía expresar más, decir las cosas que sentía, lo que me estaba pasando” (Belén)

“(...) es como privilegiado la terapia individual, porque creo que es más avance (...)” (Ismael)

Por último, los pacientes refirieron reflexiones y sugerencias en relación al tiempo de las psicoterapias individuales, plantearon que deberían ser de mayor duración y más seguidas. Es de importancia que sea considerado, ya que anteriormente se habló de lo fundamental de este espacio para los pacientes que obtuvieron el beneficio.

“(...) las psicoterapias individuales, no sé qué esperaba, no sé, que me ayudaran más, no sé, pero yo digo que no pueden hacernos cambiar de un día para otro, o que fueran más largas, no sé, más seguido.” (Luis)

Parece que nos encontramos con un vacío en los protocolos de atención porque no consideran las demandas de los usuarios o ¿son los usuarios los que no se logran ajustar a los protocolos?

**Resumen: Psicoterapia Individual: Experiencias Significativas  
desde los Pacientes.**

*Los pacientes destacaron algunas experiencias relevantes dentro de su psicoterapia individual, entre ellas: el agrado y preferencia en las psicoterapias individuales; el agrado por las indicaciones realizadas por sus psicólogos; la valoración positiva del trabajo que implicó el auto-conocimiento, el desarrollo personal y la construcción de futuro, abarcando temas personales desde lo más profundo que se permitió.*

Para una comprensión integrada de las configuraciones discursivas de los pacientes podemos revisar el siguiente diagrama:

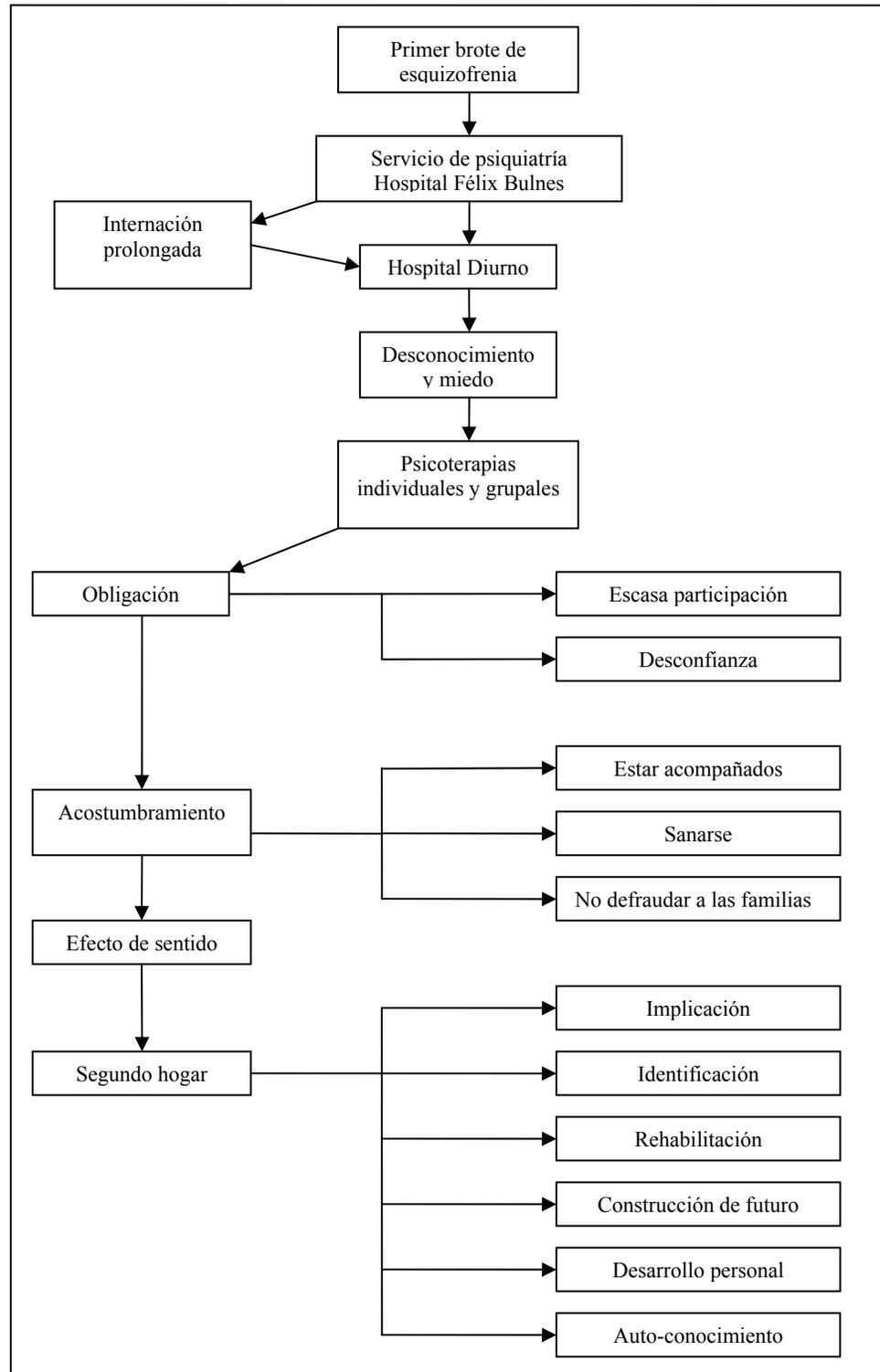


Fig. 5: Diagrama resumen desde los pacientes.

## ***4.2.- Segunda Parte:***

### ***Configuraciones de los Psicólogos del Hospital Diurno.***

Dentro de las entrevistas y la observación participante realizadas a los psicólogos se obtuvo diversa y valiosa información. A continuación sus líneas discursivas, nos permitirán contar con un conjunto de opiniones que darán cuenta de las perspectivas que presentan con relación a diferentes temas relacionados con la descripción de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno para los psicólogos del Hospital Diurno. Sin embargo, la información se presenta de manera ordenada y estructurada de acuerdo a los temas que se fueron presentando según los testimonios.

### ***Hospital Diurno desde los Psicólogos.***

#### ***Definición.***

Los profesionales psicólogos presentaron significados asociados al Hospital Diurno relacionados con la idea de un espacio. Este fue distinto de otros lugares, y como tales otros lugares tuvo la posibilidad de ser ocupado, en este caso se utilizó para darle significado a la existencia de los pacientes.

“(…) invitamos a pensar que hay un otro espacio que podría tener alguna gracia también para vivir” (Psicólogo A)

El Hospital Diurno sería un espacio donde los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, tuvieron una posibilidad, principalmente de poder trabajar en ellos y sus temas.

“[Hospital Diurno es] posibilidad.” (Psicólogo C)

“[Hospital Diurno es] eh... trabajo” (Psicólogo B)

Los pacientes en el Hospital Diurno interaccionaron en un espacio que actuó como un lugar más pequeño de la realidad social. Pero sin la necesidad de verse obligados a estar internados con cama, sino que permitiendo a los pacientes pasar de una parte a otra, utilizando esto como un espacio de tránsito.

Así, el Hospital Diurno se encargó de trabajar lo contingente presente en cada paciente confiriendo dignidad a los usuarios y a lo que los rodeaba.

“Un lugar, eso primero que nada, (...) un lugar que es diferenciado de otros lugares, por lo tanto que, tiene un recorte del resto de la realidad y que está cargado (...) que está investido (...) que está ligado” (Psicólogo A)

“Tiene esta característica de un pasaje, un pasaje casa a algún lugar, cualquiera, o sea, cualquier tratamiento ambulatorio tiene esa característica que hay un pasaje, o sea un ir y venir desde un, de su casa a algún lugar, y claro, el diurno forma parte de eso digamos, de un ir y venir cotidianamente” (Psicólogo A)

Si bien los psicólogos pertenecientes al Hospital Diurno indicaron que este espacio era un lugar de tránsito para los pacientes, también agregaron que ésta idea era compleja de comprender para los usuarios. Las razones de ello se debían a que los pacientes volvían día a día a su casa y eso les hacía suponer a los pacientes que no estaban hospitalizados sino que sólo iban a un lugar a ocupar el tiempo.

“Como que este lugar intermedio no es fácil de entender, yo creo que es bien complicado para ellos [los pacientes] entender que como que están hospitalizados, pero están en la casa” (Psicólogo B)

No sólo fue compleja de comprender para los usuarios, también fue compleja de transmitir para los psicólogos.

“La idea de hospitalización ambulatoria en si misma es difícil de transmitir (...)” (Psicólogo B)

Podemos pensar que lo difícil de transmitir se halló en el estar pensando en un lugar de tránsito cuando lo que demandan los pacientes es un lugar de contención que les permita sentirse seguros. La idea de una casa y una familia que tienen los pacientes en relación al hospital los hace perpetuarse allí más que transitar.

**Resumen: Hospital Diurno: Definición desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos indicaron que el HD era un lugar de trabajo para los pacientes. Allí interaccionaron en un espacio que actuó como un recorte de la realidad social. Se trabajó lo contingente presente en cada paciente, confiriendo dignidad a los usuarios y a lo que los rodeó, sin la necesidad de verse obligados a estar internados en cama, sino que permitiéndoles utilizar esto como un espacio de tránsito donde se pudo trabajar para llegar a otro lugar. A pesar de esto, los psicólogos indicaron que la idea de lo ambulatorio fue difícil de comprender para los pacientes, y también difícil de transmitir.*

***Hospitalización: Parcial versus Completa:***

Ante lo ambulatorio los psicólogos tuvieron una sensación de cierta responsabilidad que se descontroló. Esta sensación se debió a que en las hospitalizaciones completas el equipo tratante poseyó mayor control sobre los pacientes al tenerlos internados y vigilados constantemente. En cambio, en las hospitalizaciones parciales los pacientes regresaron a sus casas diariamente y se vieron enfrentados a distintos estímulos que la sociedad les mostró en la cotidiana

circulación por ella. Es en este circular por la ciudad que emergió lo contingente propio de la vida cotidiana en los pacientes. Sin embargo, por parte de los psicólogos pareció haber algo de angustia ante éstas variables que no se podrían controlar a lo largo del tratamiento.

“(…) tiene algo de difícil porque tú tienes mucha responsabilidad y a la vez no tienes las herramientas para agarrar esa responsabilidad, o sea, en el quinto piso, tú, estas ahí, y no se va para la casa, entonces ahí está, están los remedios, y te meten los remedios, o sea no (…)” (Psicólogo B)

Los psicólogos destacaron positivamente y como trascendental el que el Hospital Diurno fuese un lugar ambulatorio, porque permitió que los pacientes asistieran diariamente teniendo la posibilidad de pernoctar en sus hogares. Para volver diariamente al hospital los pacientes debieron relacionarse socialmente en el mundo, enfrentarse a la gente, a los medios de transportes, etc. Versus, internaciones hospitalarias completas con cierto régimen establecido que involucraron reclusión.

“Creo que técnicamente, eh, es de mucho mayor beneficio de aquello que no es ambulatorio y que significa que es cerrado y que es con largas hospitalizaciones en atención cerrada” (Psicólogo A)

“Creo que tan importante el que hayan espacios como este”  
(Psicólogo A)

Igualmente, los psicólogos destacaron positivamente el que el sistema hospitalario ambulatorio del Hospital Diurno entregara continuidad al tratamiento médico. La mayoría de los pacientes han asistido al Hospital Diurno a continuación de una hospitalización completa en el HFB, por lo tanto el tratamiento se extendió sin una interrupción brusca.

“La continuidad desde el estar hospitalizado, en cuanto todo lo que es psiquiátrico y farmacológico por un lado, y a la vigilancia entre comillas continua, pasar de estar 24 horas con una enfermera encima, con un paramédico a estar sin ninguna supervisión”  
(Psicólogo C)

**Resumen: Hospitalización: Parcial versus Completa  
desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos indicaron que el engranaje entre la hospitalización parcial y la hospitalización completa consistió en darle continuidad al tratamiento médico a continuación de una hospitalización completa a través de una hospitalización parcial. Indicaron que en las hospitalizaciones completas el equipo tratante poseyó mayor control sobre los pacientes al tenerlos internados y vigilados constantemente bajo un régimen establecido, en cambio en las hospitalizaciones parciales los pacientes pernoctaron en sus hogares, lo que involucró que se relacionaran socialmente en el mundo, viéndose enfrentados a distintos estímulos de la ciudad.*

## *Pacientes AUGE en el Hospital Diurno.*

### *Diferencia en el Primer Brote.*

Los psicólogos indicaron que correspondería encontrar alguna diferencia entre los pacientes que contaron con garantías AUGE y los que no. Esto se debe a que existieron ciertos requerimientos para poder considerar a un paciente como AUGE, principalmente se destacó el que la persona haya manifestado su primer brote a contar de la fecha en que comenzaron a funcionar las garantías AUGE para la esquizofrenia. De acuerdo con los requisitos para que a un paciente se le considerara AUGE y los beneficios que implicó el pertenecer a ello se deberían presentar algunas características esperables en los pacientes según raciocinio clínico. Entre éstas se espera que cuenten con menos cronificación y deterioro de su enfermedad.

“Debería haber una diferencia porque los auge son primer episodio, por lo tanto más jóvenes, ehm, con menos deterioro, con tratamiento a tiempo, ehm me imagino que sí debería haber, debería ser más fácil pensar con ellos por un lado, por otro lado, ehm, debe ser más difícil el tema de la conciencia de enfermedad, con ellos y con las familias” (Psicólogo C)

“En algunos casos hay como si, hay como, algo menos pesado [en pacientes AUGE] (...) algo menos difícil (...) para poder establecer algún contacto, alguna esperanza, un diálogo, (...) menos

cronificados, más abiertos, a tener la esperanza diría yo de que algo puede elaborarse (...) yo creo que la historia con la que vienen muchos de los AUGES esta más, menos dura, sí, como para pensar en trabajar” (Psicólogo A)

“Hay una total diferencia... diferencia en como se viven ellos lo que les está pasando (...)” (Psicólogo B)

En estricto rigor, el que los pacientes contaran con garantías AUGE no implicó que estos no contaran con una historia clínica de cronicidad. Generalmente los pacientes que ingresaron al AUGE consultaron por sus síntomas luego del 1 de Julio de 2005, aunque el episodio crítico que motivó a consultar haya pasado hace más tiempo y debido a diferentes circunstancias sólo se consultó hasta ahora.

“En rigor no es tan así si son AUGE o no, porque hay crónicos que los ponen como AUGE, porque es primera vez que los ven ahí, digamos, pero tienen veinticinco años de...” (Psicólogo B)

Los protocolos AUGE parecen funcionar para acceder y garantizar tratamiento, sin embargo dificultan la verdadera comprensión del tipo de pacientes con los que se trabajará. Por lo tanto, para la clínica la importancia no radicó en la fecha en que fue ejecutado el diagnóstico o evaluada la persona por primera vez, sino que en la historia personal que no se observó dentro de la clasificación AUGE o no AUGE. La importancia radicó en la historia de la persona antes de padecer la

declaración de la enfermedad, ya que mientras más vida sin padecimiento hayan tenido, existían mejores posibilidades de trabajo con los pacientes.

“Entre más vida pre-mórbida tenga, más historia asentada tenga, mejor, (...) en los pacientes que son primer brote, y se diagnostica y se empieza a tratar es mucho más eh... probable que tengan mejor vida que los que pasaron quince años sin diagnóstico y empiezan su tratamiento” (Psicólogo B)

Si bien la historia del paciente es importante y fundamental para el trabajo clínico, no debería serlo para esperar encontrar mejores o peores posibilidades de trabajo con los pacientes, porque cada paciente puede realizar un trabajo dentro de sus posibilidades. Este modo de comprender el trabajo con los pacientes, hace pensar que se pretende trabajar a partir de lo menos loco que tenga, es decir, a partir de las características más parecidas a la neurosis que presenten. No olvidemos que estamos hablando de estructuras, por lo tanto, el que hasta antes del momento de la crisis los pacientes se hayan sostenido, no significó que no fueran psicóticos. Entonces ¿cómo buscar los aspectos más sanos de los pacientes para trabajar si la estructura es la misma?. Los pacientes seguirán sin lograr significar lo no significable para ellos, es cuestión de estructuras.

Los psicólogos consideraron que el trabajo con los pacientes AUGE poseyó dificultades debido a la poca claridad que el concepto refirió en cuanto historia clínica y posibilidades reales de trabajo. Sin embargo, entre los pacientes que correspondieron a este grupo se resaltaron algunas características en común,

pudiéndose hablar de una generalidad o un esperado. Esto creó ciertas expectativas en el trabajo de los psicólogos con sus pacientes respecto del tratamiento.

“(…) por supuesto diferencias en las expectativas que uno tiene de tratamiento, diferencias en el deterioro, diferencias de que son de otra generación también” (Psicólogo B)

“(…) aquí hay puestas muchas expectativas” (Psicólogo B)

**Resumen: Pacientes Auge: Diferencia en el Primer Brote  
desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos manifestaron que aunque debió existir diferencia entre los pacientes AUGE y los que no, en estricto rigor no existió, más bien la diferencia estuvo entre los pacientes de primer brote que consultaron rápidamente y los que no. Los pacientes de primer brote eran más jóvenes, con menos deterioro y más vida premórbida, y aunque muchas de estas características correspondieron a los pacientes AUGE, no los privaron de historias de cronicidad y deterioro debido al tiempo de espera antes de consultar; sin embargo, se relacionaron varias características pudiéndose hablar de una generalidad entre ellos. Esto creó ciertas expectativas y dificultades en el trabajo de los psicólogos.*

## ***Causas de la Permanencia de los Pacientes en el Hospital Diurno.***

### ***Pasar a un Estado Mejor: Solución Mágica.***

Los psicólogos señalaron que los pacientes permanecieron en el hospital por las esperanzas de sanarse. Creyeron que lo conseguirían cumpliendo y manteniendo la continuidad de un tratamiento a través de la asistencia y la participación en las terapias del hospital, junto con asumir la responsabilidad en la toma de los medicamentos.

“El estar mejor, el participar de las terapias y el cuidarse, que también hay pacientes que están conectados con eso, eh, tomar los remedios, poder dormir, poder trabajar.” (Psicólogo B)

“Este discurso de que quiero estar mejor, quiero estar sano, es un discurso que escuchan y repiten (...)” (Psicólogo B)

La esperanza de los pacientes de lograr un estado mejor en su salud mental, también se asoció con la idea de que por acto de magia en este lugar algo podría sanarlos. Sólo por el hecho de asistir al hospital, algo lograría en los pacientes la rehabilitación completa, pudiendo hacer todas las actividades que ellos deseen una vez otorgada el alta. Este pensamiento de los pacientes develaría algunas dificultades con la idea de conciencia de enfermedad.

“Terminar el tratamiento muchos pacientes, desde su interpretación, así como bien concreta, piensan que con salir de aquí se les va a solucionar todo, digamos, entonces van a salir a estudiar, van a trabajar, entonces eh... yo creo que por ahí va una motivación, como una cosa imaginaria como que de aquí se les solucionó, recuperaron todo, que tiene que ver con la dificultad de conciencia de enfermedad, que eso es un concepto muy difícil de ver,” (Psicólogo B)

Este momento coincide con el momento en que los pacientes no lograron posicionarse dentro de su sanación y delegaron ésta responsabilidad en los profesionales. Sería el Otro hospitalario el que los sanaría de algo que no sabían qué era. En este momento la enfermedad era un concepto abstracto y ajeno, relacionado con la invalidación social.

### ***Retomar Proyectos.***

La esperanza mencionada también se relacionó con que los pacientes generalmente provenían de haber estado hospitalizados en el servicio de psiquiatría del HFB, por lo tanto son pacientes que han tenido una fisura en sus vidas marcada por una crisis que los llevó a estar donde están actualmente. Los pacientes ingresaron al Hospital Diurno desorientados por tales circunstancias, por lo tanto, este lugar que posee una estructura puente vino a ser un lugar de descanso en el cual los pacientes pudieron emprender nuevamente proyectos vitales.

“Yo creo que los motiva a terminar el poder continuar, generalmente cuando ingresan acá es porque vienen de una hospitalización y hay como un corte en la vida y este es como el espacio intermedio de retomar y empezar otras cosas, es como eso.” (Psicólogo C)

### ***Salir del Aislamiento.***

Como tercera causa de permanencia para los pacientes en el Hospital Diurno, los psicólogos dijeron que existió la posibilidad de salir del aislamiento y soledad que les produjo la esquizofrenia. El Hospital Diurno facilitó instancias terapéuticas que implicaron socializar. Así se intentó responder ante los síntomas presentes en las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

“(…) hay muchos que vienen para acá para no estar absoluta y totalmente botados (…)” (Psicólogo B)

“Yo creo que lo que más se puede como hablar es de, de, es de esa situación de aislamiento en la que están, y que sí les hace sentido venir a un lugar donde se pueda estar con otros aunque esa situación les provoque mucho temor” (Psicólogo A)

“Lo que más los motiva, por lo menos a los de acá, es como el salir del aislamiento y de la fase como autista en la que están a veces a pesar de que, de que no los moleste entre comillas” (Psicólogo C)

A pesar de que los psicólogos detectaron ciertos motivos de los pacientes para permanecer en el hospital, también indicaron que estos no ocurrían para todos por igual debido a los diferentes niveles de cronicidad presentes en cada paciente. Los psicólogos hicieron referencia a la capacidad que se presentó en algunos pacientes para poder pensar en los beneficios que puede entregar este lugar para cada uno.

“Yo no me atrevería a hablar así como que todos tienen una motivación, pero los que logran pensar un poquito más pueden ver los beneficios” (Psicólogo C)

Indicando que para algunos pacientes este espacio fue de utilidad por lo que lo aprovecharían mayormente en pro de requerimientos personales. En cambio, para otros no fue de utilidad este espacio en ningún momento del tratamiento por lo que lo abandonaron.

“Y los que se van antes creo que es porque sienten que esto no les ayuda o no es necesario para ellos, así como hay otros que se quedan y se quedan porque necesitan o creen que necesitan más del espacio.” (Psicólogo C)

Según los psicólogos la permanencia de los pacientes en el hospital implicaría un ejercicio intelectual, situando la psicosis en la imposibilidad de reflexionar y reduciendo lo complejo de la esquizofrenia. Consideramos que el lugar es beneficioso

para todos los pacientes, lo importante es saber de qué manera puede ser beneficioso para cada paciente, no está en juego la toma de conciencia de la enfermedad ni el convencerse de lo bueno que es el tratamiento.

***Desvanecimiento de las Causas de la Permanencia.***

En algún momento las ganas de los pacientes de permanecer en el hospital se desvanecieron. Se agregó una idea que justificaría lo anterior indicando que se debería a una propiedad de la psicosis, donde a pesar de la incitación que realicen los profesionales esto ocurriría. Pareció surgir en esta opinión cierta sensación de frustración ante el trabajo posible con la psicosis.

“La invitación aquí a pensar o a lo que nosotros hagamos esta invitación, pierde significado y se neutraliza, se destruye, (...) y por lo tanto se instala el aburrimiento como una condición quizás la más aliviadora de la, de la, condición psicótica (...) yo creo que básicamente esto pierde sentido para todos, o sea, yo creo que es una condición de la psicosis digamos, de esto que es múltiples estímulos que uno los invita a pensar” (Psicólogo A)

Podemos pensar que el trabajo clínico de la psicosis tiene relación con propiciar una posibilidad de encuentro, no es asunto de la entrega de estímulos. Lo importante no es el efecto que pueda producir la invitación de un profesional a participar en las actividades del hospital, sino que lo es la libertad de circulación que

posibilita un encuentro, permitiendo que el psicótico pueda apropiarse de su espacio y abrazar la cotidianeidad.

Además, los psicólogos refirieron una supuesta esperanza en los pacientes, porque más bien la esperanza radicó en los otros más que en los pacientes. Las familias o cercanos, sumados al equipo de profesionales del Hospital Diurno ayudaron a confeccionárselas lentamente.

“No hay motivación al comienzo, la motivación está en otros, no en ellos, eh, yo creo que se van haciéndose, si es que se hace, progresivamente y con el tiempo” (Psicólogo A)

Si al inicio no hubo motivación en los pacientes nos parece comprensible de acuerdo con los desconocimientos con relación a su enfermedad y al hospital con los cuales ingresaron. Sin embargo, el hospital pareciera considerar el desconcierto de los pacientes como desmotivación, excluyéndolos y poniendo la esperanza del tratamiento en las familias. Entonces nos preguntamos ¿por qué no intentar involucrar a los pacientes en este ingreso, permitiendo que algo desde ellos permita la adherencia o la ligazón a este lugar?, porque si no se le mantiene en la posición de objeto que le ha dado la psiquiatría. El intentar involucrarlos no implica no respetar sus tiempos, sino todo lo contrario, es darles un lugar y un tiempo para ser respetados, no dejándolo de lado cuando es de ellos que se está hablando y tomando decisiones.

**Resumen: Solución Mágica y Retomar Proyectos: Permanencia de Pacientes en HD desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos refirieron supuestas causas de los pacientes para permanecer en el HD, porque más bien eran de otros (familias o cercanos) las causas más que de los pacientes, ellos las escuchaban y repetían; así en algún momento parecieron desvanecerse las causas a pesar de la estimulación que realizaron los profesionales. Dentro de las supuestas causas los psicólogos indicaron que aquí encontraron una sanación mágica a su enfermedad pudiendo estar mejor por medio de la asistencia a este lugar, también el sentir este lugar como un lugar de descanso en el cual pudieron emprender nuevamente proyectos vitales y la posibilidad de salir del aislamiento y soledad que produjo la esquizofrenia.*

***Dificultades de los Pacientes.***

Los psicólogos que pertenecen al Hospital Diurno revelaron algunas dificultades que ellos hallaron a diario en los pacientes. Éstas se relacionaron con aquellas cualidades que impidieron que el tratamiento se siguiera convenientemente y en corto tiempo como indican los reglamentos de funcionamiento de los hospitales diurnos.

Nos parece complicado trabajar en función del tiempo determinado por los protocolos AUGÉ y no en función de los tiempos de los pacientes. Esto hace perder la orientación del tratamiento, entonces, ¿quién es el sujeto/objeto de este tratamiento, lo es el fenómeno político de la rehabilitación o el paciente en su complejidad?, ¿es la cualidad del tratamiento lo que prima o es la cantidad de pacientes atendidos lo que indica la calidad del tratamiento?.

### ***Cronicidad.***

Entre las dificultades de los pacientes los psicólogos mencionaron la cronicidad que los pacientes presentaron. Ésta se midió de acuerdo a una escala llamada PANSS que evalúa los síntomas positivos y negativos que corresponden a la esquizofrenia, esta medición se realizó una vez que los pacientes ingresaron al Hospital Diurno por primera vez y una vez que fueron dados de alta. Estas pautas y las mismas sesiones con los pacientes dieron referencias para tener claro qué esperar de cada paciente en el trabajo grupal o individual con ellos. La desesperanza aparece al ver la gravedad de los pacientes.

“La gravedad de los pacientes, que tan agudos están, esa también es una dificultad muy importante” (Psicólogo B)

Como dificultad también se vio influida la capacidad de reflexión de los pacientes, teniendo que estar siendo incitados constantemente por el equipo del Hospital Diurno para que ellos por lo menos lo intentaran.

“Desde ellos la dificultad de pensar” (Psicólogo C)

“El pensar, sí, no sé, el tomar conciencia de algunas cosas (...)”

(Psicólogo C)

Se agregó a las ideas anteriores otra dificultad que tuvo relación con la desconexión y deformación de la realidad que ocurre en esta enfermedad.

“También el tema de la realidad, si estos pacientes tienen... ese es el tema, la realidad distorsionada, eso (...)” (Psicólogo C)

La deformación de la realidad en los pacientes generaría dificultades en las expectativas de ellos en cuanto a la posibilidad de vida, de trabajo, de estudios, etc, cuando se está trabajando en el proceso de alta con los pacientes.

“(...) yo creo que serían varios problemas, las expectativas reales (...) La estereotipa frente a las expectativas también (...) va muy ligado con la conciencia de enfermedad, que a veces falta”

(Psicólogo C)

“(...) los retrocesos en los tratamientos también” (Psicólogo C)

Las ideas que los psicólogos mencionaron sobre las dificultades de los pacientes tuvieron relación con características existentes dentro de los síntomas de la

esquizofrenia. Por lo tanto, podemos pensar que son complicaciones esperables dentro de un tratamiento para personas con esquizofrenia. Entonces, por qué sorprenderse de esto, ¿por qué éstas características son consideradas dificultades en tanto déficit, si son fenómenos propios de la esquizofrenia?, ¿no será que se busca que los pacientes reconozcan lo que los manuales dicen de ellos y no lo que ellos saben de sí mismo?, ¿es la esquizofrenia fundamentalmente acaso una incapacidad de pensar o una incapacidad de establecer una relación con otro?, ¿será acaso que lo que se espera es realizar, en la medida de lo posible, un tratamiento más ajustado a las condiciones de la clínica de la neurosis?.

**Resumen: Cronicidad: Dificultad de los Pacientes desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos asociaron sus dificultades con los pacientes con aquello que impidió que el tratamiento se siguiera convenientemente y en corto tiempo. Entre ellas mencionaron la cronicidad de los pacientes, lo cual incidió en la capacidad de reflexionar y en la desconexión y deformación de la realidad. Las dificultades mencionadas tuvieron relación con los síntomas de la esquizofrenia, por lo que podemos pensar que son esperables para un tratamiento para personas con esquizofrenia.*

## ***Dificultades de los Psicólogos.***

De igual manera que los psicólogos manifestaron algunas dificultades en los pacientes las manifestaron con relación a ellos mismos. Estas dificultades se relacionaron con aquellas condiciones de los psicólogos que les imposibilitaron realizar su trabajo de manera más resuelta con los pacientes.

### ***Tolerancia.***

Los psicólogos se refirieron a la dificultad que implicaría la psicosis en sí misma como un ente. Entonces, la dificultad estaría en poder tener paciencia ante la naturaleza de la psicosis, permitirle sin aprobarla, en definitiva soportarla.

“Dificultades y complicaciones de la psicoterapia... la tolerancia, creo que tiene una, hay que, yo creo que una dificultad que puede ser para nosotros (...) Aceptar esta condición, tolerar esta condición tan difícil de la psicosis, eh, tiene que ver con las palabras esas de aceptar y tolerar” (Psicólogo A)

Dentro de esta dificultad que aludieron los psicólogos no nos quedó claro qué significó para ellos “tolerar esta condición”. Podríamos pensar que tolerar ésta diferencia implicó aceptar al esquizofrénico en su falla, en su condición de anormal deficitario.

Otra dificultad de los psicólogos radicó en lo escindido que pudieron llegar a ser los pacientes en su manera de vincularse, siendo los psicólogos un día todo lo bueno y al otro todo lo malo. Esta dificultad también se relacionó con características propias de la esquizofrenia, porque esta patología utiliza la escisión.

“Lo total que es su manera de relacionarse, o sea, en algún minuto puedes ser el villano más villano que existe y en otro puedes ser dios, que un día se sintió mejor por tu terapia, entonces tú eres el mejor psicólogo que existe y en otro día se sintió mal entonces tú le hiciste algo mal que le hace pésimo recordar” (Psicólogo B)

La manera escindida y absorbente de relacionarse de los pacientes, también pudo verse reflejada en las experiencias que se vivieron dentro del Hospital Diurno, quizás asemejándose a lo anterior. En este lugar parecieron vivirse experiencias extremas y potentes que implicaron experiencias de vida y de muerte.

“(…) ligado a muchas experiencias muy fuertes, duras, eh, hermosas, emocionantes, emotivas, eh, o sea, está ligado a afectos de más que una importancia, de angustia pero, también de lo bonito, cuando pasan cosas bonitas si pasan hartas, eh, está ligado a esto, si, no sé, hay muchas situaciones muy bonitas, eh, eso, creo, como de emocionar y en ambos sentidos, digo en ambos sentidos como de lo duro de todos los que estamos aquí.” (Psicólogo A)

Generalmente este tipo de relación absorbente originó cierta pegajosidad entre los pacientes y los psicólogos, provocando un monto de aflicción y ansiedad. Debido a esto los psicólogos indicaron que sintieron la necesidad de disuadir a los pacientes de esa situación tóxica ante la cual se sintieron arrastrados.

“Hay sesiones en que uno siente que te vas a ir en la angustia con ellos, (...) como que de repente está instalada la cosa mortífera muy viscosa, y no puedes salir de ahí, (...) entonces sentís la responsabilidad de que hay que sacar esa cuestión, es muy potente, entonces... claro, porque eso no me ha pasado en individual.”

(Psicólogo B)

Las relaciones simbióticas y escindidas que establecieron los pacientes tuvieron relación con el modo en que se relacionan estructuralmente los pacientes dentro de la psicosis. El psicótico se entrega al goce materno de modo similar al que establece la relación con el terapeuta, es un pegoteo que no puede evitar. El trabajo del psicólogo esta en mantener la distancia sin entrar en la simbiosis del paciente.

### ***Frustración.***

Las dificultades anteriormente mencionadas por los psicólogos se resumen con la idea de la tolerancia ante mecanismos propios de la esquizofrenia: escisión y viscosidad. Sumándose a esto, indicaron sentirse frustrados ante algunas circunstancias que se vivieron en el Hospital Diurno, principalmente porque no

ocurría lo que ellos esperaban, en relación con los pacientes. Al parecer, haciendo hincapié en sus expectativas más que en las de los pacientes.

“La frustración, que muchas veces uno siente que va bien, que ha habido avances importantes y de una semana a otra eso no está, y es como partir de cero (...)” (Psicólogo C)

El no cumplir con las expectativas de los psicólogos trajo la incertidumbre de si éstas no se cumplían porque ellos estaban fallando o bien porque los pacientes lo estaban haciendo. Obviamente esta situación implicó que los psicólogos tuvieran la tendencia a perder el sentido de su labor y una falta de ánimo.

“La frustración es alta en esto, con estos pacientes, es súper alta, a mi me ha costado encontrar el sentido del trabajo mío y eso es desmotivante para uno también, y siento que a veces es difícil evaluar si la dificultad está en uno, como profesional, o en los tipos de pacientes” (Psicólogo C)

Si la esquizofrenia es entendida en términos de deficiencia, es posible pensar que se tiene la capacidad para corregir aquellas falencias, sin embargo la experiencia del paciente está más relacionada con las posibilidades de encuentro de algo que lo ligue al lazo social, que con los efectos que pueden ser propuestos por los psicólogos.

Los psicólogos agregaron que debieron examinar las situaciones personales de los pacientes en detalle, porque se les dificultó saber cuando avanzar o cuando

esperar a los pacientes. Por lo tanto, debieron ir probando y ensayando para ver qué era lo adecuado para cada uno y dentro de qué tiempos. Pudieron incitar a algunos a participar de este lugar y de la sociedad, pero con cuidado de no incitar cuando los pacientes no estaban preparados para eso. De igual forma, este tantear y ensayar con los pacientes implicó esperar ciertas cosas de ellos, viéndose frustrados cuando esto no ocurrió.

“Yo creo que muchas veces uno está en un camino bastante oscuro y uno no sabe muy bien y vamos tanteando que es aquello a lo cual podemos invitar y abrir espacios y la mente y deseos y ganas (...) ir tanteando y ese es un ejercicio muy difícil (...) eso me parece lo más complicado de esta historia, porque es de una gran responsabilidad, eh, invitar más de la cuenta (ríe) o no invitar cuando se podría” (Psicólogo A)

Esto es en todo momento desde el punto de vista de lo propuesto por los psicólogos hacia el paciente, sin considerar los tiempos ni las necesidades desde los pacientes.

### ***Experiencias.***

Los psicólogos mencionaron una experiencia para comprender mejor lo expresado anteriormente. Ésta relata una situación donde el equipo del Hospital Diurno consideró que aún no era el tiempo de avanzar de un paciente, sin embargo, el paciente y su familia sentían que era el tiempo adecuado. Se resolvió apoyar la

decisión del paciente y con sorpresa se observó que el paciente estuvo acertado en su decisión a pesar de lo que había indicado el equipo del Hospital Diurno.

“(…) un chiquillo que era terrible como el XXX, eh, con dos padres, como muchos padres, la madre le cortaba el pelo durmiendo, esa es otra de las cuestiones que me quedó grabada digamos, porque él no se quería cortar el pelo entonces ella se lo cortaba durmiendo, era el XXX, era como él XXX realmente, menos por esa cosa como académica cómo el XXX pero de un retraimiento, así como XXX eh, y me acuerdo que la madre quería que siguiera estudiando y que interrumpiera el colegio, y la verdad es que yo pensaba en eso de ir adelante, y yo pensé que esa cuestión iba a ser una experiencia que no la iba a tolerar y que lo iba a joder muchísimo, o sea, como me cabe la duda del XXX, como se van a reír, a joder, o qué se yo, y tanto era, así que hablábamos con los papás que parecía que no era conveniente que él se integrara al colegio y maravillosamente la verdad es que se integró al colegio y le fue súper bien, qué se yo, bueno hicimos algunas cosas para que ese paso fuera más fácil como hablar con el colegio nosotros y la cuestión y la verdad que al cabro le fue súper bien, terminó el cuarto medio y tuvo un poco de problemas en filosofía, pero le hicieron trabajos especiales, y ahí es como ha estado un paso atrás, sí, pensando en que no iba a poder hacer vivir esta experiencia, y en realidad, genial, se la pudo ()” (Psicólogo A)

Otra experiencia que los psicólogos relataron tenía relación con un caso inverso al anterior. En este caso los psicólogos evaluaron y creyeron que un paciente estaba preparado para ser incitado, sin embargo, esta presión no fue tolerada por el paciente y este decidió acabar con su vida.

“(…) ahí está la XXX, haber pensado que habría dado un paso adelante y que yo creo que no era posible no más y que no deberíamos haber esperado más que este lugar, que se hubiese quedado aquí por mucho tiempo, y que era lo que ella podría tolerar, la familia podría tolerar que viniera, y que yo pensaba que era una invitación, la verdad bastante incisiva a la hora de querer morir (…)” (Psicólogo A)

**Resumen: Dificultades de los Psicólogos: Tolerancia y Frustración.**

*Las dificultades de los psicólogos dentro del HD se relacionaron con aquello que no les permitió ocuparse de manera resuelta de los pacientes. Como dificultad principal refirieron el tener que tolerar la psicosis en sí misma, con lo absorbente, escindido y viscoso que puede llegar a ser la relación con los pacientes. También indicaron sentirse frustrados en sus expectativas, generándoles perplejidad ante el trabajo realizado con los pacientes, se les dificultó saber cuando avanzar o cuando esperar a los pacientes.*

## *Psicoterapia en el Hospital Diurno.*

### *Principios Generales.*

Los psicólogos del Hospital Diurno se refirieron a las psicoterapias, estas comprendidas en su generalidad, independiente de su formato individual o grupal. Indicaron que ambas compartieron dos principios básicos a tener presentes a la hora de trabajar. Primeramente mencionaron que el espacio psicoterapéutico debe posibilitar el que los pacientes puedan ser, existir allí sin presiones.

“Se espera que pudieran encontrar aquí, en este espacio (...) psicoterapia individual y grupal (...), un lugar de, donde se pueda existir, eh, lo más eh, tranquilamente posible (...) existir primero que nada, (...) primero existir (...)” (Psicólogo A)

¿Qué es lo que se considera existir?, ¿será acaso el poder establecer una relación con otros o volverse importante para otros?, ¿qué implica no existir, estará relacionado con el no interactuar con otras personas?

Como segundo principio básico los psicólogos mencionaron que los pacientes deberían llevarse consigo algo que les hiciera sentido para su existencia. Se buscaría que los pacientes internalizaran alguna experiencia significativa vivida en el Hospital Diurno para posteriormente rememorarla y poder aplicarla nuevamente ante nuevos eventos que les presente la vida en circunstancias parecidas.

“(…) y segundo poder llevarse, incorporar, algunas frases, algunos fragmentos, algunos gestos, algunos, ehm, momentos que fueran útiles en el futuro” (Psicólogo A)

En conclusión, los psicólogos esperaron que los pacientes pudieran descubrirse en este espacio de las psicoterapias y que rescataran algo que pudieran reutilizar frente a cualquier contingencia necesaria. Para poder poner en relación estos dos principios dentro de las psicoterapias fue fundamental poner en acción un verbo: “pensar”, a través de este verbo comprendemos el mandato del lugar. Se espera a través de esta consigna conseguir lo que se desea como principios.

“Yo creo que es el pensar, además que es como la consigna nuestra también, aquí estamos para pensar, para construir, pero es el pensar que muchas veces los angustia, porque el pensar significa ver las alucinaciones y pensar en lo que no han hecho, en lo que no van a poder hacer también” (Psicólogo C)

Si se viene a “pensar”, entonces en el aislamiento no se podía pensar o se pensaba mal, quizás ahora se piensa en compañía, ¿será que se puede pensar en tanto que el grupo y los límites propician un espacio suficiente para realizar este ejercicio?, pero por otro lado, ¿se puede pensar que esta idea tiene relación con que no existe la capacidad de reflexión en la psicosis sin un previo tratamiento?.

**Resumen: Psicoterapias: Principios Generales desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos indicaron que las psicoterapias, individual y grupal, se comprendieron como un lugar para pensar, y compartieron dos principios: primero, el espacio psicoterapéutico debía posibilitar el que los pacientes pudieran ser o existir allí sin presiones; y segundo, que pudieran llevarse consigo algo que les hiciera sentido para su existencia, lo cual pudiesen recordar y aplicar frente a cualquier contingencia necesaria.*

***Psicoterapia Grupal en el Hospital Diurno.***

***Definición.***

Los psicólogos presentaron significados asociados a la psicoterapia grupal del Hospital Diurno relacionados con la idea de un espacio. Cuando entendemos un espacio sabemos que hubo un espacio porque hubo una separación entre algunos elementos.

“(…) eh, creo que, es un espacio” (Psicólogo A)

Los psicólogos indicaron que en el espacio de la psicoterapia grupal se reunieron un psicólogo y varios pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Este

espacio permitió que los pacientes averiguaran las distancias y acercamientos posibles de soportar debido a las características de su patología. Las distancias y acercamientos que los pacientes midieron en este espacio fue un trabajo para los pacientes que se realizó lentamente y sin presiones.

“La idea es medir la distancia con el otro en un espacio grupal donde claro uno puede estar más en silencio o no, o el acercamiento más distante o no (...)” (Psicólogo A)

Además, los psicólogos indicaron que los pacientes se reunieron en este espacio bajo un lema común “quiero estar bien, quiero estar mejor”. En este momento los pacientes aún no se han implicado en su padecer, pese a entender que hay algo en su vida que es preciso mejorar.

“Aquí se encuentran con un grupo que están todos hacia un mismo objetivo, bien bien grande y abstracto que es estar mejor (...)” (Psicólogo B)

Este lema en común que presentan los pacientes permitió que el grupo pudiera conformarse con alguna historia en común, haciendo menos lejana la historia de cada uno para los demás, permitiendo “pensar” como indica la consigna de las psicoterapias y compartir experiencias y temas de interés.

“Poder pensar en grupo, a través de cada una de las personas que están allí, algunos temas que son de importancia para cada una de las personas que están allí (...) pensar en esas cosas, pero de temas que puedan, eh, que los reúnen (...) el dolor, el sufrimiento, la historia, los síntomas, la enfermedad” (Psicólogo A)

Los pacientes se permiten hacer grupo en la medida en que hay un marco que sostiene el encuentro, ahora bien, no es la imposición de un grupo lo que los hace integrarse al habla en común, sino la posibilidad de establecer un encuentro con otros.

La labor de los pacientes en este espacio fue poder pensar en grupo, sentir, percibir, que se enteraran de que existía otro y que existían ellos para otros, por lo tanto que no estaban solos y que entre ellos se podían acompañar y comunicar.

“(...) de alguna manera, todos tienen algo que decir y todos pueden escuchar del otro lo que tiene que decir y que hace sentido”  
(Psicólogo A)

“(...) que es toda actividad de que converjan, de que escuchen, de que haya otro, de que compartan sus experiencias” (Psicólogo B)

Sin embargo, ¿basta con que haya otros similares para que los pacientes tengan algo en común, para que hagan grupo?, nos parece que el hacer grupo en la psicosis va más allá de la identificación.

La actividad grupal siempre debió darse bajo normas y límites, de convivencia y respeto. Esto permitió mantener la confianza dentro del grupo bajo una especie de pacto que se acordó.

“(…) y en el cual se pueden decir las cosas que se piensan, o por lo que se haga, por supuesto que también es muy importante los límites, que eso ayuda a entender que... que no todo es bueno, o sea, (ríe) tener un marco en los cuales se pueden decir las cosas y se puede pensar, pero con ciertos límites” (Psicólogo B)

Los límites que cumplieron los pacientes dentro de este espacio fueron de gran importancia. Debido a la complejidad de hacer grupo en la psicosis, las reglas otorgaron un marco simbólico en donde fue posible normar las relaciones que se fueron estableciendo, porque la psicosis es precisamente un quiebre en el lazo social.

### ***Relevancia.***

Los psicólogos refirieron que la actividad grupal dentro del Hospital Diurno fue el eje y la terapia primordial del lugar. No es casual que la actividad primordial del hospital, para los psicólogos, sea la psicoterapia de grupo, ya que ésta concierne precisamente a aquello que es lo faltante en la psicosis, el lazo social. Sin embargo, los psicólogos atribuyeron la importancia de este dispositivo al modo en que naturalmente se realizaron las terapias en la institución y no en relación a lo faltante en la psicosis.

“Grupal es como el núcleo del hospital yo creo, el trabajo grupal es lo que... como la, como la actividad principal de acá” (Psicólogo B)

“La terapia grupal es como el marco diría yo, el encuadre más general (...)” (Psicólogo A)

Las razones se centraron en que los pacientes que han ingresado al Hospital Diurno presentaron diagnóstico de esquizofrenia. Al hablar de personas con esquizofrenia sabemos que se trata de personas que han tenido una vida caracterizada con algún grado de aislamiento, retraimiento y/o desánimo que, incluso actualmente al encontrarse compensados, se hace presente. Esto se convierte en uno de los síntomas más difíciles de tratar porque no lo logra controlar la farmacología, sino que requiere de un espacio distinto que trabaje aquello, de manera tranquila y pausada, permitiéndole a cada paciente tantear sus límites y trabajar en ellos.

“(...) permite medir la distancia con el otro en los pacientes, por lo tanto creo que es adecuado en un comienzo, eh, eh, por lo tanto, o sea, todo el tratamiento esencialmente tiene una base grupal (...)” (Psicólogo A)

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Definición y Relevancia desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos indicaron que la psicoterapia grupal fue un espacio integrado por un psicólogo y varios pacientes que se reunieron bajo un lema común que les permitió conformarse con una historia y poder pensar en grupo, acompañarse y comunicarse, por supuesto bajo normas y límites, de convivencia y respeto, para mantener la confianza. Refirieron lo grupal como el eje primordial del HD debido a la importancia de la socialización entre los pacientes, frente a la condición de aislamiento generada por la EQZ, facilitándoles el averiguar, lentamente y sin presión, las distancias que les eran posibles de soportar con otros pacientes.*

***Dirección del Trabajo.***

Los psicólogos siguieron una orientación día a día en el trabajo con los pacientes para no perder el rumbo. El fin al que se dirigió o encaminó a diario la psicoterapia grupal tuvo relación con el permitir que los pacientes pudieran utilizar el espacio que propusieron los mismos psicólogos, pero en relación a los tiempo de los pacientes.

“Espero que puedan utilizar el espacio, que puedan hacer uso de la terapia, o sea, que vayan a su ritmo, preguntando lo que ellos quieran” (Psicólogo B)

**Grupo de Terapia.** Se espera que el grupo pueda componerse lentamente en un grupo de psicoterapia. Al pasar de “psicoterapia grupal” a “grupo de psicoterapia”, se permite hacer partícipes a los pacientes, involucrarlos como actores fundamentales del espacio y responsabilizarlos de aquello. Comprendiendo que de ellos dependió el escucharse, el hablar, el respetarse, el asistir, etc, porque ese espacio era de ellos y les correspondía hacerse cargo de ello.

“Vayan pudiendo hablar entre ellos y vayan pudiendo generar un grupo de terapia, esa es como la idea que estamos trabajando ahora, que es como una instancia en la cual sí hay otro y sí importa y sí puede decir cosas y yo sí lo puedo escuchar y importa sí es que está o no está (...)” (Psicólogo B)

Al mismo tiempo que los pacientes se fueron relacionando y construyendo en un grupo de psicoterapia comenzó a surgir una de las características que acercaría mayormente al grupo: la identificación. Los psicólogos se refirieron, en la sección de relevancia anteriormente descrita, a la importancia que poseía el que los pacientes socializaran y se relacionaran compartiendo entre ellos mismos, frente a la condición de aislamiento con el cual llegaron.

Pues bien, es en este socializar entre los pacientes se produjo una suerte de identificación entre ellos, tomando consciencia de que a cada uno de ellos les sucedían situaciones parecidas, como que el motivo por el cual llegaron al Hospital Diurno fue el mismo. Comenzaron a haber semejanzas entre ellos, generándose por lo

menos la sensación de estar socializando. Además, se observaron mayores beneficios cuando para los pacientes los comentarios provenían de sus pares.

“En la terapia grupal, yo creo que un objetivo importante es el que puedan hablar de sus temas, que son muchas veces, guardados por años de años, en conjunto con otros pacientes, no sólo con un profesional, como les llaman, porque eso genera una distancia y una obediencia muchas veces automática, en cambio cuando las cosas y las reflexiones vienen de un par, generan, se generan como reflexiones que son propias de ellos, no que están hechas por un tercero, por un psicólogo, doctor, y eso es muy positivo, también tiene que ver con un socializar (...) un interlocutor válido, entonces aquí se encuentran con un grupo que están todos hacia un mismo objetivo (...)” (Psicólogo B)

Esto no fue del todo fácil, porque los pacientes constantemente, vieron al psicólogo encargado de las psicoterapias grupales, como un profesor que estaba haciéndoles clases en el Hospital Diurno. Los pacientes esperaron que el psicólogo o el Otro hospitalario fuesen quienes los curara y se hiciera cargo de las actividades. Los pacientes se posicionan como dependientes y pasivos entregando a los psicólogos el lugar del saber. Es el profesional el que está ahí el que debe diferenciar los lugares, los roles dentro de ese espacio terapéutico.

“Todo el rato te ponen en el lugar del profesor, en el lugar del que sabe, lugar del que sabe todo, que sabe como se siente, que es lo que hay que sentir, que es lo que está bien, que es lo que está mal, eh, todo, todo, todo (...)” (Psicólogo B)

Claramente esto ocurre porque a los pacientes, en sus casas, sus familias no los consideraban, no les daban un lugar de sujetos sino que de objetos, no les permitieron existir, finalmente esta posición se les volvió cómoda y no les resultó fácil situarse desde el lugar de personas que desean.

“(...) hay muchos pacientes que no hablan hace años, estaban encerrados en sus piezas, que... o que eran muy maltratados, que no eran humanos (...)” (Psicólogo B)

Aquí se valida la idea de poder existir en estos espacios como primer principio de las psicoterapias, esto incluye para el paciente asumir una posición frente a los sucesos que le acontecen, es decir, exige un cambio de posición.

La dirección del trabajo del psicólogo encargado de la psicoterapia grupal se volvió fundamental, en este caso, el psicólogo encargado de este espacio manifestó que para él era fundamental responsabilizar e incitar a los pacientes aunque estos evitaran aquello. El trabajo es involucrarlos, darles la posibilidad de encontrar un lugar y de responsabilizarse de este.

“(…) y con eso se puede jugar, y se puede (…) devolverles la pelota, pero la relación que establezco yo (…) trato de no comportarme como un profesor, sino que trato de ir motivando que ellos vayan haciendo el trabajo, ese es como mi ideal” (Psicólogo B)

La manera en que se sintieron involucrados los pacientes con su psicoterapia grupal tuvo relación con el rol que cumplieron dentro de ese espacio y con un posterior sentimiento de pertenencia. Se relaciona con uno de los principios del hospital: permitir que los pacientes pudieran ser o existir en el espacio.

“Que por lo menos en el espacio de terapia digan yo pertenezco a esto, a este grupo de terapia, o sea por lo menos que eso los ancle, o sea, están perdidos absolutamente en todo, pero hay, yo tengo un espacio, donde tengo el nombre, una silla que ocupo (…) aunque después ese rol vaya a acabarse (…)” (Psicólogo B)

**Capacidad de los Profesionales.** Los psicólogos indicaron que en la práctica esta dirección del trabajo no siempre se cumplió debido a que esto, según ellos, dependió de las capacidades personales de los profesionales más que de capacidades teóricas. Esto podría ser visto como un retorno a la realidad entre tanta idea ideal, o bien, como una inconsecuencia en la manera de actuar del Hospital Diurno, presentado un ideal que no les preocupa cumplir ni mantener. Esta forma de afrontar

la psicoterapia grupal pareció poner énfasis en el destino del profesional que toque, derivando en la suerte y no apoyándose en los beneficios de las bases teóricas.

“(…) también tiene que ver con los terapeutas, quienes, ehm, quienes más pueden abordar o no abordar, eh, ciertos contenidos, ehm, estoy hablando más que de capacidades técnicas, estoy pensando en capacidades personales también, eh, de abordar temas que son tan complicado, eh, sí, eso está en la posibilidad, eh, también está en el grupo y también está en el terapeuta, de la riqueza de esa experiencia, creo.” (Psicólogo A)

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Dirección del Trabajo  
desde los Psicólogos.**

*La dirección del trabajo de la psicoterapia grupal fue permitir que los pacientes pudieran utilizar el espacio según sus tiempos, involucrándolos y responsabilizándolos lentamente como actores fundamentales del espacio, surgiendo una identificación entre ellos debido a la socialización. Sin embargo, esto no siempre pareció cumplirse porque dependería de capacidades personales de los profesionales más que capacidades teóricas; podría ser visto como un retorno a la realidad o como una inconsecuencia.*

### ***Acciones Facilitadoras de la Dirección del Trabajo.***

A continuación revisaremos algunas muestras extraídas de la observación participante que se realizó en la psicoterapia grupal. Las consideramos como acciones facilitadoras de la dirección del trabajo.

Para una mejor comprensión lo que viene se subdividió en 4 temas: integrar, contextualizar, dar sentido y escuchar lo contingente. Cada tema tuvo relación con alguna función que cumplió el psicólogo para los pacientes dentro de la psicoterapia grupal.

**Integrar.** El psicólogo utilizó la función del integrador al recoger todos los elementos o aspectos importantes que iban diciendo los pacientes durante la psicoterapia grupal. Para esto fue importante escuchar a los pacientes que voluntariamente hablaban y daban su opinión con relación al tema de conversación, pero también fue importante preguntarle a cada paciente durante la sesión su opinión, preocupándose de que participaran.

“Se preguntó si alguien quería opinar algo sobre el dibujo (...)”

(O.P. 28-11-2007)

“El psicólogo retomó la idea repitiendo lo que ya habían dicho los pacientes, se preocupó de repetir lo más cercano el comentario a como fue dicho, además nombró a cada uno de los pacientes que mencionaron las idea y luego las repitió, dijo “mire todo lo que le han dicho sus compañeros, XXX le dijo que usted se veía un

hombre con muchos proyectos y XXX le dijo que parecía preocupado por no poder cumplirlos” (C.O. mencionó algunos otros también)” (O.P. 02-04-2007)

Al preguntarle a cada paciente muchos dijeron que no sabían, que no habían escuchado, etc. Para que esto pudiese funcionar y no quedarse con esta respuesta que no facilitaba la integración y socialización del grupo, el psicólogo resolvió informar al paciente sobre lo que se le estaba preguntando o bien, le pidió a algún compañero que le informara al paciente sobre lo que se había estado conversando, no importando las veces que fuera necesario repetírselo.

“Le preguntó a una paciente que qué opinaba de lo que dijo su compañero, ella dijo que no escuchó, entonces el psicólogo le repite lo que se había dicho, ella respondió no sé, se le preguntó si entendió lo que se dijo, ella dijo que sí y calló, se insistió, pero ella no habló. Se le preguntó a otro paciente “¿qué opina usted?”, este dijo “¿de qué?”, entonces fue necesario repetir nuevamente de lo que se estaba hablando, y él contestó “no es la EQZ la que produce eso” y calló, otro dijo que podía ser que fuera (C.O. da la impresión de sentir una angustia con el silencio de los pacientes, como que no pescaran la sesión, contestan sólo si se les pregunta directamente...).” (O.P. 28-11-2007)

Así el psicólogo integró a los pacientes a la conversación que se venía desarrollando, les facilitó todos los datos para que pudieran opinar de igual manera que el resto de los compañeros que se atrevieron a hablar por sí solos o que si estuvieron atentos al tema de conversación. La mayoría de las veces este tipo de respuestas como “no sé” o “no escuché” fue utilizada por los pacientes como un recurso para no tener que responder o no tener que participar ni exponerse, creyendo que con contestar aquello dejarían tranquilo al psicólogo para que este no les preguntara más.

Este tipo de situaciones fue habitual dentro de la psicoterapia grupal, su habitualidad se debió, una vez más, a los conflictos que implicaron para los pacientes el tener que participar de sesiones grupales y hablar de temas que fueron delicados, porque tocaban emociones y sensibilidades que se relacionaron directamente con la experiencia que había tenido cada uno con relación a llevar consigo un diagnóstico de esquizofrenia y cómo esto había influido en sus familias y vidas, entonces parecía mejor dejarlos tapados.

Además, los pacientes en su mayoría vinieron de haber estado aislados, encerrados en las piezas de sus casas, sin tener contacto más que con su familia pero sin relacionarse con ellos; agregándose la aparición de otros síntomas negativos como el desánimo que no permitían que los pacientes se encontraran dispuestos a participar voluntariamente, sino que necesitarían de la incitación de un alguien que los considerara como personas pensantes y que se preocupara por ellos.

Esta situación pudo generar gran cantidad de angustia en el psicólogo encargado de la psicoterapia grupal, porque pareció difícil comprender que él, en su rol de psicoterapeuta, tuviera que estar preocupado y pendiente de incitar e integrar

cuando son los pacientes los que tenían el interés de sanarse. Sin embargo, los síntomas que implica la esquizofrenia, sobretodo los síntomas negativos dificultaron el que los pacientes pudieran demostrar aquello, lo cual no significó que no dispusieran de herramientas.

**Contextualizar.** El psicólogo contextualizó a los pacientes mientras transcurrió la psicoterapia grupal. Para esto inició sus sesiones preguntando si recordaban el tema que habían venido desarrollando en las sesiones anteriores, con el fin de situar el argumento, de darle entorno a esta situación por la cual se habían reunido en ese espacio. Además, el simple acto de realizar esta pregunta abrió las puertas para que los pacientes se responsabilizaran de esto que estaban viviendo, en este lugar por lo menos. E implicó que no fuera el psicólogo el que llegó a hacer algo ajeno con los pacientes en la psicoterapia grupal, sino que la actividad se desarrolló desde los pacientes y para ellos constantemente.

“El psicólogo dijo y preguntó ‘bueno chiquillos hoy tenemos psicoterapia grupal ¿quién recuerda en qué estamos trabajando’ (...)” (O.P. 21-03-2007)

“El psicólogo dijo ‘¿recuerdan en lo que estamos trabajando?’, varios de ellos se miraron y no dijeron nada, uno de ellos le dijo el alta, ‘claro’ dijo él (...)” (O.P. 02-05-2007)

“[El psicólogo] retomó el trabajo que han estado realizando hace algunas sesiones, dijo ‘estamos nosotros en como se llama esto, parece que no tiene nombre, pero ¿quién recuerda en qué estamos?’, los pacientes escuchaban atentamente (...)” (O.P. 28-11-2007)

Luego de la pregunta del psicólogo, los pacientes contestaron si recordaban o no en qué habían estado trabajando durante las sesiones anteriores de psicoterapia grupal. Si la respuesta era que sí recordaban, entonces uno de ellos explicaba al resto de qué se trataba; en cambio, si la respuesta era que no recordaban qué se había trabajado, entonces el psicólogo les recordaba la actividad en la que estaban trabajando, por lo menos el nombre, y si ahí alguien recordaba de qué se trataba, entonces ese paciente continuaba con la idea, de lo contrario lo hacía el psicólogo solamente. Siguiendo a haber terminado la explicación, el psicólogo les preguntó si había quedado claro, si hubiese algún indicio de que no estuviera claro entonces se volvía a la explicación.

“Luego [el psicólogo] recordó en que actividad se encontraban, dijo ‘recuerdan que estamos en los autorretratos, todos saben de qué se trata, ¿verdad?’” (O.P. 02-04-2007)

“El psicólogo dijo ‘bueno chiquillos hemos estado revisando qué pasa con el alta en este lugar, qué nos hace pensar y cómo lo entendemos, ¿verdad? (...)’” (O.P. 14-05-2007)

“(…) y uno de ellos [de los pacientes] dijo ‘en el pasado y en el futuro’, el psicólogo dice entonces ‘exactamente, estamos viendo la línea de vida, por eso comenzamos por el pasado cuando éramos chiquititos’ (…)” (O.P. 28-11-2007)

Luego de nombrar la actividad en que se han encontrado trabajando los pacientes y el psicólogo en la psicoterapia grupal, y de dar detalles de ésta, se pasó a explicar en mayor profundidad la actividad y a justificar la importancia de ésta para los pacientes, para que así cada uno supiera cómo le sirvió participar de este espacio y el partido que le pudieron sacar.

“(…) Entonces el psicólogo complementó y explicó en qué consiste la actividad que desarrollan en este momento” (O.P. 21-03-2007)

“(…) hay muchos que están viviendo el proceso de alta de este lugar y se están preparando para salir de este lugar, entonces es bueno trabajar las ideas con las cuales van partiendo, ¿verdad? (…)” (O.P. 14-05-2007)

“(…) ‘estamos viendo el alta porque hay muchos de ustedes que están viviendo este proceso, ¿verdad?, bueno, entonces tenemos

que revisar algunas preguntas antes de partir (...)” (O.P. 02-05-2007)

Una vez que el grupo para qué se realizó esta actividad, el psicólogo les preguntó si recordaban cómo funcionaba, refiriéndose a la metodología de trabajo que se había venido desarrollando. Si nadie recordaba, entonces el psicólogo recordaba cómo partió esto, porque las actividades fueron desarrolladas todas en una fecha inicial, las sesiones posteriores fueron para revisar lo hecho en ese inicio (escritos, dibujos, creaciones varias, etc.); entonces, a veces pasó mucho tiempo entre fechas y se les olvidó a los pacientes cómo se hizo la actividad. Por eso la importancia de recordarlo, independiente de la técnicas utilizadas.

“[El psicólogo] dijo ‘saben como funciona esto, primero miran el dibujo atentamente y luego lo pasan al compañero de al lado, una vez que dé la vuelta dan su opinión del dibujo y luego el autor nos cuenta si está de acuerdo con lo que se dijo o no, ¿de acuerdo?’”(O.P. 21-03-2007)

“(...) entonces la forma que elegimos para contestar estas preguntas fue que cada uno escribió tres palabras que le vinieron a la mente al pensar en el alta y las hemos estado revisando, ya saben como funciona, ¿verdad?’”. (O.P. 02-05-2007)

“Así es que la forma en la que hemos estado trabajando ha sido que ustedes anotaron en una hoja tres palabras que les vinieran a cada uno al pensar en el alta y desde ahí comentamos qué nos hacen pensar esas palabras, ¿verdad?” (O.P. 14-05-2007)

“Retomó nuevamente y dijo ‘estamos en el pasado, estamos trayendo recuerdos de nuestros años de cero a cinco años, para eso cada uno hizo un dibujo o un colage o lo que quería, ¿verdad?’.” (O.P. 28-11-2007)

Finalmente, después de haberse hecho referencia al tema y la forma en que se estaba trabajando, el psicólogo rememoró algunos trabajos ya presentados por los pacientes en las sesiones anteriores. Con esto se cercioró de que haya quedado ejemplificado el trabajo para los que no recordaban o para los que no habían participado antes de estas sesiones. Cabe recordar que constantemente ingresan pacientes al Hospital Diurno y se integran a las sesiones grupales.

“Luego de que le confirmaron lo que dijo recordó los trabajos revisados en la sesión anterior, indicando que habían sido muy interesantes, recordó los trabajos de tres pacientes.” (O.P. 28-11-2007)

Teniendo esta base de igualdad ante las condiciones de entendimiento de la actividad, todo el grupo pudo construir en conjunto una experiencia compartida y

solidarizar con los compañeros que parecían no recordar ni comprender de qué se está hablando. Sólo hasta ese momento se dio paso a una nueva presentación de algún trabajo de los pacientes, ellos de manera voluntaria decidieron participar mostrando su dibujo o su escrito dependiendo del caso.

“¿quién quiere partir hoy?” (O.P. 14-05-2007)

“bueno, entonces ¿quién quiere partir?”. (O.P. 02-05-2007)

La importancia de esto fue que en esta dispersión del pensamiento que se ve en las personas diagnosticadas con esquizofrenia, ellos, los pacientes, gracias a este espacio y la manera de abordarlo, pudieron sentirse como personas integradas a una situación. También, se dio paso a que los pacientes se responsabilizaran de este espacio, porque les pertenecía era posible que participaran y contaran sus experiencias. Porque ese espacio era de ellos, son los únicos que podían contar lo que sucedía allí, se hablaba de ellos mismos. Así los pacientes comenzaron a tomar cierta identidad con el espacio, el lugar, la cercanía de los temas y la presencia de otros, los compañeros.

**Dar Sentido.** El psicólogo dentro de la psicoterapia grupal se encargó de dar alguna razón de ser a este espacio. Aunque fuese en pequeñas palabras la presencia de este sentido es fundamental para los pacientes.

“Se retomó la idea diciendo que este espacio era justamente para recordar y reflexionar.” (O.P. 28-11-2007)

Si bien el psicólogo se encargó de demostrar el sentido del espacio de la psicoterapia grupal, también notó la importancia de hacerlo en función de la actividad que se estaba desarrollando de acuerdo a cada sesión. Durante las sesiones grupales se refirió a la finalidad del trabajo realizado, al para qué servía lo hecho o bien para qué debería servir lo que se realizaba dentro de este espacio. Generalmente fue el psicólogo el que se encargó de dar este sentido, sin embargo muchas veces fueron los pacientes más antiguos los que se encargaron de indicarle a los nuevos cómo les había ayudado esto y cómo uno cree que no sirve, pero que después no se darían ni cuenta y ya verían cambios.

“El psicólogo comentó ‘el alta no es sólo hacer lo que no se puede hacer en el diurno, sino que hacer lo que ya se ha hecho, los logros que se han alcanzado acá (...) no caigamos en cosas ilusorias de que hay cosas mágicas como el trabajo que sanará todo o que este HD y el alta sanarán todo, como si el que se va de alta es porque se sanó’ (...) ‘con todo esto que estamos pensando nos damos cuenta que todo es un proceso, no es al tiro, además hay una gama de opciones para hacer una vez que se salga, no sólo trabajar, por eso es necesario darle un valor a lo que ocurre acá y no sólo a lo que ocurrirá cuando uno salga’” (O.P. 02-05-2007)

“El psicólogo dijo ‘parece chiquillos que a veces existe un vacío entre dónde estoy y dónde quiero ir, para eso las metas nos ordenan y nos enfrentan a miedos y angustias, y parece que en esto se encuentra usted ahora y seguramente muchos de ustedes también deberán estar pensando qué van a hacer una vez que salgan de aquí’” (O.P. 02-04-2007)

Cabe recordar que en este espacio la relevancia está dada por la interacción que se vivió entre los compañeros, cómo van socializando luego de venir de un aislamiento profundo en su mayoría. Entonces, para esto fue necesario que el psicólogo diera importancia a cada opinión que se vertió en la conversación, intentando hacerla parte de un algo en común que se entretejió lentamente. Muchos de los pacientes presentaron dentro de sus síntomas la disgregación del pensamiento lo cual hizo difícil el acto de la comunicación, por lo que se requirió la presencia de un otro ordenador de lo que se intentaba decir para aplicarlo a la dinámica de la conversación.

“El psicólogo retomó la idea repitiendo lo que ya habían dicho los pacientes, se preocupó de repetir lo más cercano el comentario a como fue dicho, además nombró a cada uno de los pacientes que mencionaron las ideas y luego las repitió, dijo “mire todo lo que le han dicho sus compañeros, XXX le dijo que usted se veía un hombre con muchos proyectos y XXX le dijo que parecía

preocupado por no poder cumplirlos” (C.O. mencionó algunos otros también)” (O.P. 02-04-2007)

Sumada a la idea anterior de dar importancia a los comentarios de cada uno de los participantes dentro la sesión grupal, fue que apareció la importancia de la historia de cada uno de los pacientes. La historia personal y las experiencias de cada paciente, singularizaron los aportes que pudieron hacer en los trabajos y la manera de participar. Además, fue a través de estas actividades que se permitió conocer un poco más de cada uno de ellos y entre ellos.

“El psicólogo dijo también al grupo que como el autor del dibujo era reservado y más introvertido dentro del grupo, además de que lo veían menos porque no iba todos los días, con este ejercicio habíamos podido conocerlo un poco más.” (O.P. 21-03-2007)

Dentro de este espacio de la psicoterapia grupal fue fundamental que los pacientes tuvieran claro por qué estaban ahí, que tuvieran claro que ellos compartían algo entre ellos, que se originaba por un diagnóstico equitativo de esquizofrenia, pero que variaba para cada historia de vida. Por eso fue necesario que cada uno de los pacientes estuviera presente en ese espacio, aportando con lo que sabía, con su historia, para aportarle al que aún no había pasado por esa experiencia. Muchas veces los pacientes solo seguían actos o instrucciones, porque estaban acostumbrados a que les dijeran qué hacer, pero no sabían por qué lo hacían, por qué era importante para

cada uno el estar presente y como cada uno podía tener razones distintas y comunes a la vez.

**Escuchar lo Contingente.** El psicólogo escuchó la contingencia que estuvo presente en este espacio. La contingencia tiene relación con lo eventual que ocurrió, lo que apareció, lo que pudo suceder, lo que tuvo riesgo de ser, no con lo que estaba establecido o normado.

Lo eventual que apareció en la psicoterapia grupal surgió desde los pacientes generalmente, sólo bastó escucharlos. Apareció abarcando distintos ámbitos que afectaron la vida y las experiencias de los pacientes. Precisamente, el psicólogo durante las sesiones grupales se encargó de preguntar abiertamente a los pacientes cómo estaban, con esto le fue posible observar en qué estaban pensando. Los pacientes al momento de contestar estas preguntas trajeron temas a tabla e indicaron cómo los estaban viviendo.

Los temas surgidos desde los propios pacientes, resaltando la eventualidad de estos. Se pudo dialogar sobre vivencias ya conversadas en el hospital, experiencias que aparecieron indicando que no estaban del todo resueltas.

“El psicólogo comenzó preguntando ‘¿cómo están chiquillos?’, algunos de ellos se miraron y comenzaron a comentar un episodio vivido el jueves pasado (...) La conversación giró en relación a preguntas que tenían los pacientes (...) Se conversó sobre lo frágiles que los podía hacer sentir esta situación a la cual se enfrentaban por primera vez en el HD” (O.P. 11-04-2007)

“Luego se les preguntó nuevamente cómo estaban a los demás y uno de ellos comentó un incidente que hubo el viernes (...) Recordó lo ocurrido y les contó lo sucedido a sus compañeros que no habían estado ese día, dijo ‘estaba preocupado por lo que hablaba él, me asustaba lo que decía... no sé cómo ayudarlo para que esté bien... no tenemos como ayudarlo, está en él no más, está en su mente... ¿cómo ayudarlo si uno le decía que era de su imaginación la voz y él no entendía?’. (O.P. 11-06-2007)

También, los temas dijeron relación con algunas situaciones familiares que les habían pasado recientemente a los pacientes, y que por lo mismo no habían sido conversadas aún en alguna otra instancia, entonces los pacientes compartieron su historia con sus compañeros pudiendo compartir entre ellos distintos puntos de vista.

“El psicólogo nuevamente inició su sesión preguntando ‘¿cómo están?’, uno de ellos dijo que bien y que andaba con sueño porque ayer había ido a un cóctel, inmediatamente al decir esto todos lo miraron, el psicólogo le dijo ‘mire que bien, ¿a un cóctel de qué?’, él dijo ‘ah, es que mi papá me llevó, él en el diario busca dónde hay cócteles gratis de cualquier cosa y vamos, comimos bien rico y mi papá tomó vino... era un cóctel de una presentación de un libro allá en el centro, fuimos en micro’, entonces comenzaron las risas de los compañeros y las ‘tallas’, le dijeron ‘ah que soy importante

tu, en un cóctel andabai paseando con la gente importante y con mozos’, se rieron y se le dijo dentro de las tallas también que invitara para la otra, pero que avisara antes y no después, todos se rieron.” (O.P. 14-05-2007)

Así mismo, compartieron temas relacionados con los amigos y las eventualidades que les tocó vivir con ellos.

“El psicólogo retomó la pregunta inicial ‘¿cómo están?’, uno de los pacientes dijo ‘el sábado salí a carretear y me tomé 4 cervezas y llegué a la casa curado, vomité en el baño y mi papá se enojó conmigo, igual me sentí mal después, no quería vomitar’, se le preguntó al respecto, los compañeros también le dieron opiniones y él dijo ‘yo quería carretear porque me sentía aburrido y cansado... quedaron rastros de lo que hice’, se le dijo que esto podría conversarlo con más profundidad en su psicoterapia”. (O.P. 11-06-2007)

Del mismo modo que aparecieron situaciones traídas por los pacientes según situaciones que aparecieron en sus vidas es que florecieron situaciones del entorno. Fue lo externo al lugar que apareció e irrumpió, cualquier situación que les hiciera sentido a los pacientes o les fuera de importancia a ellos, fue necesario escucharlo y darle espacio.

“Al iniciar la sesión llamó la atención un nuevo visitante del lugar, la verdad era una nueva visitante del lugar, una pequeña perrita negra de pelaje corto recién nacida llegó con una polera pequeña puesta, estaba toda mojada por las lluvias (...) Una de las pacientes al verla le sacó la polera y se la lavó, venía embarrada, luego se la secaron durante la sesión en la estufa. A todo esto la perrita se instaló en la sesión en el suelo al lado de la estufa y se echó a dormir durante toda la sesión, no hubo paciente que se resistiera a mirarla por ciertos ratos ni a llamarla ni a hacerle cariño, era muy juguetona, hasta el psicólogo le hizo gracias, al final de la sesión ya se había elegido el nombre de la perrita, fue propuesto por un paciente y a todos les gustó, la llamaron ‘Sombra’. La única que no estuvo de acuerdo y le incomodaba su presencia fue la gata que se llama ‘Pelusa’, al ver que la perrita estaba dentro de la sala, se quedó parada en la puerta mirando antes de entrar y para entrar se dio la vuelta más larga para no topársela y se subió al sillón y se acurrucó junto a un paciente. Con todo este revuelo comenzó la sesión el día de hoy, esto generó buen ánimo de parte de todos y inclusive risas por las reacciones de los animales.” (O.P. 11-07-2007)

Lo importante de escuchar la contingencia radicó en estar atento ante lo que apareció, ante lo que emergió y trajo riesgo de que algo sucediera. A los pacientes si se les preguntaba entonces hablaban, eran pocos los que contaban sin que se les

preguntara, entonces vimos la importancia del aporte desde el psicólogo con sólo preguntar “¿cómo están?” y dar cabida a la respuesta. Además, el conversar la contingencia en grupo posibilitó que pudieran compartirse opiniones sobre cómo actuó cada uno o simplemente posibilitar comentarios y temas que no necesariamente dicen relación con la enfermedad, sino que con la vida de ellos en cuanto personas que vivencian. Este punto permitió caracterizar un grupo dentro de lo que envuelve lo ambulatorio, porque consideró el entorno, lo abierto a la comunidad y la posibilidad de atender la eventualidad. El tratamiento es contener lo contingente.

Con toda seriedad nos cabe una pregunta sobre éstas acciones facilitadoras, y es que sabiendo que dentro de los ideales del hospital primaron las capacidades personales de los psicólogos más que las teóricas, entonces ¿éstas acciones facilitadoras son responsabilidad absoluta del modo de operar de un psicólogo que estuvo a cargo de la sesión, o bien son responsabilidad del hospital? La pregunta cabe porque los psicólogos no refirieron éstas técnicas en cuanto maneras del hacer de la institución, entonces ¿constituirían prácticas inconscientes en el hospital y, por lo tanto, no se encontraron presentes en el habla de los profesionales, o definitivamente tendrán que ver con la habilidad del profesional que realizó la psicoterapia de grupo?.

**Resumen: Psicoterapia Grupal: Acciones Facilitadoras de la Dirección del Trabajo desde los Psicólogos.**

*Durante la psicoterapia grupal el psicólogo realizó cuatro acciones facilitadoras de la dirección del trabajo: **Contextualizar:** el psicólogo inició sus sesiones preguntando si recordaban el trabajo desarrollado en sesiones anteriores, con el fin de situar el argumento que los convocó, responsabilizándolos de la pertenencia a este espacio y haciéndolos sentir personas integradas a una situación gracias a la recapitulación. **Integrar:** el psicólogo recogió lo que fueron diciendo los pacientes y se dedicó a preguntarles su opinión preocupándose de que todos participaran, informándoles sobre lo conversado si no lo tenían claro y repitiéndoselos si fuese necesario, dando importancia a las opiniones se intenta hacerlas parte de un algo común que se entreteje lentamente. **Dar sentido:** el psicólogo se encargó de dar sentido al espacio y a las actividades, explicando el objetivo de lo realizado, muchas veces esto lo terminaron haciendo los mismos pacientes. **Escuchar lo contingente:** el psicólogo preguntó a los pacientes cómo están y a través de esto se encargó de escuchar la contingencia que estuvo presente en el espacio, lo eventual, todo aquello que surgió desde los pacientes, no sólo lo que estaba establecido con anterioridad, posibilitándose el compartir opiniones y temas que no necesariamente dijeron relación con la enfermedad, sino que con la vida como personas que vivencian.*

## *Psicoterapia Individual en el Hospital Diurno.*

### *Dificultad del Concepto.*

El concepto de psicoterapia individual en los psicólogos produjo algunas dificultades antes de poder comprenderlo. Parece haber discordancia entre lo que los psicólogos esperaron o creyeron de una psicoterapia individual y lo que se realizaba en el Hospital Diurno. Para los psicólogos esto que realizaron no fue psicoterapia, porque para ellos esta implica más posibilidades de las que se dieron en el hospital.

“(…) creo que un proceso de psicoterapia individual en un paciente psicótico es muchísimo más amplio, requiere muchísimo más tiempo, eh, que los que hacemos aquí, eso.” (Psicólogo A)

“Me costó entender que esto también podía ser psicoterapia entre comillas, uno cuando habla de psicoterapia piensa como en un proceso psicoterapéutico en que eso implica su tiempo y montones de cosas que acá no tiene” (Psicólogo C)

“(…) digamos, ehm, eso, creo que es un nombre muy grande hablándolo así, ehm (...) porque yo creo que es un concepto muy amplio para lo que hacemos y para los objetivos que tiene”.  
(Psicólogo A)

Se abrió la reflexión ante el tema y quedó pendiente revisarlo. Nos preguntamos ¿cómo es posible que en el hospital se le llame de una forma a un espacio y no lo consideren como tal?

“(…) la psicoterapia individual en este lugar, haber, la psicoterapia es un proceso que yo no sé si podría llamar psicoterapia en particular, partiendo por eso (…) [en las actividades programadas esta comprendido ese espacio con el nombre de psicoterapia individual] Sí, es cierto (…) creo que a lo mejor buena pregunta para pensar en cambiarle el nombre (…)” (Psicólogo A)

### ***Definición.***

A pesar de las dificultades que se compartieron con relación a todo lo que implicaba una psicoterapia individual, los psicólogos presentaron significados asociados a la idea de psicoterapia individual. Estas se relacionaron con la idea de un espacio, por lo tanto, un lugar que implicó cierta distancia entre, por lo menos, dos personas. Allí se pudo reflexionar sobre temas que no habían podido ser atendidos en otras instancias y que eran de importancia para los pacientes.

“El lugar de la psicoterapia individual tendría que ver con, con ese espacio después de un tiempo donde se van esculpiendo con formas, donde se podría pensar (…)” (Psicólogo A)

“Creo que es un espacio que podría ayudar a poder pensar algunas cosas que quedan rezagadas en el espacio grupal, sobre todo eso, ehm, sea cuales sean ellas y sean quien sea quien esté pensando eso, más que esas cosas más individuales puedan tener alguna cabida, alguna posibilidad de pensarse en ese espacio.” (Psicólogo A)

En este espacio entre un paciente y un psicólogo llamado psicoterapia individual, existió una diferenciación hecha hacia los pacientes. Primero, porque no todos los pacientes tuvieron acceso a iniciar este proceso de manera inmediata, ya que para iniciar este proceso era necesario que el paciente pudiera tolerar este espacio. Los psicólogos indicaron que el tolerar el espacio tenía relación con tolerar a un otro que estaría con él durante la sesión, el psicólogo, el cual por motivos de la paranoia presente en la esquizofrenia, pudo ser visto como un ente gozador o como anulador de ellos. Por ésta razón este espacio pudo ser utilizado posteriormente a la psicoterapia grupal, ya que es luego de un tiempo cuando los pacientes pueden presentarse más ordenados y en confianza con algún psicólogo.

“(…) como un espacio de mayor diferenciación, eh, donde pueda ser tolerada la presencia de un otro sin, sin la angustia paranoia, eh, o sea eso, de partida para que funcione algo, eh (…)” (Psicólogo A)

Sin embargo nos preguntamos: ¿serán solamente los pacientes quienes no logran tolerar la presencia de otro amenazante o también en ellos se presentó algo de aquello?, considerando el hincapié hecho por los psicólogos en tolerar la diferencia y en dignificar a este otro diferente.

Siendo tolerado el espacio se posibilitó algún diálogo entre psicólogo y paciente. Este diálogo implicó algo más que una conversación simple, más bien se trató de un vínculo entre psicólogo y paciente, donde había respeto y consideración por lo dicho.

“(…) y dé esta posibilidad de algún diálogo” (Psicólogo A)

“La psicoterapia, yo creo que... bueno, se establece como un lugar en el cual se puede lograr un vínculo más cercano entre comillas, cosas que no van a aparecer en otras instancias que son grupales o otras instancias que se ven como más lejanas” (Psicólogo B)

“(…) son como de cuidar que aquello que es dicho tiene como valor, aun cuando de repente aparezca disgregado o sin suficiente coherencia en cualquiera de los dos espacios, digamos, sí.”  
(Psicólogo A)

Los psicólogos consideraron que fue de gran importancia para originar un vínculo el que ellos hayan dado un trato digno a los pacientes. Resaltaron la

importancia de no dejarlos en la categoría de objeto, sino más bien considerarlos como sujetos merecedores de algo, de ser considerados, otorgándoles un valor.

“La psicoterapia es el espacio para identificarse como persona no sólo desde la enfermedad, y yo creo que eso es como lo fundamental es el tratamiento, el contactarlo con los aspectos sanos (...) creo que va ligado al tema de darle valor a las personas (...) Es como el espacio que tienen donde se les trata como indi... como personas, como individuo único digamos” (Psicólogo C)

“Aquí dignificaban a los pacientes y que eso no es muy común (...) sobretodo en los pacientes esquizofrénicos, y yo creo que comparto esa filosofía con la directora de acá, por lo tanto eso también se trasmite en la psicoterapia y empapa todo” (Psicólogo C)

Nos preguntamos, ¿en qué consiste este trato digno?, ¿qué es lo que se respeta en los pacientes, acaso la presunción de un sujeto vulnerado en sus derechos? No hay problema en ello, mas no es suficiente para plantear un tratamiento para la psicosis, porque no se logra sostener en el bien hacer sino está sostenido en un corpus teórico clínico que le de sustancia a este quehacer.

Como ejemplo, para comprender la reflexión anterior, he aquí un extracto de un psicólogo que indicó su forma de verlo.

“Las posibilidades que tiene son muy limitadas, y a veces son muy limitadas, pero aún si esas posibilidades son muy limitadas que para uno parezcan son las posibilidades del paciente. Entonces no sé, frente a la posibilidad de que alguien termine la educación básica por ejemplo eh, transmite el mismo valor que un magíster”  
(Psicólogo C)

Además, en este espacio donde se pensarían y reflexionarían ciertos temas de importancia para los pacientes junto a los psicólogos. Se buscaría que no sólo se pensaran, sino que quedara algo de esos pensamientos, de esas reflexiones hechas en conjunto con los pacientes. Los psicólogos también indicaron que estos pensamientos deberían estar asociados por los pacientes a ciertas sucesiones de significados que les permitieran una mayor comprensión del paciente.

“(…) algunas frases, o algún tema, o alguna experiencia pueda ser compartida, elaborada, pensada con ese otro (…).” (Psicólogo A)

“(…) frases que en psicoterapia, que en ambos espacios pueden ser, eh, utilizados para establecer una cadena de significados respecto de lo que le pasa a esa persona, digamos, que se van, en el mejor de los casos (ríe) encadenando, para tener una mayor comprensión de lo que le pasa a este otro (…).” (Psicólogo A)

“Espero con estos pacientes que guarden algo que ellos puedan quedarse con algo, me da lo mismo con que, con mucho con poco, con todo con algo” (Psicólogo C)

**Resumen: Psicoterapia Individual: Dificultad del Concepto y Definición desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos indicaron que la psicoterapia individual fue un espacio de dos personas donde se pudo pensar temas no atendidos en otras instancias y de importancia para los pacientes, estableciéndose un vínculo basado en un trato digno y de respeto; vínculo logrado posteriormente a la psicoterapia grupal, porque necesitó que el paciente pudiera tolerar a un otro antes. La psicoterapia individual en los psicólogos produjo discordancia entre lo que ellos comprendían por psicoterapia individual y lo que se realizaba en el HD, ya que existían menos condiciones de las esperadas para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico.*

***Dirección del Trabajo.***

Los psicólogos presentaron algunas indicaciones con relación a la tendencia y el rumbo a seguir en su trabajo dentro de las psicoterapias individuales. Inicialmente indicaron que dentro de la psicoterapia grupal existían algunos objetivos que eran para todos, como los principios para todas las psicoterapias, pero eso no implicó que fueran para todos por igual, ya que cada paciente fue considerado como único, sobretodo en este espacio de la psicoterapia individual.

“Objetivos generales [de la psicoterapia individual] que se apliquen a todos los pacientes (...) pero cada uno tiene sus objetivos (...) con cada paciente es un objetivo distinto”  
(Psicólogo C)

Algunos de los objetivos considerados como específicos fueron:

**Generar un Vínculo.** Los psicólogos resaltaron el hecho de que los pacientes hayan podido tomar contacto con algún otro, ya que para vincularse fue necesario tolerar a otro. Se generó alguna especie de unión que se vio afectada por el breve tiempo disponible para facilitar algún vínculo.

“La individual... yo diría que depende mucho de los pacientes, eh, con algunos es sólo a veces establecer como vínculos (...)”  
(Psicólogo B)

“Ahora hay que entender que el proceso psicoterapéutico que podamos llevar a cabo es muy cortito, entonces también es como acotada esa relación que se puede, que se puede tener (...)”  
(Psicólogo C)

Dentro de ese vínculo a veces sólo era necesario conservarse como un otro que no fuese amenazador ni anulador para el paciente, sino que le permitiera un cierto

apoyo y normas indicadoras de aquello que no había estado presente en sus vidas hasta ahora, las reglas.

“(...) en otros mantenerse como referente, digamos, entre lo bueno y lo malo, criterio de realidad, etcétera (...)” (Psicólogo B)

“A veces uno si siente que puede hacer una pequeña diferencia, con cosas mínimas, como escuchar, no con sacarles la psicosis, no con volverlos a su vida entre comillas normal, sino en transformarse en un adulto que no abusa, que no maltrata, que sí escucha y que sí está interesado realmente en lo que le pasa, pero que también comprende sus limitaciones” (Psicólogo B)

Si bien los psicólogos indicaron que dentro del vínculo establecido fue necesario establecerse como referente, también agregaron que fue necesario situarse como acompañantes en este proceso. Como por ejemplo cuando los pacientes iniciaron su tratamiento, mostraron desorientación por lo desconocido, y cuando lo finalizaron, mostraron inquietud por lo que venía.

En general sería como uno acompañarlos, acompañarlos en lo que les está pasando, resolver dudas, ahm... y como que baje la angustia para que les permita tomar ciertas decisiones a partir de su salud” (Psicólogo B)

**Conocer su Historia.** Una vez generado el vínculo en cualquiera de sus formas, se posibilitó conocer al paciente en su historia clínica y de vida, más allá de lo que indicó su ficha clínica.

“(…) el conocimiento del paciente, el conocimiento de la historia de la enfermedad (…)” (Psicólogo C)

“Que se aclaren, estoy tratando de llevarlo al general ah... ehm, que puedan conocer sus aspectos sanos fundamentalmente, y manejar lo enfermo de manera más adecuada para ellos y puedan asociar”  
(Psicólogo C)

**Rehabilitación.** Se incluyó como importante para la dirección del trabajo de la psicoterapia individual el que dentro de las sesiones se abarcaron temas relacionados con el volver a situarse en diferentes ámbitos de sus vidas, pudiendo sembrar el aguardo de una rehabilitación gracias a la vivencia de estos procesos. Dicha idea de rehabilitación fue central dentro del Hospital Diurno, abarcó cada uno de sus espacios, fue transversal y no específico de este espacio que se estableció dentro de la psicoterapia individual.

“(…) los mismos objetivos del centro, la reinserción familiar, social, la rehabilitación.” (Psicólogo C)

¿Dónde queda el escuchar lo que los pacientes traen y posibilitar sus objetivos personales? El discurso indica que el trabajo siempre se orienta desde el hospital hacia los pacientes, ¿sabrán los psicólogos qué es lo indicado para los pacientes más allá del saber de los propios pacientes?

**Capacidad de los Profesionales.** A pesar de las direcciones del trabajo que fueron presentadas por los psicólogos, las cuales nos indicaron el rumbo que debería seguir la psicoterapia individual, y tal como ocurrió para la psicoterapia grupal, los psicólogos refirieron que las ideas presentadas tenían directa dependencia con el profesional que estuviese a cargo, indicando que su funcionalidad se subordinó a este según la formación profesional que tuviesen, más que a principios directores como los mencionados anteriormente.

“Lo primero que diría es que depende de cada situación, creo que aporta cosas distintas según sea la persona que está en terapia individual, y también aporta según el terapeuta y yo creo que tiene que ver con el encuentro con la formación, eh, y eso apunta a que puede aportar cosas distintas (...)” (Psicólogo A)

Se agregó a esta idea de variabilidad según la formación profesional del psicólogo que se encuentre encargado de la realización del trabajo, la variabilidad de la personalidad de los profesionales. Los psicólogos indicaron que lo que no debía perderse como norte sería el cuidado y el respeto hacia los pacientes. Volvemos a la concepción de dignificación de los pacientes; sin embargo, hasta en estas ideas

refirieron que no hay estabilidad, pero que deberían ser importantes, porque cada palabra mencionada por los pacientes nos podría estar permitiendo comprenderlos un poco más.

“Establecer una relación con el otro de cuidado y de respeto, eh, eso, algunas veces lo hacemos más que otras, eh, es momento de cada uno en, no sé, también según las personalidades, eh, de respeto y de cuidado, porque aquello que el otro dice tiene valor, que para comprender su historia, para entender lo que le pasa y, que sea que es material cualquier frase, que es material para poder servir para la comprensión” (Psicólogo A)

Se hizo difícil comprender las ideas mencionadas, nuevamente no comprendemos si lo anterior podría ser visto como un retorno a la realidad entre tanta idea ideal o bien como una inconsecuencia en la manera de actuar del Hospital Diurno, presentando un ideal que no les preocupa cumplir ni mantener. Esta forma de afrontar la psicoterapia individual, al igual que la psicoterapia grupal, pareciera poner énfasis en el destino del profesional que ingresó al Hospital Diurno y el espacio asignado; derivando en la suerte y no apoyándose en los beneficios de las bases teóricas.

**Resumen: Psicoterapia Individual: Dirección del Trabajo desde los Psicólogos.**

*Los psicólogos indicaron que la dirección del trabajo de la psicoterapia individual estuvo relacionada con generalidades, esperándose que lograran aprovechar el espacio rehabilitándose y tolerando la presencia de un otro; y con particularidades de cada paciente, estableciendo un vínculo, conociendo su historia, situándose como un referente y acompañante, no amenazante ni anulador. Al igual que en la psicoterapia grupal, la dirección del trabajo dependería de capacidades personales de los profesionales más que capacidades teóricas, manteniéndose sólo la dignificación de los pacientes; podría ser visto como un retorno a la realidad o como una inconsecuencia.*

Para una comprensión integrada de las configuraciones discursivas de los psicólogos podemos revisar el siguiente diagrama:

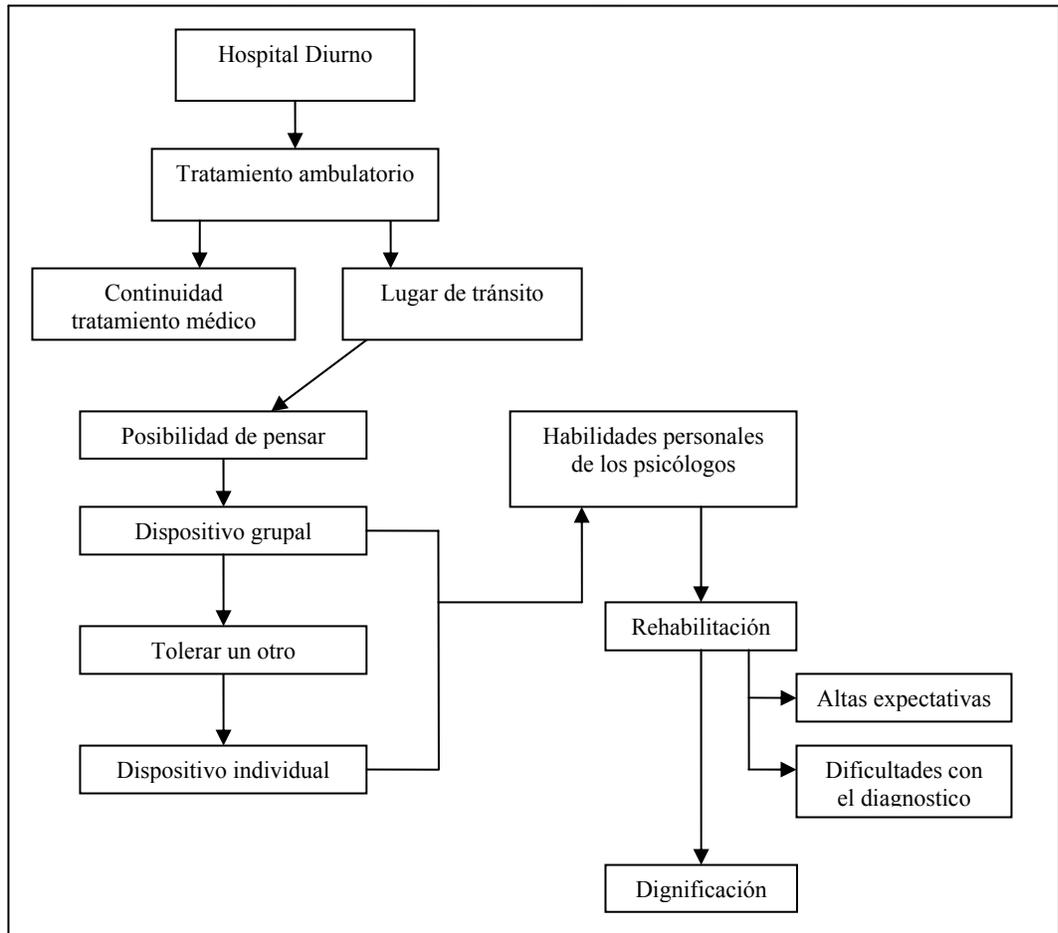


Fig. 6: Diagrama resumen desde los psicólogos.

## **5.- Conclusión y Discusión:**

Nuestra idea acerca de este estudio se inició con la incertidumbre en relación con los posibles efectos psicoterapéuticos presentes dentro de un Hospital Diurno. Sin embargo, para comprender el fenómeno, pronto nos vimos advertidos de la necesidad de abordar otros elementos anteriores. Así, finalmente nos preguntamos cuál es la importancia de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana.

Nuestro deseo nos convocó ante ésta pregunta y ante ésta investigación. Además, abrió nuevos espacios de exploración relacionados con lo clínico-comunitario en el tratamiento para la psicosis desde una perspectiva analítica. Principalmente, posibilitando estudios clínicos relacionados con los pacientes respecto de los inicios de sus síntomas, sus hospitalizaciones y la manera de abordarlo de sus familias.

La rigurosidad y la constancia que utilizamos en esta investigación, nos permitió demostrar un compromiso con la comunidad del Hospital Diurno, tanto con los pacientes como con los psicólogos.

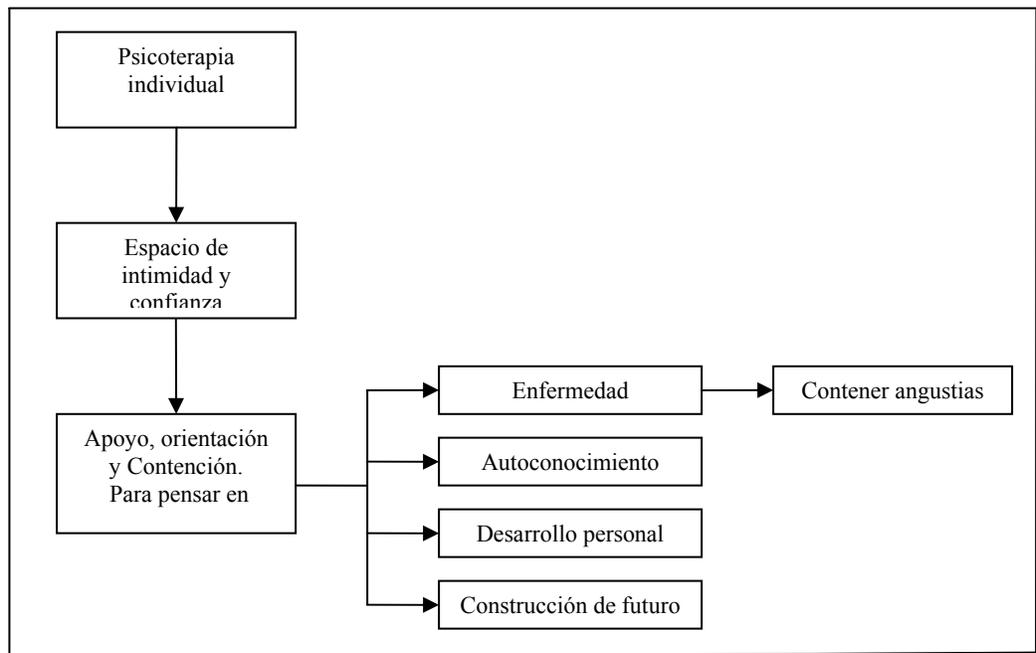
De acuerdo con el análisis de los resultados y con los objetivos planteados en ésta investigación podemos concluir lo siguiente:

**Respecto de la descripción desde los pacientes de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno:**

***Psicoterapia Individual desde los Pacientes:***

Los pacientes describieron su psicoterapia individual como un espacio para pensar y trabajar temas relacionados con su enfermedad, auto-desarrollo, auto-conocimiento y construcción de futuro, en un clima de intimidad y confianza con su psicólogo.

Algunos pacientes indicaron preferir este espacio por ser más personal y contenedor de angustias, sintiéndose apoyados y orientados en temas de su vida y de la enfermedad.



*Fif. 7: Diagrama resumen Psicoterapia Individual desde los pacientes.*

### ***Psicoterapia Grupal desde los Pacientes:***

Los pacientes describieron su psicoterapia grupal como un espacio de diálogo entre los compañeros en un clima de respeto y bajo la mediación de un psicólogo. Para facilitar el diálogo los pacientes realizaron dibujos y escritos que luego presentaron al grupo con el fin de recibir opiniones y sacar conclusiones en conjunto con relación a temas personales y de su esquizofrenia. Los temas fueron tratados con cuidado y reserva debido a la intimidad que involucraron.

La importancia de este espacio radicó en que los pacientes pudieron opinar, compartir y relacionarse con sus compañeros, logrando identificarse con un otro en situaciones comunes y generándose un sentimiento de pertenencia al grupo. Esto alivió la soledad con la que llegaron y condujo a una localización subjetiva, porque dando su opinión los pacientes se responsabilizaron de su lugar en este espacio. Además, se compararon con sus compañeros en sus condiciones saludables respecto del diagnóstico e intentaron integrar a los que indicaron estar aburridos. La demanda de entretención actuaría como evitación al trabajo de temas complejos y delicados como su enfermedad.

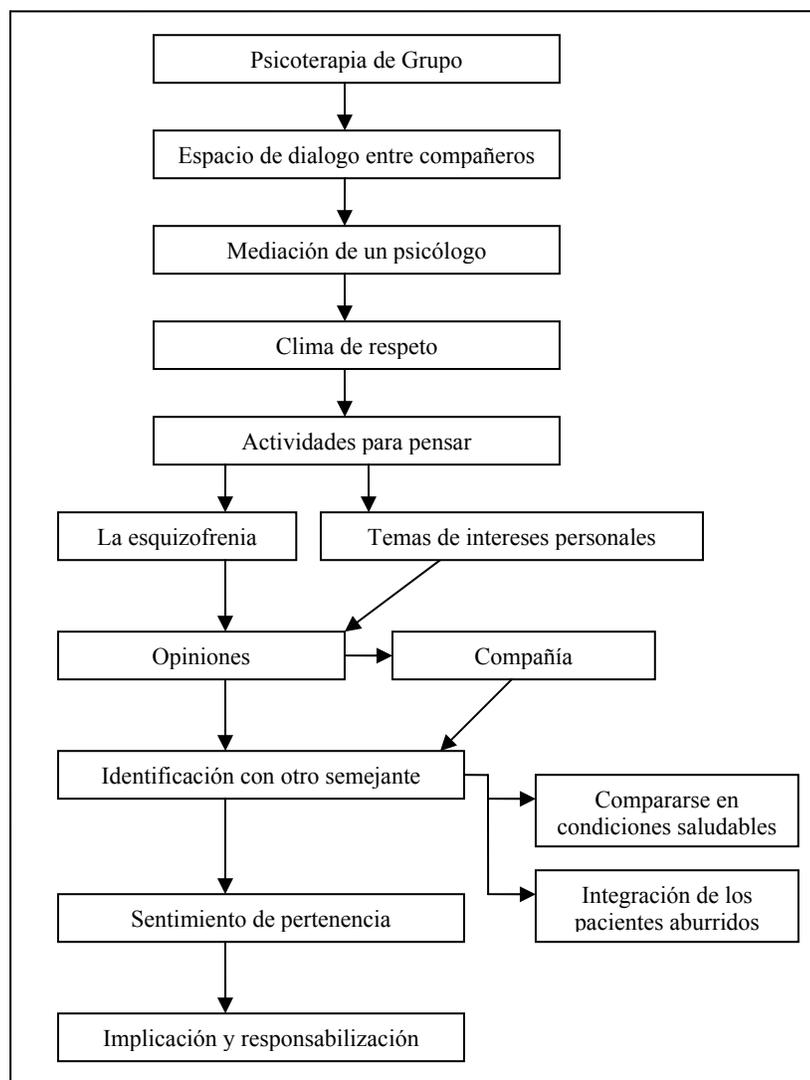


Fig. 8: Diagrama resumen Psicoterapia Grupal desde los pacientes.

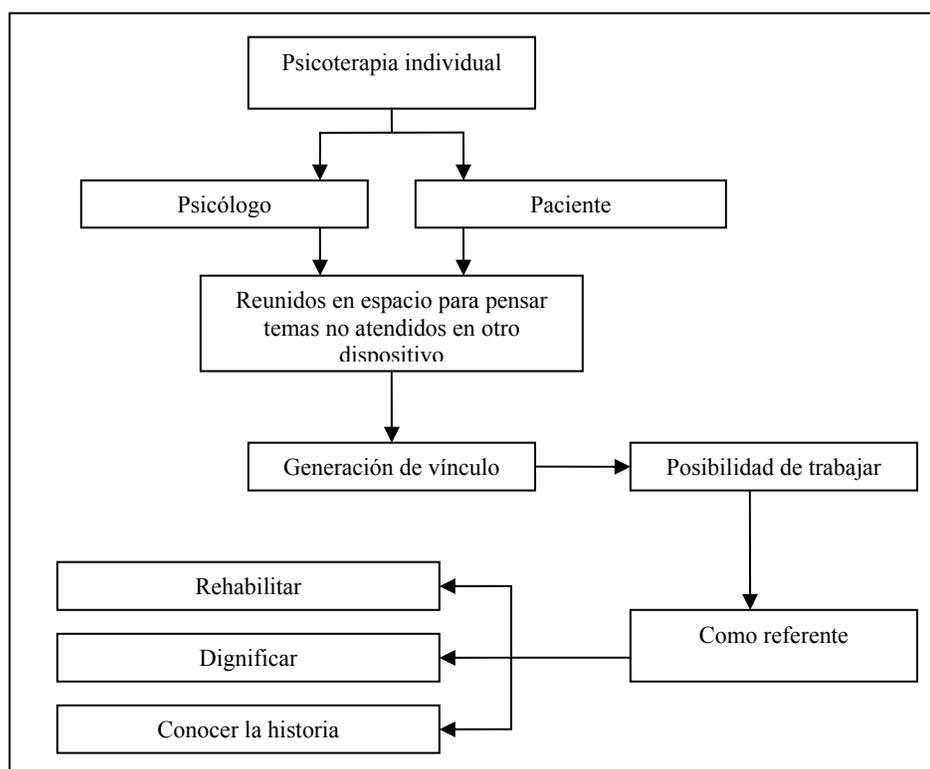
**Respecto de la descripción desde los psicólogos de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno:**

Para los psicólogos, los espacios psicoterapéuticos individuales y grupales debieron posibilitar a los pacientes ser o existir sin presiones y llevarse consigo lo que les hizo sentido, pudiendo recordarlo y aplicarlo en situaciones posteriores.

### ***Psicoterapia Individual desde los Psicólogos:***

Los psicólogos indicaron que la psicoterapia individual no se ajustó a sus preconcepciones. Sin embargo, la describieron como un espacio entre un psicólogo y un paciente donde se acompañó a pensar, respetuosamente, los temas de importancia que no fueron atendidos en otros espacios. Esta instancia fue posterior a la psicoterapia grupal, porque necesitó que el paciente pudiera tolerar a un otro antes, por lo mismo se procuró no ser amenazador ni anulador para no repetir las pautas familiares.

Este espacio les permitió a los psicólogos situarse como referente, dignificar, rehabilitar y conocer la historia de los pacientes.



*Fig. 9: Diagrama resumen Psicoterapia Individual desde los psicólogos.*

### ***Psicoterapia Grupal desde los Psicólogos:***

Los psicólogos consideraron a la psicoterapia grupal como el núcleo del Hospital Diurno. La describieron como un espacio en el cual un psicólogo y un grupo de pacientes con un diagnóstico en común se reunieron para poder pensar en conjunto y acompañarse bajo límites y normas de convivencia en un marco de confianza y respeto. El que los pacientes compartieran un diagnóstico les permitió conformarse con una historia en común.

A los pacientes se les permitió utilizar el espacio de acuerdo a sus tiempos, para que pudiesen tolerar la compañía, se involucraran y responsabilizaran gracias a la identificación que se produjo entre ellos a través de la socialización. Se realizaron algunas acciones facilitadoras que permitieron cumplir con los objetivos: se contextualizó los temas trabajados y se involucró a los pacientes acerca de lo realizado en las sesiones anteriores; se integró lo que estos iban diciendo y se dedicó tiempo a preguntarles sus opiniones; se intentó dar sentido al espacio y a las actividades realizadas; por último, se dio importancia a la contingencia y a lo que surgió desde el interés de los pacientes.

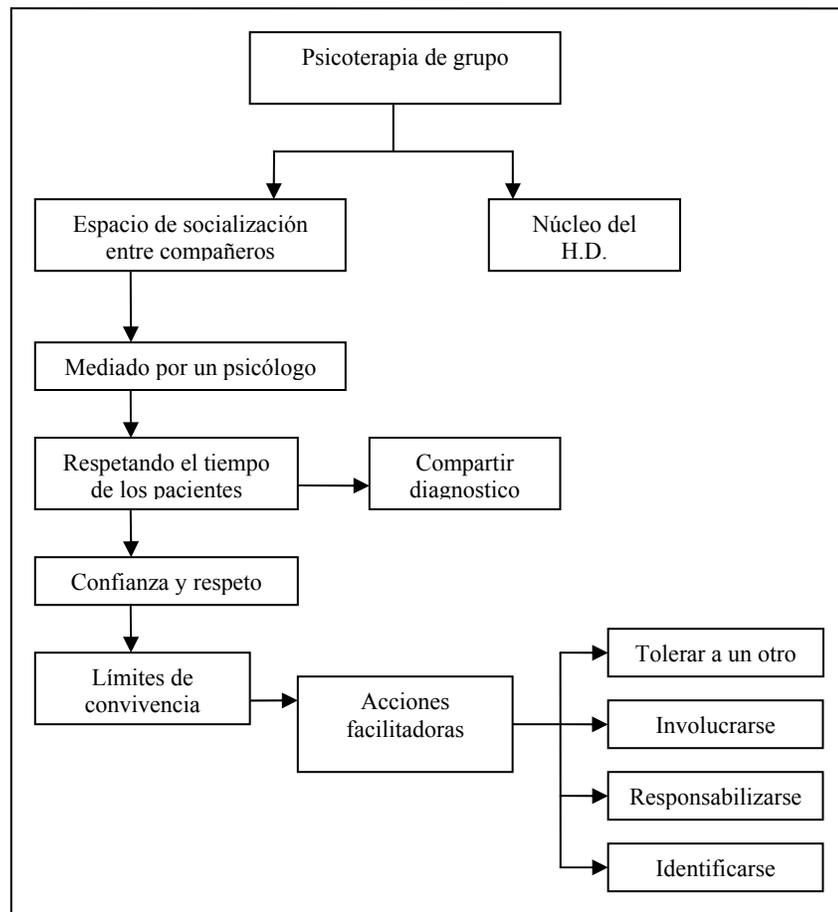


Fig. 10: Diagrama resumen Psicoterapia Grupal desde los psicólogos.

**Respecto de la contribución a la comprensión de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro de los hospitales diurnos como una modalidad de atención para la psicosis:**

Podríamos resumir la idea diciendo que en la medida que una hospitalización ambulatoria se acerque a lo que es una psicoterapia institucional se posibilitará la funcionalidad de las psicoterapias en tanto dispositivos terapéuticos; para esto es necesario utilizar la vida social de los pacientes con fines terapéuticos.

Sin embargo, para una mejor comprensión de este punto es necesario considerar el recorrido que hemos realizado a lo largo de esta investigación. Además, consideramos de provecho para su comprensión que sea desarrollado con profundidad a lo largo de esta conclusión y discusión.

**Respecto de la importancia de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana:**

El Hospital Diurno viene a situarse como una institución terapéutica dentro de las modalidades de tratamiento para la psicosis. Los pacientes, al encontrarse bajo un sistema de hospitalización ambulatoria, circulan por la ciudad, no están aislados tras los muros de la reclusión. Por lo tanto, el tratamiento dentro del Hospital Diurno es contener lo contingente, para esto se requiere no sólo escuchar al paciente, sino que también creerle.

No obstante, los pacientes llegan al Hospital Diurno con un goce autista que aparece en lo real y con una vaga idea de lo que es su enfermedad y lo que es este lugar. Su desconocimiento tiene relación con su condición de pacientes AUGE, porque éstos, por lo reciente de su diagnóstico, más bien, se encuentran perplejos ante lo que les ocurre y esperan que haya alguien que pueda hacerse cargo.

Se sitúan en un lugar de expectativa y dependencia con los psicólogos, ofreciéndose como objeto para el Otro, requiriendo de constante atención y acompañamiento, para contener las tendencias a la escisión y aislamiento que presentan. Para los psicólogos, no aceptar este lugar que le dan los pacientes, es una

constante en su trabajo, porque su deseo estará puesto en la posibilidad de que emerja un sujeto en los pacientes.

El Hospital Diurno interviene con la esperanza de que lo simbólico funcione y actúe como si hubiese localización subjetiva en los pacientes psicóticos, proponiendo instancias psíquicas externas para una mejoría imposible por condición estructural.

La psicoterapia de la psicosis, no es sino dentro de un contexto institucional que la soporte y contenga, ya que lo grupal soporta y contiene a los pacientes. Si no hay institución, no hay ley ni renuncia a una satisfacción pulsional. Para esto, es necesario que las psicoterapias se realicen sobre la base de un corpus teórico que oriente, un espacio que estructure y un tiempo suficiente que permita enfrentar los conflictos psíquicos. Pareciera que en este Hospital Diurno el trabajo con los pacientes se trata de *pensar*, o más bien de *aprender a pensar*, para generar una implicación activa en su tratamiento, ya no sólo a través de la familia.

El espacio individual, actúa principalmente, luego de que los pacientes puedan tolerar a otro, y en la medida que sea suficientemente plástico y flexible para que el psiquismo del paciente se despliegue en su singularidad. Subjetivando, en la medida de lo posible sus actos, implicándose en ellos y en su propio tratamiento.

Allí les será posible abrir alguna pregunta donde sólo se encontraban respuestas incuestionables, aparecerá la vacilación. Esto no quiere decir que ya no escucharán voces o que el delirio desaparecerá, sino que los pacientes podrían hacer algo con su delirio, para aprender a vivir con él y no para él. Entonces, se ordena simbólicamente delimitando el goce, se guía el discurso en el campo del Otro, haciéndolas de testigo y no de cómplice. Guía y testigo de que los pacientes, mediante su trabajo, se inventen un lugar y un saber que les permita hacer lazo social.

En la psicoterapia grupal, con el tiempo, los pacientes se sienten entendidos, no solo por los psicólogos, sino también por los compañeros del grupo. Mediante la identificación grupal y el sentimiento de pertenencia, los pacientes pasan de ser sujetos traídos al grupo, a ser sujetos protagonistas de la propia historia del grupo; es decir, pasan del rol de enfermo al rol de integrante del grupo, pudiendo cumplir con las reglas de convivencia del espacio.

El efecto de sentido radica en la seguridad y confianza para depositar su locura en ese espacio, con la garantía de que el resto vive o vivieron situaciones parecidas. El diagnóstico los reúne y posibilita un discurso y un saber en común, dándose la posibilidad de recrear vínculos dañados en su historia y salir de la soledad en la que están inmersos, mediante la relación con otros. El grupo sería considerado como el núcleo del Hospital Diurno.

Pareciera que el efecto de grupo es lo que hace posible un *como si* en los pacientes. La psicoterapia grupal intentaría enganchar un discurso en común entre los pacientes. Sabemos que el paciente psicótico está en el lenguaje, pero no en el discurso, entonces el enganchar o hacer un discurso común entre los pacientes, significaría hacer lazo. Esto generaría un apaciguamiento de goce, tratando de anudar imaginariamente, a partir de un lazo social con otro semejante.

En estos dispositivos terapéuticos, no solo hay cabida para el conocimiento de su crisis y el manejo de sus síntomas y los fármacos; si no que también para el desarrollo personal, el auto-conocimiento, el crecimiento y la autonomía, posibilitado por el trabajo de su escisión, integrando lo que en ellos está enfermo y lo que está sano, aceptando el repliegue autista y el aislamiento.

La psicosis aparece como cáscara resquebrajada, la institución le entrega un significante que la sostenga. Sin embargo, éste debería funcionar también como estabilizador, si no los pacientes deberían asistir perpetuamente al hospital para poder hacer el como si, y se estarían aislando dentro de la misma institución. La institución debe permitir que algo falte dentro de ella para que sea encontrado en el mundo, sino pensaríamos en una institución total. A este lugar, se viene para poder irse y no para quedarse. Por otra parte, para irnos de un lugar, primero tenemos que poder estar en él.

La circulación tiene un sentido que tiende a contrarrestar la dificultad en la psicosis para hacer lazo social, contribuyendo a la ficción de un reconocimiento social del sujeto. Por lo tanto, si bien se les dificulta, a los pacientes, su instalación allí, el Otro hospitalario debe ofrecer un lugar psicoterapéutico donde el psicótico pueda alojar su saber, sus certezas y acotar el goce, propiciando la restitución del sujeto al lazo social.

El trabajo realizado por los profesionales en el Hospital Diurno contempla diversas premisas, entre ellas el modo en que es comprendida la esquizofrenia, en tanto fenómeno clínico y social.

El tiempo en que está definido el tratamiento en el Hospital Diurno, da cuenta de la estandarización que existe con relación a los pacientes con esquizofrenia. Los protocolos AUGÉ se sostienen en fórmulas generalizadas, con tiempos definidos para los pacientes con anterioridad. Estos tiempos no están planteados desde las necesidades de los pacientes con relación al tiempo que demoran en integrarse al

hospital. Entonces, nos preguntamos ¿los tiempos del hospital serán los tiempos de la psicosis?

Puede discutirse el modo en que se comprende la esquizofrenia en este modelo de tratamiento, en donde un sistema es aplicado sobre un paciente, y se espera que éste responda a los estímulos propuestos por el hospital, basándose en la estabilización que pueden dar los medicamentos.

El paciente es medido de acuerdo a conductas y síntomas que dependen de la eficacia del sistema; antes de ser escuchado, es mirado y evaluado de acuerdo a síntomas y conductas. Al parecer, el valor de su palabra está por debajo de lo que representan sus signos, lo cual es propio de la mirada médica.

De acuerdo a esta lógica, la palabra del paciente esquizofrénico está fuera de la realidad. Por lo tanto, ¿qué es lo que se escucha del paciente? y ¿qué consecuencias trae el modo en que es escuchado? Los pacientes recalcan que son escuchados, de eso no hay duda, pero ¿desde dónde son escuchados?.

Existe una marcada inclinación en los profesionales del Hospital Diurno a evaluar la esquizofrenia desde lo faltante o la falla. No sólo la falla, en cuanto constituye una falta en el lazo social, sino que con relación a la carencia en términos racionales, cognitivos y emocionales. Entonces, volvemos a preguntarnos ¿qué se escucha?, ¿será acaso el momento en que el paciente empieza a perder la razón, o en el cual empieza a recuperarla?.

No queda claro el estatuto de la escucha de los dispositivos psicoterapéuticos de este hospital, sin embargo, queda clara la posición que asumen los psicoterapeutas al escuchar al paciente, ya que desde el hospital predomina la calidad humana y las habilidades personales, antes que la especificidad del trabajo teórico. En otras

palabras, el valor que se asigna a la escucha del paciente radica en que éste es digno de ser escuchado.

Desde los profesionales se propone dignificar a aquello que ha fallado o que está fuera de la razón. Por esto, se hace necesario dignificar lo indigno, y así acompañar, mediante límites, a quien padece de una condición marginal, hacia donde sea posible vivir ajustándose a los parámetros de convivencia social. El problema de dicha integración es que sigue conteniendo la distinción de anormalidad. En el fondo es el acto humanitario de permitir integrarse a los anormales en una forma de vida normal.

Este fenómeno humanitario, relega a segundo plano el fenómeno clínico del tratamiento. Entonces, ¿quién detenta la función clínica en el tratamiento de la esquizofrenia, considerando que la psicología ocupa el lugar de la escucha, pero desde la dignificación de un sujeto vulnerado en lo social?

Para la psicología, ¿este sujeto es exclusivamente vulnerado en derechos?, ¿no será que aquello que constituye su marginalidad es consecuencia de su condición estructural? Y por último, ¿no será preciso que la psicología ponga su atención en la condición estructural de la esquizofrenia antes que en sus consecuencias?

Podemos pensar que el carácter ambulatorio del hospital puede tener más que ver con la necesidad de poner en acción el ejercicio de una ciudadanía ausente en el paciente. El sujeto psicótico se definiría como aquel que está incapacitado de ejercer sus derechos como ciudadano, no compartiendo reglas de convivencia.

Esta idea no es nueva ni lejana, la alienación mental excluye al sujeto de ejercer estas funciones, este se encuentra enajenado, otrora criminal, poseído o navegante sin rumbo. Hoy es víctima de no poder ejercer la ciudadanía, entonces el

valor de los nuevos modelos de tratamiento consistiría en abrir espacios al loco hacia una convivencia social. El acto de transitar al que hacen referencia los psicólogos, dice relación con un encuentro, mediante los cuales el paciente pueda “existir”, sería compartir un espacio, una realidad con otros pacientes, de lo cual puede resultar un lazo social. ¿Existir sería acaso que el paciente psicótico se ligue en el plano del lazo social?

Pese a esto, aquello que garantiza la capacidad del paciente para acceder a la convivencia social está en manos del saber de la psiquiatría, la función de diagnosticar corresponde exclusivamente a ellos. Sólo a partir de la venia médica es posible declarar a un paciente en capacidades de acceder al plano de la convivencia social. Los pacientes son ajustados a diagnósticos en donde no se dan posibilidades de crítica y reflexión acerca de los criterios que los determinan.

La función que asumen los psicólogos del hospital, es la de planificar un tratamiento para un paciente que ya fue diagnosticado, marginándose de la discusión clínica. Existe un nulo ánimo de crítica frente a esta práctica, que tiende a reducir la experiencia clínica a un diagnóstico que no logra contener la complejidad del caso. Consideramos que este problema es de gran complejidad, porque tiene directa relación con la posición que asume la psicología como corpus teórico frente a las nuevas formas de tratamiento de la psicosis.

El tratamiento que realiza el Hospital Diurno corresponde a una propuesta proveniente desde las nuevas políticas de salud mental, que tienen relación con la idea de que el paciente es un agente activo en su proceso de tratamiento, y no un objeto de la institución en la cual es aislado del resto de la sociedad. La visión de los

psicólogos, acerca de los pacientes, está relacionada con esta idea. Dignificar se sostiene en la idea de empoderar al paciente en sus facultades como usuario de un sistema dispuesto para él, garantizando el acceso al tratamiento como un ejercicio de sus derechos.

Para garantizar el ejercicio de derechos ciudadanos a los pacientes es necesario dar valor a sus vidas, a sus experiencias y a sus tiempos. Es preciso no dejarse llevar sólo por el ánimo de brindar un espacio de respeto y dignidad al paciente, sino que asumir una posición frente a él y a su experiencia, y frente a decisiones de abandono y respeto.

La clínica de la psicosis no consiste sólo en un acto caritativo, ni sólo en un ejercicio de tolerancia. Consiste en una ética de escucha al paciente, en donde aquello que puede ser dicho puede cobrar valor para existir. Por lo tanto, es preciso no reducir esta experiencia a un trabajo estandarizado, y procurar una visión crítica del rol que asume la psicología, en el ejercicio teórico y clínico, en el marco de la salud mental en los nuevos modelos de tratamiento.

## Bibliografía:

- Albano, S. (2004). *Michael Foucault. Glosario epistemológico*. Buenos Aires: Quadrata.
- Alonso, L. (1998). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240). España: Síntesis.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (s.f.). *DSM-IV*. Estados Unidos.
- Averbach, M. (s.f.). Qué deseo del analista en las psicosis. Extraído el 1 de Julio de 2007 desde <http://www.etatsgeneraux-psychanalyse.net/mag/archives/paris2000/texte185.html>
- Baudrillard, J. (2002). *Violencia de una cultura dominante. Las singularidades de un pensamiento único*. Santiago: Le Monde Diplomatique Noviembre. Año 1. N°. 5.
- Bertran, G. (comp.). (2004). *Hospital de día: Particularidades de la clínica*. Argentina: Minerva.
- Calo, O. (2001). *Ética y Salud Mental*. Revista Psicoanálisis y El Hospital, Incidencias de la Ley. Año 10, N°19. (pp. 115-122)

- Campuzano, M. (1991). *Tratamiento Grupal y Ambulatorio de Psicóticos*. *Revista Subjetividad y Cultura*. Extraído el 9 de Enero de 2007 desde <http://www.indepsi.cl/indepsi/Servicios%20Indepsi/t-psicotico.htm>
- Camus, P. (1993). *Filantropía, medicina y locura*. Santiago: Instituto de Historia Puc.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta
- Chemama, R. y Vandermersch, B. (2004). *“Diccionario del psicoanálisis”*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Czermak, M. (1987). *Estudios psicoanalíticos de la psicosis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Colin y Demay. (1933). *Psiquiatría*. Barcelona: Pubul.
- Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis.
- Eidelstein, G. (1996). *El cuaternario y la estructura*. *Revista de Psicoanálisis: Objetos caídos*. . Año 1. N°2 (pp. 109-110).
- Estebalíz, A. (2000). *Experiencia grupal con esquizofrénicos en un centro de salud mental*. Extraído el 26 de Noviembre de 2007 desde <http://www.omeaen.org/norte/8g/n08045050.pdf>
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), (1993). <http://www.feap.es>
- Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). (2007). Sección discapacidad psíquica. [www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl)

- Fontaine, A. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1989). *Arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (1997). *Vigilar y castigar*. Barcelona: Siglo XXI.
- Freud, S. (1997). *Las neuropsicosis de defensa (1894)*. Argentina: Biblioteca Nueva.
- Fudín, M. (s.f.). *El tiempo de la urgencia. Ruptura del lazo social y emergencia de una ética*. Extraído el 20 de Octubre de 2007 desde [http://www.drwebsa.com.ar/emergencias/nro\\_09/em09\\_06..htm](http://www.drwebsa.com.ar/emergencias/nro_09/em09_06..htm)
- Fudín, M. (2000). *Tiempos de las intervenciones familiares en la psicosis*. Extraído el 20 de Octubre de 2007 desde <http://www.efba.org/efbaonline/fudin-04.htm>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud pública*. Buenos Aires: Paidós.
- Gil Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos*. Barcelona: PPU.
- Gil Flores, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Goffman, E. (1984). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Guinea, R. (2002). *El hospital de día psiquiátrico como dispositivo terapéutico. Revisión bibliográfica*. Extraído el 20 de Octubre de 2007 desde [http://www.hdmadrid.org/hospiweb\\_revision.htm](http://www.hdmadrid.org/hospiweb_revision.htm)
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes*. Barcelona: Gedisa.
- Lacan, J. (1969-1970). Seminario 17. El reverso del psicoanálisis, Buenos Aires: Paidos.
- Lacan, J. (2003). *Escritos 2. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible para la psicosis*. Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2002). *Seminario 3. Las psicosis*. Argentina: Paidos.
- Leclaire, S. (1999). *Principios para una psicoterapia de la psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Lestard, D. (s.f.). *Lo mínimo indispensable: experiencia como pasante en una clínica de psicoterapia institucional en Francia, La Borde*. Extraído el 16 de Junio de 2007 desde <http://www.topia.com.ar/articulos/0703-pasantalaborde.htm>
- Lourau, R. (1938). *El análisis institucional*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Macri, S. (2007). *Seminario: El síntoma en la experiencia analítica articulaciones teórico-clínicas*. Círculo de Estudios Lacanianos: Santiago.

- Marchant, M. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Martínez, A. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo. Pasos hacia una antología de la esquizofrenia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2000). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2001). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2002). *Instrucciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2004). *Protocolo AUGE. Tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2005). *Garantías explícitas en salud. Guía clínica primer episodio esquizofrenia*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2007). Sección Salud Mental. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Medina, E. (2001). De manicomio nacional a hospital psiquiátrico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Vol. 39. N°1 (s.p.).
- Mujica, M. (1998). *Hospital día y rehabilitación*. Extraída el 20 de Octubre de 2007 desde <http://www.hdmadrid.org/ponenciaamrp.htm>

- Naranjo, C. (2001). *Hospital de día en psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado de la situación en Chile*. Santiago: Universidad Santiago de Chile.
- Numhauser, C. (2007). *Institución Terapéutica*. Extraído el 13 de Enero de 2008 desde <http://www.casadelparque.cl/descargas/INSTITUCION.doc>
- Olivos, P. (1985). Historia de los hospitales diurnos. *Revista de psiquiatría*. N°11, (pp. 23-27).
- Olivos, P. (1988). Psicoterapia de Grupo de Orientación Analítica con pacientes Psicóticos en un marco de Comunidad Terapéutica. *Revista de psiquiatría*. N°5, (pp. 127-130).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *CIE-10*. Ginebra.
- Oury, J. (1998). *Conferencia: Libertad de circulación y espacio del decir*. Pronunciada en Tours el 16 de Mayo de 1998, traducción: César Covacevich Vásquez. Extraído el 13 de Enero de 2008 desde <http://www.topia.com.ar/articulos/36oury.htm>
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: Cátedra.
- Pujol, M. (1995). Discurso, orden social y relaciones de poder: una propuesta y su ejemplificación en el discurso de la maternidad. *Revista de Psicología social aplicada*. Vol. 5. N° ½. (pp. 165-184).
- Quevedo, M. (s. f.). *El niño en el discurso psicoanalítico*. Tesis para optar a grado de magíster en psicología clínica mención psicoanálisis. Santiago: Universidad Diego Portales.

- Radiszcs, E. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Ramirez, C. (1997). Psicosis y transferencia. *Revista de psicoanálisis: Objetos caídos*. Santiago: Año 2. N°3. (pp. 41-50)
- Riquelme, R. y Arancibia, C. (2002). *Estructuras intermedias en la comunidad: una estrategia psicodinámica de tratamiento de la psicosis*. Revista Psiquiatría y salud mental. Vol. 19, N°1, (pp. 40-45)
- Sanfuentes, M. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Schivelband, G. (2004). El dispositivo de taller en el tratamiento de pacientes psicóticos: algunos trazos. Extraído el 1 de Julio de 2007 desde <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=6230>
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC). (2002). *Red de salud mental y social*.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Argentina: Manatíal.
- Soler, C. (2004). *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Argentina: JVE.

- Sota, M.E. (1989). Introducao a uma clinica diferencial das psicosis. De: Contardo Galligaris. En Revista “*El discurso psicoanalítico. La enseñanza de Jacques Lacan*”. Año 1. N°1. (pp. 58-64)
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Vallejos, F. (2006). *Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental*. Extraído el 20 de Marzo de 2008 desde [http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.%2024\\_1\\_2006\\_15.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.%2024_1_2006_15.pdf)
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Volco, L. (s.f.). *Un modelo de tratamiento de la psicosis*. Extraído el 13 de Enero de 2008 desde [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/terapiaocupacional/social1/un\\_modelo\\_de\\_tratamiento\\_de\\_la\\_psicosis.htm](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/terapiaocupacional/social1/un_modelo_de_tratamiento_de_la_psicosis.htm)
- Zarzuri, R. (2003). *El muestreo en la selección de entrevistados: el caso de las entrevistas en profundidad*. Santiago: Apuntes de clases.

# ***Anexos***

## **Anexo 1:**

### **Glosario de Siglas y Definiciones.**

<b>Sigla</b>	<b>Definición</b>
HD	Hospital Diurno
HFB	Hospital Félix Bulnes
EQZ	Esquizofrenia
TEC	Tratamiento Electro Convulsivo
R1 – R2	Rehabilitación 1 y 2
C.O.	Comentario del Observador
C.E.	Comentario del Entrevistador
IAE	Intento de Auto-Eliminación

## **Anexo 2:**

## **La Institución.**

### ***2.1.- Descripción Física del Hospital Diurno:***

*Fecha: Martes 20 de Noviembre de 2007. (Acompáñese de Fig.1)*

El Hospital Diurno es una casa ubicada en la comuna de Quinta Normal, en la calle Gonzalo Bulnes, afuera de ella nada indica que este lugar sea un hospital, lo único distinto las otras casas es que ésta tiene la reja abierta a la comunidad.

A través de la reja puede verse el antejardín. Entrando, en la mitad izquierda hay un rosal y un níspero que le da sombra a la casa, también en los bordes de la casa hay plantas, el resto del suelo es de baldosas rojas con líneas blancas en sus orillas. Bajo el árbol los pacientes instalan una banca de día, por la sombra, este lugar está destinado a fumar, en el árbol se encuentra amarrado un tarro de Nescafé grande, allí botan las cenizas de sus cigarrillos. También en el antejardín instalan otra banca que da del lado del sol, justo frente a la entrada, apoyados en las bancas también dan vueltas un par de ceniceros rojos de madera, estos fueron donados hace un tiempo por un paciente, él mismo los habría fabricado.

Al atravesar el antejardín y cruzando el portón de madera que delimita lo que se llama antejardín, nos encontramos con el patio hacia la derecha (C.O. esto vendría a ser el estacionamiento de toda casa, tiene el tamaño para estacionar cómodamente dos autos grandes). El patio habitualmente está despejado, el suelo de éste es igual al del antejardín, es decir, baldosas rojas con líneas blancas en sus orillas. En sus

costados a la pandereta continua de la casa vecina existen algunas plantas, además algunos maceteros por los costados bordeando el portón de madera. También desde allí se ve una parra que se encuentra más bien seca, junto a ella, más o menos en la mitad de la pandereta hay un lavadero en tono rojizo, allí se guarda la manguera, bajo el receptáculo hay una fuente de plástico, esta le fue dejada a una gata que parece vivir en el hospital.

Hacia la izquierda, desde el portón de madera donde nos encontrábamos, existe una puerta de madera pintada de café, cruzando el peldaño, que está bajo ella, el suelo es de madera, esta es la recepción, en ella observamos hacia el lado izquierdo un escritorio con un computador sobre él, la pantalla y la cpu. Además, existen algunos artículos de escritorios como corchetera, clips, tijeras, lapicero con lápices, un taco con los días del año y un teléfono-fax. Frente al escritorio una silla. Sentados en aquella silla, a nuestra espalda queda una ventana que da al antejardín. Al lado derecho, se encuentra un mueble que aposenta a la impresora y en el espacio de abajo las resmas con las hojas, sobre este, en la pared, un mural de corcho, que cuenta con los teléfonos de contactos de las redes comunitarias. Junto a este, al lado derecho y un poco más arriba, un reloj mural, y al lado izquierdo un calendario con todos los meses del año, cada mes que ha pasado está tachado con un plumón. Si continuamos sentados allí, hacia el lado izquierdo se encuentran sobre un estante que cubre toda la pared, los archivadores, en ellos se puede leer estadísticas de diferentes años, fichas de enfermería, nombre de los profesionales del hospital, altas de diferentes años, fichas de diferentes años y algunos sin nombres. También se ven algunas carpetas de colores atravesadas y allí se encuentran algunos libros que son parte de la biblioteca del hospital, la colección cuenta con unos 10 libros. Los archivadores están apoyados

por un par de esculturas en tono café. (C.O. es un tono tipo betún). En la parte de abajo del estante este posee correderas, estas generalmente se encuentran abiertas, pudiéndose divisar parte de la mercadería que corresponde al hospital, como cloro, lavalozas, tés, entre otros.

Volviendo a pararnos desde la puerta principal de la recepción, al fondo, se encuentra el baño de los profesionales, dentro de este también se guardan algunos artículos de aseo, como por ejemplo, la aspiradora dentro de la tina, y en un mueble la otra parte de la mercadería, como las sopas, las salsas, los fideos, etc. (C.O. el baño es una especie de baño-bodega y por la ventana se escuchan algunas conversaciones de los pacientes, porque la ventana da justo al sector del árbol donde está el tarro de cenicero y donde se reúnen la mayoría a hablar cosas de ellos y compartir de sus experiencias de vida). Saliendo del baño, hacia la izquierda, la primera puerta es la que da a la sala de enfermería, al cruzar el portal el piso ahora está alfombrado, al lado izquierdo se ubica un escritorio con sus correspondientes sillas para quién atiende y quien es atendido. En el escritorio se halla la agenda de la doctora y algunos listados de paciente y otros papeles, en esta sala, después de mediodía, atiende la psiquiatra del hospital. Al lado derecho de ésta hay una repisa que cuenta con algunas carpetas, apoyada sobre ella un mural de plumavit forrado con cartulina negra, que indica con papeles las fechas de los próximos controles médicos de los pacientes. Junto a esta un mueble que guarda algunos medicamentos y están los artículos de curación básicos de todo hospital, como alcohol y algodón. Además, en otro cajón del mueble se guardan las fichas de los pacientes, es aquí donde debe buscar cada profesional según las requiera. Frente a este mueble, en la pared opuesta, se ubica la camilla, sobre ella una manta doblada en la cabecera y un cojín sobre esta. Al costado

(C.O. haciendo como de velador de la camilla) un mueble con otros artículos de enfermería como el riñón. Junto a este mueble, en la pared opuesta a la puerta por la cual entramos, existe otra puerta que tiene salida a la sala de terapias grupales. En las mañanas la sala es ocupada por la paramédico para realizar el control de peso de los pacientes, entre otras funciones que corresponden a la salud.

Estábamos recorriendo el lugar desde la puerta del baño de los profesionales, entonces, la segunda puerta con que nos encontramos desde allí, es la de la oficina de dirección y del equipo, esta oficina también está alfombrada, en el lado derecho al entrar hay un closet que guarda los materiales para realizar las actividades dentro del día, como plasticinas, témperas, lápices de colores, pegamentos, tijeras, block, algunos libros de arte y algunos juego de mesa. En la parte superior del closet, que llega hasta el techo, se divisan unos cassettes de video y de audio, parte de los adornos navideños, un par de teclados de computador y algunos archivadores vacíos. Al centro de la sala un escritorio rodeado de sillas, a la espalda de él, una ventana que da al patio, junto a la ventana un diario mural de plumavit forrada con cartulina roja, que indica una nómina de los pacientes del hospital, con los datos de ingreso, el profesional responsable de cada uno, los medicamentos utilizados como S.O.S. en cada uno y algún teléfono de contacto.

Frente a esta pared existe otro diario mural de plumavit, allí se encuentra el horario del hospital, las psicoterapias asignadas, la planificación mensual que se construye semana a semana y algunos recordatorios al equipo. En la pared opuesta al closet, en la mitad derecha, cuelga un cuadro que fue donado por un paciente antiguo del lugar, en el lado izquierdo otra puerta, esta da a la sala de terapias grupales. En la

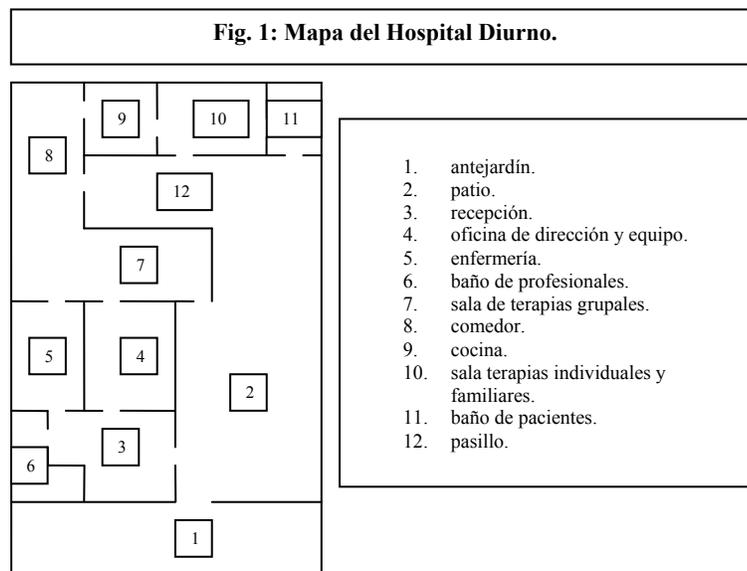
esquina, entre el mural con las nóminas de pacientes y el cuadro, hay un perchero de madera, junto a él un piso que sostiene un teléfono que ya no sirve.

Antes de describir la sala de terapias grupales, volvamos al patio, desde el centro de éste y mirando hacia el fondo vemos otra puerta en el lado izquierdo, esta también da con la sala de terapias grupales. Más al fondo se observa, al lado derecho, la puerta que da hacia el baño de los pacientes, para esto es necesario cruzar el peldaño que nos indica que atravesamos el pasillo, éste tiene el mismo suelo descrito en el patio. El baño es mixto, en él podemos ver el inodoro, el lavamanos, un papelerero, un receptáculo que guarda ventiladores o balones de gas, según la época, y un perchero con una toalla, antes existía un espejo que fue roto por una paciente. El baño tiene una puerta que conecta con la sala de terapias individuales, esta está bloqueada, antes desde ahí se podía oír parte de las conversaciones que se mantenían en la sala, debido a esto fue clausurada.

Si salimos del baño y caminamos por el pasillo, notamos que el pasillo está techado con planchas de zinc y lo siguiente que encontraremos a mano derecha, es la puerta principal de la sala de terapias individuales, al lado derecho se aprecia una ventana que da a la sala de terapias grupales, justo ahí hay una mesa que no suele ocuparse, salvo para dejar trabajos secando. Debajo de esta mesa hay un posillo con comida de gato. Frente a esta, pasada la sala de terapia individual, está la ventana de la cocina. En el fondo del pasillo existe un ventanal, que al ser cruzado uno se encuentra en el comedor, allí se ven inmediatamente las largas mesas que son utilizadas para almorzar o para trabajar en las sesiones, son tres mesas de madera laminada en blanco con las respectivas sillas alrededor de estas. Hacia el lado izquierdo nuevamente está la sala de terapias grupales (C.O. la casa parece enredada,

todas las piezas están conectadas) sin embargo, desde este punto no es posible verla, debido a que se forma una L. Al fondo del comedor, hacia el lado derecho desde la entrada principal, hay un closet que guarda las pertenencias de los pacientes mientras estos se encuentran en las actividades del hospital, junto al lado derecho de este una repisa que almacena revistas.

Llegando al fondo del comedor entonces, al lado derecho está la cocina que habíamos divisado por el pasillo, esta tiene al lado derecho una mesa y el lavaplatos, además unas repisas donde se guardan algunos productos alimenticios y donde se cuelgan algunos utensilios. Al lado izquierdo de la cocina, un mueble donde se guardan los platos, posillo, vasos, etc. y el refrigerador. En el fondo hay un basurero y una puerta que da a la sala de terapias individuales, esta puerta se encuentra clausurada.



A continuación se describirá por separado cada sala de terapia grupal e individual, para un mejor entendimiento se pueden acompañar de la Fig. 2 y la Fig. 3.

### ***2.1.1.- Sala de Terapia Grupal: (acompañese de Fig. 2)***

Como vimos, la sala de terapia grupal posee cuatro accesos, para la descripción nos situaremos desde la puerta principal, es decir, desde la puerta a la cual se accede viniendo desde el patio. La sala es aproximadamente de 7 por 4 metros.

Al entrar lo primero que se ve es la silla donde se sientan usualmente los integrantes del equipo del hospital diurno, esta silla al igual que las otras están mezcladas entre sillas de colegio de fierro o metal y unas sillas forradas en cuerina. Detrás de ella da una ventana que da al patio, casi frente al lavadero. Junto a la silla, en la esquina de la sala, se encuentra el mueble que mora al televisor, un dvd y un equipo de música, estos artículos eléctricos son manejados por los pacientes. Allí también se ve un borrador de pizarra de madera. Bajo la ventana y apoyada en la pared se haya una pizarra blanca.

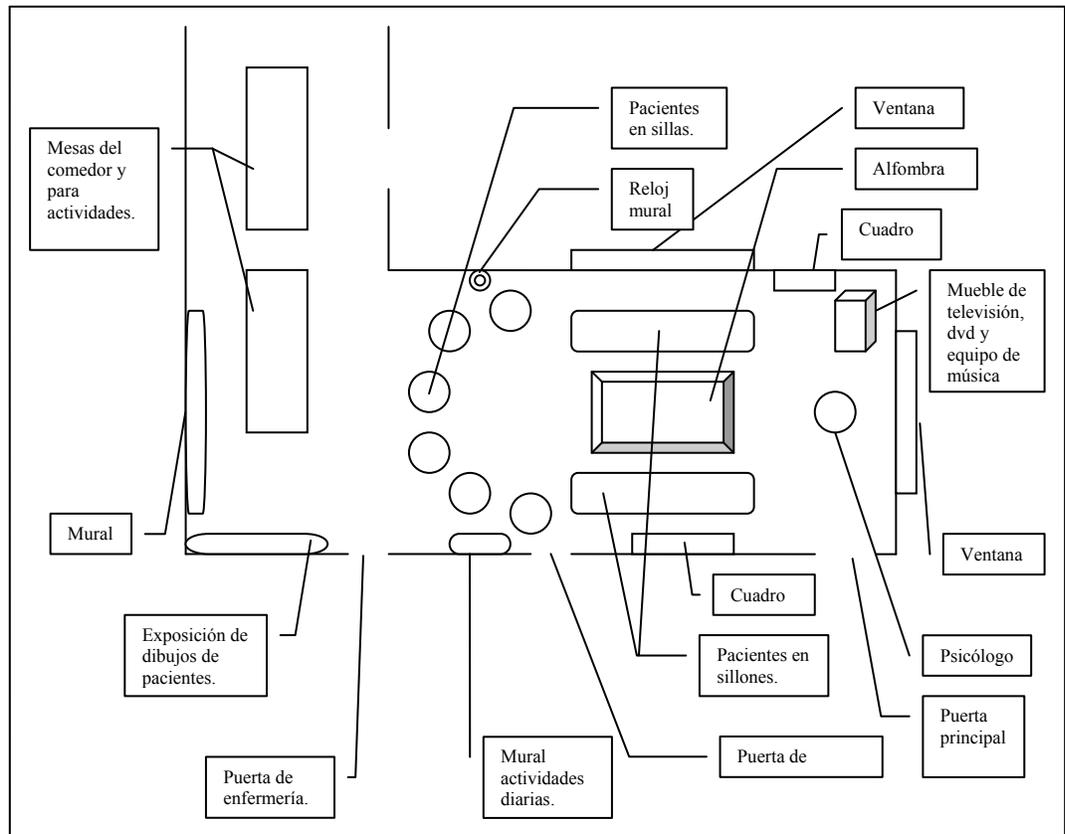
Lo que sigue al avanzar por la sala son una par de futones rojos, uno al frente del otro. El piso es de madera y en la parte de los futones lo cubre una alfombra roja también. El futón del lado izquierdo tiene a su espalda un cuadro que es más bien una fotografía de una ola o algo marino. El del lado derecho tiene a su espalda, en la mitad derecha un cuadro de unas casas (C.O. el cuadro recuerda las casas de Valparaíso, pero no se ven bien definidas, son un poco impresionistas). En la mitad izquierda esta la ventana que da al pasillo y un reloj mural colgado al costado. Ambas ventanas están cubiertas por un visillo que permite ver hacia el otro lado desde ambos sectores. En el techo se ven un par de pantallas rojas de papel puestas simétricamente (C.O. son de esas pantallas que uno ve en las ferias artesanales que

tienen alambre y se pueden guardar plegadas). Si continuamos revisando la pared izquierda, a parte de la fotografía del mar, lo que sigue es la puerta que da hacia la oficina de dirección y del equipo, esta es sólo abierta por integrantes del equipo, los pacientes deben darse la vuelta si desean preguntar o pedir algo. A continuación se encuentra colgado el mural de plumavit forrado con goma eva que indica las actividades diarias que ellos deben realizar. Lo que sigue es entonces la puerta de la enfermería, en esta cuelga un letrero impreso en computador que lo indica. Esta puerta se utiliza para que los pacientes entren allí cuando son llamados por la doctora o la paramédico. Seguido a esto, continuando por la pared izquierda hay un mural de goma donde se colocan todos los dibujos que los pacientes realizan en sus talleres, están en exposición.

En la pared que se ve al fondo, se encuentra el otro mural que generalmente es utilizado por estudiantes de enfermería durante el año, allí se colocan carteles que muestran información acerca de los medicamentos, del tabaco, del alcohol, del peso, del ánimo, de los síntomas, etc. Completando el círculo que dejan ver los futones y la silla ocupada por un integrante de los profesionales del hospital es que se traen las sillas del comedor, según la cantidad de paciente que no entren en los futones, generalmente cuatro en cada lado, usualmente son traídas como seis sillas, cada uno debe acercar su silla.

Cuando llegamos al hospital en vez de los futones había una par de sillones cafés y un sofá café, en cada sillón entraba una persona y en el sofá sólo tres (C.O. el cambio fue beneficioso, iluminó más la sala y permitió que en ellos se sentaran más pacientes)

**Fig. 2: Sala de Terapia Grupal.**



**2.1.2.- Sala de Terapia Individual: (acompañese de Fig. 3)**

Esta sala tiene tres accesos como hemos revisado, sin embargo el principal es desde la puerta que da al pasillo, ya que las otras se encuentran clausuradas. La sala mide aproximadamente 4 por 3 metros. Entonces, estando en el pasillo, al lado izquierdo de donde se encontraba el baño, encontramos una ventana que es de la sala de terapias individuales y familiares, desde ahí no se puede ver hacia adentro, más a la izquierda está la puerta, esta está siempre cerrada con candado, cada profesional debe abrirla para ocuparla.

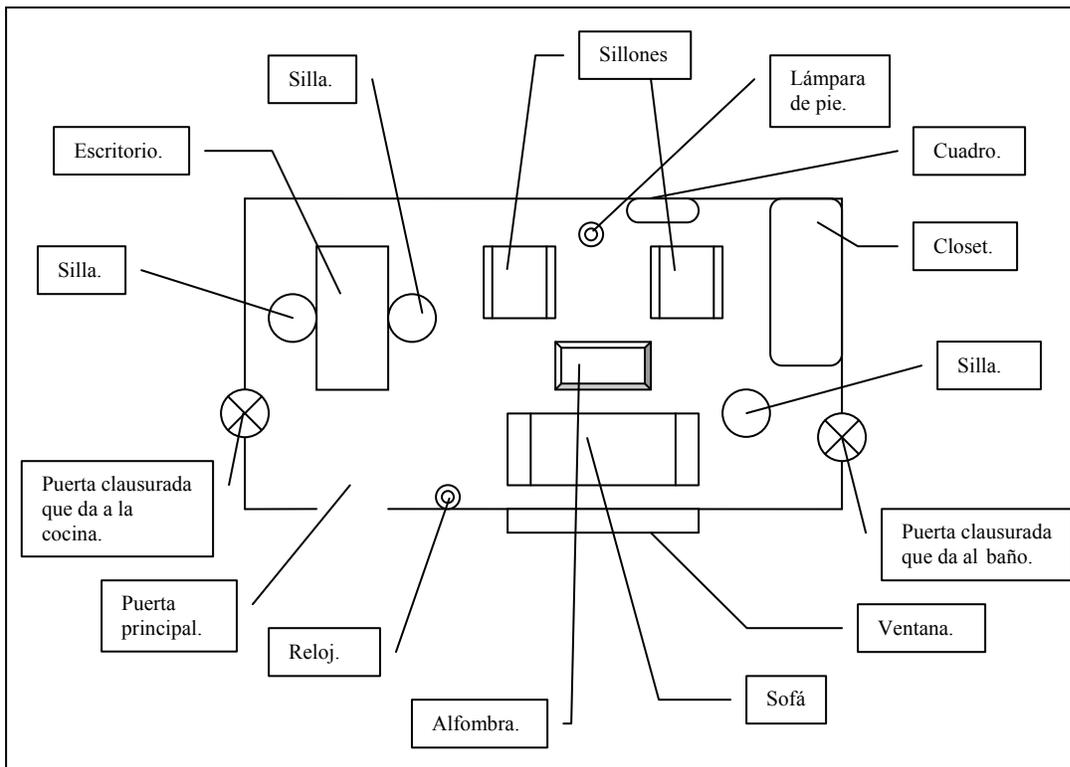
Al entrar, y mirando al lado derecho, se ve un sofá café, detrás de él se ve la ventana que da al pasillo, desde dentro de la sala la luz si permite mirar hacia afuera, teniendo vista hacia parte del pasillo y parte del patio, inclusive de la entrada del hospital. La ventana está cubierta por un visillo. En la esquina que deja el sillón contra la pared, hay una silla como las del comedor, esta está frente a la puerta clausurada que da al baño, en esta puerta hay unas acuarelas de un paciente antiguo pegadas, son paisajes de mar y unos botes. La pared que da a la puerta del baño tiene un closet que guarda algunos objetos no usados frecuentemente, como cosas de oficina y cartulinas, este se mantiene cerrado.

Frente al sofá dos sillones de iguales características lo encuentran, entre los tres están separados por una alfombra roja. Cada sillón y sofá cuenta con cojines rojos. Estos sillones son lo que en un inicio se encontraban en la sala de psicoterapias grupales, a la llegada de los futones estuvieron un tiempo en el pasillo y por las lluvias fueron llevados a esta sala, encontrando aquí su lugar. A la espalda de los sillones se encuentra una lámpara de pedestal y en la pared hay un cuadro de Vincent Van Gogh, el cuadro se titula por el autor “La habitación de Van Gogh”.

Estos sillones y el sofá ocupan más de la mitad de la sala, es aquí principalmente desde donde se interviene. En el lado izquierdo de la sala frente a la puerta principal se divisa un escritorio con dos sillas respectivas para quien atiende y para quien es atendido, estas también son del comedor. El escritorio se encuentra vacío, a lo más a veces hay un lapicero con un par de lápices.

Entre el escritorio y la puerta de entrada, en la pared izquierda se ve la puerta clausurada que da hacia la cocina, en ella hay colgado un calendario del año.

**Fig. 3: Sala de Terapia Individual.**



## 2.2.- Sobre las Actividades:

### Horario Actividades del HD:

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 – 10:00	Bienvenida	Bienvenida	Bienvenida	Bienvenida	Bienvenida
10:00 – 10:30	Tareas Diarias	Tareas Diarias	Tareas Diarias	Tareas Diarias	Tareas Diarias
10:30 – 11:00	Activación	Activación	Activación	Activación	Activación
11:00 – 12:00	Psicoterapia grupal.	Integración Familiar	Psicoterapia grupal.	Psicoeducación	Talleres habilidades cognitivas.
12:00 – 13:00	Taller de Arte	Integración Familiar	Taller de Música	Taller de debate	Talleres habilidades cognitivas.
13:00 – 14:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
14:00 – 15:00	Planificación de la semana	Psicoarte	Taller literario	Circulación de la palabra	Reflexiones de la semana
15:30 – 17:00				Terapia Familiar.	

A continuación realizamos una descripción detallada de las actividades grupales que se desarrollan en el HD:

**Bienvenida:** Es la primera actividad del día en la cual se recibe a los pacientes y se indaga acerca del estado de ánimo, los intereses para el día, inquietudes y preguntas pendientes de los pacientes, se revisa la asistencia, se pregunta cómo han estado, se pregunta por las actividades que ha tenido cada paciente en sus casas. Es un momento de organización en el cual se planifica lo que será de importancia durante la jornada.

Ésta actividad concluye cuando los pacientes eligen las tareas diarias a realizar según el orden de llegada. Está dirigida cada día por distintos integrantes del equipo.

**Tareas diarias:** Actividad que consiste en una serie de tareas que los pacientes realizan en el hospital, éstas tareas tienen que ver con la limpieza y el orden del hospital, tareas tales como barrer el patio, supervisar la limpieza del baño, regar las plantas, servir el almuerzo o eliminar la basura. Esta actividad es supervisada por la paramédico.

**Activación:** Actividad en la cual se realizan en forma grupal ejercicios físicos, fundamentalmente elongaciones, está a cargo de la paramédico, sin embargo es muchas veces acompañada por un psicólogo o por las estudiantes de enfermería.

**Psicoterapia grupal:** Espacio a cargo de un psicólogo, en el cual se permite compartir la experiencia de un tema en común de los pacientes mediante un diálogo grupal, a partir de determinados temas centrales como autopercepción, metas, miedos, conflictos, etc. Todo esto atravesado por lo que implica el tener un diagnóstico de EQZ.

**Integración familiar:** actividad realizada por psicóloga y hasta hace un tiempo por asistente social, en donde se busca que los pacientes reconozcan sus dinámicas familiares y los modos en que estos se relacionan con su diagnóstico y su tratamiento.

**Psicoeducación:** Actividad a cargo de un enfermero en donde se hace referencia a temas que dicen relación con el autocuidado y la enfermedad, el uso de medicamentos, el consumo de alcohol y drogas. Durante el año ésta actividad era realizada en conjunto con estudiantes de enfermería.

**Taller de habilidades cognitivas:** Actividad a cargo de una psicóloga en la cual se busca desarrollar habilidades de atención, memoria, percepción y concentración.

**Taller de arte:** Actividad a cargo de la paramédico donde se dibuja y se desarrollan trabajos manuales. Este espacio durante el año era utilizado por estudiantes de enfermería para tratar temas de autocuidado.

**Taller de música:** Actividad a cargo de una psicóloga donde se trabaja en relación al mismo tema. Este espacio durante el año era utilizado por estudiantes de enfermería para tratar temas de autocuidado.

**Taller de debate:** Espacio en el cual se desarrollan habilidades de discusión acerca de temas contingentes de actualidad nacional, elegidos según los intereses de los pacientes. Durante el año este espacio fue ocupado por estudiantes de enfermería, las cuales continuaban la actividad de psicoeducación.

**Planificación semanal:** Actividad grupal en que hace una revisión de lo que se hará durante la semana, se distribuyen las horas de atención de la psiquiatra y se recuerda acerca de exámenes, altas o reuniones familiares. Aquí también los pacientes

informan asuntos de importancia para la semana. Esta actividad es coordinada por la directora del HD.

***Psicoarte:*** Actividad grupal a cargo de dos psicólogos en la cual se busca desarrollar la capacidad de expresión mediante el arte, la expresión de sentimientos y emociones.

***Taller literario:*** Actividad grupal cargo de dos psicólogos en la cual se busca desarrollar habilidades de expresión y comunicación a través del hábito de la lectura y la escritura.

***Circulación de la palabra:*** Actividad en la cual se busca desarrollar el diálogo y la reflexión acerca de temas relacionados con la identidad, la contingencia de los paciente y temas de interés para ellos. Esta actividad se realiza a cargo de dos psicólogos.

***Reflexiones de la semana:*** Actividad en la cual los pacientes realizan por escrito una reflexión de lo más importante que han vivido durante la semana con el fin de tener un recuerdo al momento del alta. Esta actividad es coordinada por la directora del HD.

***Terapia Familiar:*** Actividad dirigida por la directora del HD, anteriormente dirigida por asistente social, en la cual asisten sólo los familiares de los pacientes, se trabajan temas en torno a la EQZ.

### ***2.3.- Proceso Terapéutico y Metodología de Trabajo:***

*(Según HD)*

#### *Tiempo de vinculación:*

- Entrevista de ingreso: primer encuentro, identificación objetivos en acuerdo paciente y familia.
- Entrevista por psiquiatra, aplicación de escalas, evaluación clínica, ajustes farmacológicos.
- Entrevista Familia: historia vital paciente y dinámica familiar, lazos y vínculos favorecedores de cuidados y autonomía.
- Designación de miembro de referencia del equipo.
- Tiempo de adaptación y vinculación, va surgiendo en la interacción cotidiana, el modo particular de relacionarse el paciente con la institución e permite la identificación de fragmentos de la historia personal recogidos por el equipo y sus compañeros.

#### *Tiempo de individuación:*

- Momento de articulación de objetivos terapéuticos individualizados para el paciente y su familia. Reconocidas algunas de las dificultades y demandas efectuadas y posibles, se diseña un proceso individual a través de implementación de psicoterapia individual (8 sesiones), intervenciones

familiares (4 sesiones); intervenciones según planes de proyecto vital (ocupacional, laboral, de salud, otro).

- Momento donde los conceptos de rehabilitación?... integración?... normalización? cobran sentido según los pasos dados por paciente y familia. Asimismo conceptos de respeto versus abandono de las expectativas del paciente, familia, equipo para invertir algún proyecto vital.

*Tiempo de separación:*

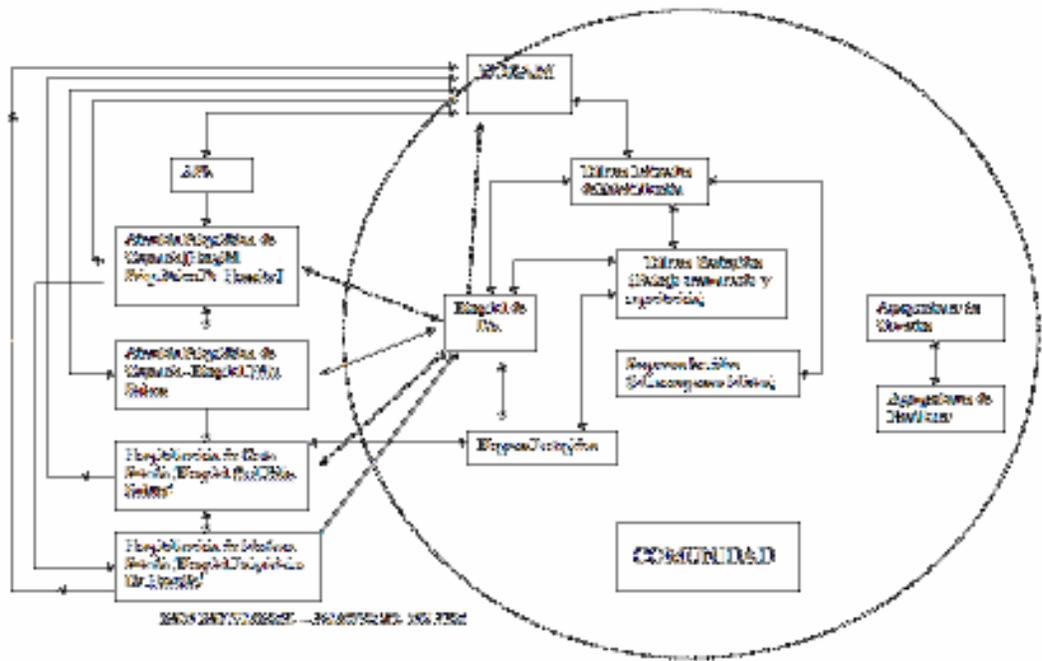
- Los criterios e indicadores de término del proceso son:
- Tiempo de estada definido para proceso en hospital diurno.
- Estabilidad clínica lograda, respuesta favorable farmacoterapia, alivio de síntomas para el paciente (escalas).
- Reconocimiento subjetivo de grados de bienestar por parte del paciente.
- Logros en objetivos determinados en conjunto con paciente y familia.
- Definición de planes de continuidad de proyecto vital.
- Evaluación por parte de equipo y terapeuta de referencia.

*Tiempo de partida y seguimiento:*

- Período de 3 meses de seguimiento, con controles por psiquiatra mensuales y sesiones en número variable según objetivos, realizadas por terapeuta de referencia u otro miembro de equipo.
- Tiempo de evaluación y acompañamiento de objetivos definidos.
- Tiempo de evaluación y acompañamiento de familia como grupo-soporte en la continuidad de cuidados.

- Coordinación con espacios comunitarios.
- Derivación red de salud.

### 2.4.- Red Sectorial Hospital Diurno:



## ***2.5.- Sobre los Pacientes:***

Entrando al HD había un grupo de pacientes fumando, eran personas jóvenes y estaban sentadas en unas bancas, hablaban entre ellos y reían. Uno de ellos era un joven muy delgado, estaba sentado con las piernas cruzadas y fumaba con fuerza su cigarrillo hasta el borde de la colilla, luego de aspirar el humo lo dejaba ir con fuerza entre sus labios, parecía concentrado, tenía una mirada ensimismada, sus manos huesudas sostenían fuertemente el poco cigarrillo que le quedaba mientras miraba al resto de sus compañeros. Usaba unas zapatillas viejas y unos pantalones de tela ajustados que marcaban sus piernas delgadas, las que cruzó al estar sentado, y sobre las cuales apoyó sus manos entrelazadas una vez que terminó su cigarro.

Los otros seguían fumando, al parecer más interesados en la conversación, había un joven que reía con fuerza, parecía que relataba algo que entretenía al resto de sus compañeros, era de buen semblante, no era muy alto, con la apariencia de alguien fuerte, tenía las manos grandes, una figura atlética, la voz profunda y una mirada seductora, llevaba puesto un polerón deportivo color rojo, unos jeans caídos y unas zapatillas de basketball que parecían nuevas, frente a él reían dos mujeres jóvenes que lo miraban atentamente, ambas fumaban de manera coqueta, una de ellas tenía el pelo corto y una sonrisa muy alegre, reía con energía y fumaba con toda tranquilidad manteniendo el cigarrillo estirado en la punta de los dedos, usaba una chaqueta negra ajustada, unos jeans azules y botas café, tenía puestos unos collares de mostacillas de colores que daban armonía a la alegría de su rostro, también llevaba unos aros de cobre grandes que hacían juego con el color de su cabello. La otra joven

era muy delgada, de baja estatura y con ojos con expresión de pena, fumaba y reía con movimientos muy sutiles, retenía el aire un momento y dejaba escapar el humo por la comisura de sus labios, los que eran muy finos, su piel era muy blanca y su pelo negro caía hasta su cintura, usaba una chaqueta beige y pantalones café, su mirada era atenta pero pareciese haber estado perdida, daba la impresión de que estaba pensando en otra cosa o en otro lugar.

Había también dos jóvenes que fumaban y reían con ganas, uno era alto y delgado, reía con ganas y fumaba después de cada carcajada, sus movimientos eran lentos, hablaba lento y pausado, estaba bien aseado y su ropa era sencilla pero ordenada, sostenía con cierta elegancia el cigarrillo entre sus dedos y dejaba notar una clara expresión de placer al llevarse el cigarro a la boca. Junto a él, el otro joven también fumaba, era un joven muy gordo, con la cabeza rapada y un gran paño que cubría su cuello, llevaba un abrigo oscuro, pantalones deportivos y zapatillas, su rostro se veía sucio y sus dedos estaban amarillos por la nicotina, olía fuertemente a cigarro, reía y hablaba sin parar.

De pie en la entrada y mirando hacia la calle había un hombre mayor que el resto, fumaba mientras tenía la otra mano en el bolsillo de su chaqueta, tenía un rostro apacible, sus cabellos que tendían a ser canos estaban bien peinados y aseados, fumaba con tranquilidad mientras observaba a los otros pacientes, se acercó a él un joven que le pidió fuego, éste llevaba camisa y un chaleco de cuello en V con rombos, pantalones de vestir beige y zapatos, sonrió después de encender su cigarro y golpeó placidamente la espalda de su compañero, tenía un rostro muy alegre y tan sólo su mirada llamaba la atención de manera especial, su mirada era constante y directa, una mirada con la que parecía atravesar a quien miraba, sólo la mirada era

inquietante en él, sus movimientos eran placidos y armónicos, se paró a un lado de su compañero y también con una mano en el bolsillo empezó a conversar tranquilamente.

Dentro del diurno, en el patio habían jóvenes jugando pin-pon, uno de ellos reía mientras paleteaba con agilidad, era gordo y no muy alto, llevaba una chaqueta de mezclilla y jeans, zapatos café y usaba el pelo corto, parecía entretenido en el juego. Al otro lado de la mesa estaba un joven con un aspecto más de niño, cada vez que lograba un punto sonreía de manera complacida, tenía el pelo corto y su cara era redonda, tenía sonrisa de niño y su ropa era más grande que su cuerpo, usaba un chaleco holgado y jeans anchos y zapatillas, inspiraba ternura verlo jugar. Otro paciente los veía jugar a un lado de la mesa, era un hombre delgado de pelo largo con canas, usaba pantalón de buzo zapatillas y polerón deportivo, tenía sus manos en los bolsillos, su rostro, pese a sonreír, tenía una marcada expresión de dolor, sus músculos faciales tiritaban constantemente y sus piernas se movían sin parar, daba la impresión de inquietud, de incomodidad pese a hacer comentarios y reír con el juego de sus compañeros.

Al interior de la sala de terapia grupal algunos pacientes veían televisión, estaban sentados en los futones, no hablaban mucho, toda la atención estaba puesta en la televisión, había un joven gordo, que miraba atentamente la televisión y de pronto miraba a sus compañeros y les sonreía, estaba tendido sobre el futón de forma muy relajada, con los brazos extendidos hacia los lados y las piernas estiradas sobre la alfombra, tenía el pelo corto, usaba una parca y pantalón de buzo, también llevaba zapatillas, permanecía en silencio. Junto a él había otro joven que tenía la apariencia de un niño, a diferencia de su compañero éste estaba sentado muy erguido, casi tieso

sobre una parte del futón, usaba también el pelo corto, un chaleco de lana verde y pantalones de tela, llevaba zapatillas y sus manos estaban apoyadas sobre sus rodillas, permanecía con los pies juntos mientras miraba de reojo la televisión, cada cierto rato hacía extraños sonidos guturales o empezaba a mover nerviosamente una pierna.

Frente a ellos, mirando la televisión, estaba sentada una mujer mayor, su rostro era pálido y enjuto, su mirada se fijaba cada cierto rato en el joven que hacía los sonidos guturales, la expresión bajo su rostro maquillado era triste, permanecía en silencio con los brazos entrecruzados sobre su pecho y las piernas juntas, tenía el cabello largo y tomado con un moño en la parte posterior de su cabeza, llevaba falda larga, botines negros con tacos y un chaleco blanco sobre un beatle gris.

Fuera de la sala de terapia grupal, en el fondo del patio había una mujer adulta que miraba fijamente a una gata que jugaba en el suelo, ella permanecía parada frente a la gata sin expresión alguna, sólo una mirada directa que era cubierta por su cabello rubio y largo, el cual cubría la mitad de su rostro, era alta y delgada, llevaba puesta una manta de castilla, pantalones rojos y zapatos negros, permanecía por un largo rato en silencio e inmóvil, de pronto empezó a caminar y recogió a la gata, la tomó en sus brazos y la llevó al lugar en que había alimento para ella, la dejó comer y empezó a hablar con ella en forma tierna, ésta mujer tenía el rostro sucio, su aspecto era descuidado pese a que sus gestos eran muy finos y delicados, hablaba en voz baja y no se relacionaba con otros pacientes, su mirada era ida, no buscaba las miradas de quienes pasaban junto a ella, permaneció por otro largo tiempo junto a la gata.

Los pacientes transitan, conviven un tiempo y luego abandonan este lugar y así van llegando nuevos pacientes que utilizan este espacio cada cierto tiempo, van cambiando los rostros, pero las formas de relacionarse permanecen, con el tiempo

llegaron nuevos pacientes, llegaron adultos parecidos a los que vimos y también jóvenes con nuevas modas, góticos, pokemones, sin embargo el lugar siguió siendo el mismo.

## **Anexo 3:**

### **Observación Participante: Psicoterapias Grupales.**

Las observaciones participantes que mostramos a continuación se realizaron en las sesiones de psicoterapia grupal a cargo de un psicólogo en el HD, éstas fueron llevadas a cabo desde finales de Marzo hasta finales de Noviembre del presente año. Asistimos a cada una de ellas debido a que nos encontrábamos, además, bajo el contexto de la práctica profesional en el HD, sin embargo en el siguiente escrito se han seleccionado sólo algunas de ellas, por cierto las de mayor relevancia para nuestro estudio.

Las sesiones se realizaban los días Lunes y Miércoles desde las 11 AM hasta las 12 AM en la sala de psicoterapias grupales. Dentro de las sesiones se dieron algunas dinámicas que resultaron ser una constante, ya sea porque eran parte de las exigencias para poder hacer psicoterapia grupal o porque se dieron de forma natural.

Las sesiones se realizaban con todos sentados formando un óvalo, así todos podían ver el rostro de cada uno de sus compañeros. El psicólogo ocupaba algo parecido a la cabecera dentro de la circunferencia (para un mayor entendimiento remitase a descripción física del HD. Fig. 2). Cuando fue necesario dibujar o utilizar algún material, se disponían las mesas de modo que lo anterior no se perdiera y se trabajaba de igual forma.

Otra de las constantes fue la metodología que utilizaban para trabajar los temas generales de las sesiones. Los temas en los cuales nosotros participamos

fueron: los autorretratos del presente, el alta, los autorretratos del futuro y un recuerdo de los cero a los cinco años; en cada uno de estos temas generales la forma de trabajarlos era que cada paciente hacía un dibujo siguiendo la consigna correspondiente. Luego de esto durante las sesiones que seguían, voluntariamente cada paciente decidía cuando se trabajaba su dibujo. Entonces, al inicio de cada sesión se preguntaba quién quería revisar su dibujo, alguno levantaba la mano y decía yo, se buscaba el dibujo que estaba guardado por el psicólogo y se pasaba de mano en mano, cada uno observándolo detenidamente en todos sus detalles, para que así una vez que todos lo hubiesen visto se pudiera dar paso a una ronda de comentarios. El dibujo se colocaba en un lugar donde todos pudiesen verlo y cada uno comenzaba diciendo qué le llamó la atención de lo que vio, qué sensación le dio, qué pregunta le gustaría hacer o qué se imaginó, así el autor del dibujo escucha atentamente y contestaba las preguntas, al final decía qué le hizo sentido de lo que se dijo y se sacaba una conclusión. Es decir, en base a todas las observaciones de los propios compañeros es que se podía llegar a una interpretación que sería validada o rechazada por el autor del dibujo.

También, a menudo ocurre que durante la sesión se escuchan ruidos que provienen desde afuera, como las micros que pasan, los perros que ladran, la música de algún vecino, alguna conversación desde la oficina de la dirección y el equipo ante lo cual es necesario avisarles, también se escuchan ruidos desde la cocina o salen olores debido a la cercanía de la hora de almuerzo con el de la psicoterapia grupal, etc.

### ***3.1.- Miércoles 21 de Marzo de 2007.***

El psicólogo parte puntual la sesión, hubo 17 pacientes que participaron de la sesión, antes de entrar a la sala de psicoterapias grupales ellos estaban fumando en el patio, el psicólogo los llamó y rápidamente comenzaron a llegar a la sala y se fueron sentando en los sillones y conformando un círculo u óvalo con ayuda de las sillas, uno de ellos quedó muy adelante sentado y los mismos compañeros le dijeron que se echara para atrás para poder ver. También uno de ellos llegó un poco más tarde y se sentó más atrás que el resto, nadie le dijo nada, él se ve mayor que el resto del grupo (C.O. parece que él no se siente integrado al grupo, no habla con nadie salvo que alguien le pregunte algo, podría verse afectado por la diferencia de edad).

El psicólogo inició la sesión saludando con un “buenos días, “¿cómo están?”, en conjunto contestan bien, pasó un segundo y uno de ellos dijo “yo estoy preocupado porque tengo que ir a buscar el hemograma ¿puedo ir?, porque me va a ver la doctora hoy”, le contestaron que terminando la sesión podía ir, que ahora tenía que participar de la actividad porque la opinión que él podía dar a sus compañeros en la actividad era importante para el grupo, el paciente dijo “bueno” y se quedó tranquilo en su asiento.

El psicólogo dijo y preguntó “bueno chiquillos hoy tenemos psicoterapia grupal ¿quién recuerda en qué estamos trabajando?”, primero se produjo un silencio y varios miraron al suelo, pero luego uno de ellos dijo “los autorretratos”. Entonces el psicólogo complementó y explicó en qué consiste la actividad que desarrollan en este momento, dijo “sabemos como funciona esto, ¿verdad?, hace un tiempo dibujamos un

autorretrato pensando en cómo nos vemos actualmente y entonces ahora los estamos revisando en conjunto, ¿verdad?”, cada vez que él dice verdad alguno le mueve la cabeza diciendo sí o le contestan con un sí vocal.

Entonces preguntó “¿quién quiere comenzar?”, uno de los pacientes contestó que él quería (C.O. este paciente usualmente llega atrasado a esta psicoterapia, viene sólo a esta actividad y a psicoterapia individual porque está en proceso de alta y se ha propuesto un trabajo diseñado para él y sus necesidades). El psicólogo buscó el dibujo entre todos los que tenía guardados y lo miró atentamente, luego lo pasó al paciente que tenía sentado a su derecha, luego dijo “saben como funciona esto, primero miran el dibujo atentamente y luego lo pasan al compañero de al lado, una vez que dé la vuelta dan su opinión del dibujo y luego el autor nos cuenta si está de acuerdo con lo que se dijo o no, ¿de acuerdo?”. El dibujo corrió entre las manos de los pacientes, algunos lo miraron con atención y se tomaron su tiempo, otros muy rápidamente, de igual manera mientras el dibujo dio la vuelta algunos conversaron sigilosamente, otros aprovecharon de cerrar los ojos y otros jugaron con la gata que habita en el HD, en una gata a rallas color café claro con amarillo (C.O. esta gata llegó a principio de año al diurno a tener a sus gatitos y se quedó a vivir, los pacientes parecen integrarla bien en general, le aceptan que de vuelta en los sillones donde ellos están sentados, que duerma allí y durante las sesiones le hacen cariño. Sin embargo hay algunos que no les gusta que se acerque y la echan).

Una vez que el dibujo dio la vuelta el psicólogo preguntó “¿qué opinan chiquillos, quién quiere comentar qué les llamó la atención?”. El dibujo está hecho en una hoja de oficio y ocupa todo el espacio del papel, es una calle que atraviesa en diagonal la hoja, al lado izquierdo se ven locales abiertos con personas dentro, tres

personas separadas en la vereda, una de ellas pasea un perro, no se distingue rostro en ellos ni sexo, en el techo de uno de los locales un gato (C.O. parecen sombras en la noche), dibuja el alumbrado público encendido y una polilla alrededor del foco, al fondo en el lado derecho se divisa una micro que está cruzando la calle, avanzando por la calle viene un auto con el conductor, se ven sus luces, el auto viene en dirección del autor del dibujo que es el único que está caminando por la calle y no por la vereda como el resto de los personajes, está de espaldas al auto, a él si se le ve la cara y los detalles de su ropa, es un hombre con short y polera, de pelo corto (C.O. él tiene pelo largo, muy largo como de metalero), además entre el auto que viene hacia él y él, dibujó una flecha apuntando hacia el hombre que dice “yo” (C.O. la verdad es que esta descripción que se ha hecho del dibujo es muy parecida a lo que fueron diciendo los pacientes, así es que se recalcará lo que más llamó la atención dentro de lo mencionado).

Los comentarios de los pacientes recalcaron que el dibujo les inspiraba la bohemia, que se parecía a las calles del barrio Brasil y se habló de que ‘parecía solitario en esa calle con tanta actividad, que él estaba de los primeros en el dibujo pero estaba todo ese paisaje detrás de él, como que no estaba integrada la realidad a él, como que el mundo pasaba. Que era bastante observador, porque dibujó cada detalle de lo que ocurría, la polilla, el perro, el gato, los negocios abiertos, la ciudad funcionando y él parado, sin embargo, no se sabe de qué son los locales, quién es la gente que aparece o quién maneja el auto’. Particularmente un paciente dijo “que el auto como que lo va a atropellar sin que él se de cuenta, qué el auto va directo a él”, mencionó que era que él estaba parado y el mundo pasaba detrás de él sin que se viera

afectado, pero que también estaba consciente de todo lo que pasaba, entonces que se podía sentir un poco perseguido con las cosas que sucedían en la ciudad.

Los comentarios surgieron espontáneamente, porque dijeron “es raro que él haya hecho un autorretrato donde aparezca la ciudad, todos los autorretratos que hemos visto tienen una persona dibujada o una cara, no un paisaje” (C.O. pareciera ser que lo original del dibujo según lo revisado hasta ahora motivó el diálogo entre los compañeros, además el autor de este dibujo es más bien aislado y el dibujo le permitió al resto de sus compañeros conocerlo un poco más). Los pacientes desarrollaron sus percepciones del dibujo, sin embargo mientras lo hacían no dejaban de lado las ganas de cerrar los ojos por algún momento o sus movimientos involuntarios de manos y pies o el balancearse sobre las sillas y apoyados en la pared.

A pesar que la mayoría del grupo siguió la línea de la conversación, entremedio de esta, alguno pidió permiso para ir al baño, a otro que estaba echado en el sillón el psicólogo le dijo que se fuera a lavar la cara y que se sentara bien para que pudiese participar, este obedeció, pero no participó salvo cuando se le preguntó directamente qué opinaba. También hubo una paciente que salió sola de la sala sin pedir permiso ni avisar y no volvió más (C.O. esta paciente suele hacer esto, inclusive a esta psicoterapia grupal es una de las pocas a la que entra, sin embargo no aguanta toda la hora y sin avisar sale a la calle a mirar árboles y “conversar con los pajaritos” como dice ella. El grupo ya parece estar acostumbrado a esta situación, inclusive dicen “es que ella no está muy bien, siempre hace lo mismo, a ella no podemos tocarla porque a ella no le gusta, se enoja”. El grupo pareciera respetar a esta paciente y cuidarla de alguna forma en lo que ella demanda y lo que no).

El psicólogo se encargó de moderar lo que cada paciente iba diciendo, dando paso a que hablara cada uno según su turno y también se encargó de aclarar algunas ideas que no podían ser expresadas del todo claras por los pacientes, luego de cada aclaración les preguntó si era correcto como lo estaba explicando o le había entendido mal, cada paciente le decía que estaba bien lo que decía. Luego de que todos dieron su apreciación el psicólogo le preguntó al autor del dibujo “¿qué le parece todo lo que le han dicho sus compañeros?”, él comentó las ideas que le parecieron con más sentido para él, recalcó que estaba de acuerdo con su gusto por la soledad y la bohemia, que sus compañeros habían hablado bien de él.

El psicólogo dijo también al grupo que como el autor del dibujo era reservado y más introvertido dentro del grupo, además de que lo veían menos porque no iba todos los días, con este ejercicio habíamos podido conocerlo un poco más. Luego, el psicólogo preguntó si alguien quería decir algo más antes de terminar, nadie dijo nada, entonces terminó la sesión.

### ***3.2.- Lunes 2 de Abril de 2007.***

En esta sesión hubo 15 pacientes, según la asistencia del HD hubo 16, pero una de estas luego de las actividades de la mañana salió del HD, como hace casi todos los días y no volvió, como ha ocurrido varias veces.

El psicólogo fue a buscar al antejardín a los pacientes, lugar donde se reúnen, y les dijo “chiquillos vamos a empezar”, la mayoría de ellos estaba con el cigarro a

medias y dijeron “ah, ¿podemos terminar de fumar?”, se les dijo que lo apagaran porque era la hora de la sesión y había que comenzar, entonces lo apagaron y lo guardaron.

Cuando entraron a la sala cada uno se ubicó en un asiento, algunos se adelantaron para ocupar los sillones, dicen que son más cómodos (C.O. a pesar que dicen que son cómodos, los que se adelantan a ocuparlos son los que se quedan dormidos en las sesiones, entonces parece ser que son más cómodos para dormir que para poner atención a lo que ocurre en la sesión). Entró el psicólogo de los últimos, se había quedado verificando si habían entrado todos, entrando dijo “permiso, vamos a comenzar” y apagó la televisión que estaba viendo el grupo de pacientes que no fuma y se queda dentro de la sala (C.O. algo así como los que no salen a recreo y se quedan en la sala, los más pernos del curso), ellos suelen ver vídeos musicales en un canal del cable.

El psicólogo preguntó “¿cómo están, cómo estuvo el fin de semana?”, varios contestaron que estuvo bueno, uno comentó que estuvo con su familia en una comida familiar, otro dijo que fue a “Lourdes” a misa, otro que estuvo cuidando a su abuelito, otra que estuvo en el campo con sus papás, otra que fue a ver a su hijo que está con sus abuelos, otro dijo que se sintió desganado, otro que estuvo inquieto, otro que hizo ejercicio, otra que fue a su casa porque vive en un hogar protegido y otros no dijeron nada, sólo miraron mientras los otros hablaron (C.O. estos temas ya habían sido abarcados por la asistente social que realizó la bienvenida en la mañana, sin embargo los pacientes muestran disposición para contarlos nuevamente).

Luego recordó en que actividad se encontraban, dijo “recuerdan que estamos en los autorretratos, todos saben de qué se trata, ¿verdad?”, todos contestaron que sí,

algunos con la cabeza, otros con la voz. Entonces dijo “bien, ¿quién parte hoy?”, inmediatamente uno de ellos dijo “yo”, se buscó su dibujo y el psicólogo lo observó detenidamente, luego lo pasó al paciente que estaba junto a él y comenzó a dar la vuelta para que cada uno de los pacientes pudiesen verlo, inmediatamente al verlo muchos le dijeron al autor del dibujo “dibujai super bien”, el respondió “no”. El dibujo consistía en la mitad de arriba de un cuerpo de hombre joven que se encontraba con los brazos levantados y las manos abiertas, llevaba polera; esto ocupaba toda la hoja, su rostro estaba serio, con cierta expresión de preocupación. Sobre la cabeza salían dos pensamientos encerrados en burbujas, uno decía “padres, familia” y en el otro decía “diseño gráfico y leer” además este llevaba un dibujo de un computador completo, un libro abierto y un cuadro. En la mano derecha tenía una burbuja que decía “estudio” y el izquierda otra que decía “trabajo”. De su oreja hacia abajo salía otra burbuja que decía “diurno y salud” y dibujó dentro un sándwich, un cigarrillo prendido y una tira de pastillas, en esta misma burbuja aparecía borrada la palabra “padres”.

Una vez que todos terminaron de mirarlo se dio paso a los comentarios o preguntas en relación a lo que habían observado, y comenzaron diciendo de a uno voluntariamente “se ve que tiene hartos proyectos”, “tiene hartas ganas”, “quiere estudiar”, “quiere trabajar”, “dibuja super bien”, “tiene algunos vicios como el cigarro y le gusta la comida”, “esta con los brazos arriba como queriendo alcanzar algo”, “se ve serio, como triste o preocupado”, “quizás preocupado por lograr lo que quiere”, “se parece a él”, “quizás tiene miedo de no poder lograr lo que quiere”, “quizás no sabe cómo lograr lo que quiere” (C.O. parecía que cada uno decía una frase que inspiraba al otro a asociar otro pensamiento en relación al dibujo). También

se dijo “mi dibujo no quedó tan bonito como el de él”, ante lo cual el psicólogo dijo “recuerden que esto no es una competencia de quién hace el mejor dibujo, no es un concurso de dibujo, sino que es una forma de expresarse, una forma para decir cómo nos vemos hoy, no tiene que ver con la técnica, sino con que nos inspira, que nos está diciendo el dibujo que hace cada uno de ustedes. Así es que quédese tranquilo y ya revisaremos el suyo ya le tocará y podremos decirle que nos parece lo que usted ha dibujado, ¿le parece?”, un bajo “bueno” se escuchó y luego un silencio.

El psicólogo retomó la idea repitiendo lo que ya habían dicho los pacientes, se preocupó de repetir lo más cercano el comentario a como fue dicho, además nombró a cada uno de los pacientes que mencionaron las idea y luego las repitió, dijo “mire todo lo que le han dicho sus compañeros, XXX le dijo que usted se veía un hombre con muchos proyectos y XXX le dijo que parecía preocupado por no poder cumplirlos” (C.O. mencionó algunos otros también) “entonces, ¿qué le parece a usted lo que le han dicho sus compañeros?”. El autor del dibujo dijo “creo que tienen razón, quiero hacer muchas cosas y creo que puedo hacerlas, quiero estudiar, quiero trabajar, quiero ayudar a mi familia, pero me da miedo, siento que yo tengo las ganas pero no hay dinero, se ve difícil, mis padres dicen que es mejor no estudiar, pero yo creo que si puedo ¿por qué no voy a ser capaz?”.

Entonces uno le preguntó “¿y qué quieres estudiar?”, él dijo “diseño gráfico”, otro dijo “¿y por qué no estudias eso?”, él dijo “es que mis papás no están de acuerdo, además dicen que no hay plata, igual yo ya estudié una vez en la universidad, pero en ese tiempo estaba mal así es que me salí”, le preguntaron “¿y cuánto tiempo estuviste?”, él dijo “casi un año, me salí antes porque estaba mal en ese tiempo”.

Luego de este tipo de preguntas y diálogos se intentó encausar nuevamente la conversación, el psicólogo dijo “parece chiquillos que a veces existe un vacío entre dónde estoy y dónde quiero ir, para eso las metas nos ordenan y nos enfrentan a miedos y angustias, y parece que en esto se encuentra usted ahora y seguramente muchos de ustedes también deberán estar pensando qué van a hacer una vez que salgan de aquí”, varios están de acuerdo y afirman lo que el psicólogo dijo, se les dijo también “es importante no desconectarse y estar atento a eso, porque es clásico, característico de la enfermedad el que uno empiece a desconectarse sin darse cuenta, entonces hay que saber qué hacer cuando tenemos proyectos, porque si no se pueden quedar en una idea y luego se vuelven lejanos, irrealizables, casi imposibles y uno se va quedando aislado sin hacer nada, o no chiquillos, ¿les ha pasado?”, algunos contestan que sí y recuerdan algunos episodios de sus vidas donde esto ha ocurrido, por ejemplo dijeron que a otros también le ha pasado que han intentado estudiar y no lo han logrado por la angustia que les produjo el sólo hecho de pensarlo, otros dijeron lo mismo pero en relación a buscar un trabajo o al haber durando a o más una semana en el trabajo.

El psicólogo comentó además “es importante diferenciar lo que es propio de los problemas de la vida y lo que es propio de la enfermedad”, pensando que es comprensible que cualquier persona que ha estado distanciada, por ejemplo, de lo que es estudiar o cumplir horarios sienta alguna inquietud o angustia al respecto, además de miedos (C.O. el tema de enfrentar los proyectos que uno tiene y los miedos que esto acarrea es un tema en común para los pacientes, cada uno de ellos ha pasado por esto en algún momento de sus vidas o pronto pasará por esto cuando inicien proceso de alta).

También se contó una historia que les ayudó a comprender el tema que se trabajó relacionando los proyectos y metas con el proceso por el cual están pasando ahora, es decir, su tratamiento en relación a un diagnóstico en común. La historia decía que podíamos imaginar esto como lo que les pasa a los jugadores de fútbol, entonces se pidió que imaginaran un jugador de fútbol que se lesionaba en un partido, entonces el doctor le dijo que necesitaba seis meses de reposo para recuperarse; el primer mes lo acepta sin problemas y cree que es lo mejor, pero al tercer mes ya está cansado y quiere trabajar y hacer las cosas que hacía antes porque se siente bien, entonces si se lanza a trabajar eso va a ir en desmedro de él, contra él, porque sin su salud no podrá hacerlo bien a la larga.

A continuación el psicólogo tomó la idea de que es necesario hacer todo a su tiempo, que si bien es importante que se piense en trabajar, hay que darle su tiempo a ese proyecto o a estudiar, y hay que preocuparse de sanarse antes para luego llevar ese proyecto a cabo sin problemas y sabiendo que hacer en los casos que antes no se había cómo tener un auto-cuidado, dijo “todos los tratamientos requieren mucha paciencia y no podemos pensar en trabajar o ayudar con dinero en la casa o estudiar, porque es necesario sanarse para poder seguir con nuestras vidas como nos gustaría” (C.O. muchos de ellos parecen reflexionar al respecto, para algunos es un tema más sensible que para otros, porque algunos están pensando en el alta, otros vienen recién llegando al HD, entonces algunos parecen no poner atención, siempre alguna se queda dormida u otro pide permiso para mojarse la cara o ir al baño o a tomar agua, o es necesario decirle que se siente bien para que no duerma, etc.)

Así concluyó el tema de esta sesión y el psicólogo dijo “bien chiquillo, hay hartas cosas para reflexionar, ¿verdad?, ¿algo más que agregar chiquillos?, bien, entonces nos vemos la próxima sesión”. Se pararon y fueron a fumar al antejardín.

### ***3.3.- Miércoles 11 de Abril de 2007.***

En la sesión había 17 pacientes. El psicólogo comenzó preguntando “¿cómo están chiquillos?”, algunos de ellos se miraron y comenzaron a comentar un episodio vivido el jueves pasado (C.O. el psicólogo ya estaba enterado de lo sucedido, había estado ese día luego de lo ocurrido, lo que sucedió fue que el jueves pasado, a primera hora en la mañana cuando habían pocos pacientes y por motivos excepcionales sólo se encontraba la directora en el hospital, una de las pacientes del hospital llegó comentando que estaba más o menos y en un momento se fue a la cocina, rompió un vaso contra el suelo y con los restos de los vidrios cortó sus brazos quedándose en el lugar impávida, en esto uno de los pacientes se dirigía a la cocina y la vio en esta situación, inmediatamente dio aviso a la directora y otro de los pacientes que había llegado temprano le ayudó a llevar a enfermería a la autora del acto. Esto generó un revuelo en el hospital los días siguientes y se ha hablado de aquello en algunos momentos como grupo, al parecer para tratar de comprender la situación, sin embargo, en esta oportunidad se vuelve a tocar el tema y a explicar la situación ).

La conversación giró en relación a preguntas que tenían los pacientes, como “¿cómo está?”, “¿qué le pasó?”, “¿quería matarse?”, “¿fue un accidente?”, “¿ustedes cómo la veían?”, “¿dónde está ahora?”, “¿tenía problemas?”, “¿se la llevaron al quinto?”. También se sucedieron una serie de comentarios como “se veía bien”, “había venido y nos habíamos reído”, “estaba mal ella”. El paciente que la encontró en la cocina y dio aviso fue uno de los más insistentes en preguntar (C.O. parecía no comprender la situación, buscaba explicaciones que no tuvieran relación con que ella se hubiese querido hacer daño, sino que lo atribuía a una casualidad. Él habla como que no modulara y se ve en su cara aún el impacto y el no poder creer lo que le tocó vivir). Él dijo “es que yo llegué temprano y fui a tomar agua a la cocina y ahí la vi, tenía todo el brazo con sangre, había una posa con sangre en el suelo y puros vidrios, como que un vaso se había caído, y yo le dije oh que te pasó y no me contestó, había sangre, una posa de sangre, así es que fui a avisarle a la señorita Cristina que estaba en la entrada y ahí se la llevaron a enfermería... (¿?) yo tuve que ir a limpiar, recogí los vidrios, pero la señorita después limpió la sangre, había mucha sangre... (¿?) yo creo que ella estaba tomando agua y se le cayó el vaso entonces rebotó en el suelo y se quebró entonces los pedazos saltaron y le cayeron en el brazo, así se tiene que haber cortado... (¿?) no, no creo que se haya cortado, para qué iba a querer hacer eso... usted cree que se cortó, ¿y para que lo hizo?”.

Se conversó sobre la situación, se explicó que ella ese mismo día había sido llevada al quinto piso y que estaba hospitalizada allí hasta que se calme y los doctores evalúen que ya se encuentra estable para volver al diurno. Un paciente preguntó “¿cómo los doctores saben que uno tiene EQZ, yo les puedo mentir?” y varios dieron su opinión al respecto además del psicólogo, la pregunta fue “¿para qué mentirle al

doctor si uno siente la angustia en ciertos momentos y ellos podrían ayudar?”, dio la impresión de que esto le hizo sentido al grupo.

Se conversó sobre lo frágiles que los podía hacer sentir esta situación a la cual se enfrentaban por primera vez en el HD. Algunos comentaron que en algún momento de sus vidas también se habían cortado y explicaron que era por la angustia que se sentía en el momento, que eso los aliviaba y que al momento de cortarse no sentían dolor (C.O. esta situación de compartir algo de lo cual no todos tenían experiencia enriqueció la sesión, además el tema había afectado a todo el grupo de diferente manera, esto hacía un especial interés en cada uno de ellos, generando la espontaneidad de presentar el tema y de desarrollarlo durante la sesión con un notorio interés). Los pacientes que nunca se habían auto-agredido escucharon con atención a los compañeros que contaron sus experiencias y les hicieron preguntas directamente a cada uno de ellos, no mediando con el psicólogo las preguntas como es lo habitual, es decir, generalmente las preguntas están hechas hacia el psicólogo y él da el pase para que se le pregunte directamente a compañero, en esta ocasión se preguntaron cada uno de ellos directamente.

El psicólogo les explicó que “el corte es una salida frente a un estado de algo”, que generalmente es una angustia a la cual no se le ve salida salvo la del alivio mediante un corte. Algunos de los pacientes comentaron “pero ella fue super valiente al cortarse, yo no soy tan valiente”, ante esto el psicólogo les dijo que el cortarse era ponerse del lado de los problemas por no poder ver salida (C.O. como que a algunos les pareció esta idea y a otros no, algunos se quedaron con la idea de la valentía). Luego de esto el psicólogo les contó una historia para tratar de hacerles comprender la situación por la que pasó la paciente, les dijo que se imaginaran un bosque muy

frondoso, bello, verde y que este tenía un camino que llegaba a una casa hermosa, a la casa de ellos que se divisaba desde lo lejos porque recién íbamos caminando por el camino del bosque; entonces de repente aparecía una niebla espesa que cada vez dejaba ver menos y queríamos llegar a nuestra casa, pero sabíamos por donde porque no podíamos ver y no sabíamos que hacer. Entonces les dijo, “con la niebla parece que las cosas desaparecen, pero pareciera que sí, sólo no se ven, eso pasa con la angustia, pareciera que no hay camino, que no hay casa, no hay lugar de llegada, no se ve la casa y no se ve la salida”, entonces se conversó qué puede hacer uno en situaciones así, se habló del avanzar por el camino aunque no se viera este y no se supiera por donde caminar, pero que la posibilidad era irse lento por el camino, porque así se iba a llegar en algún momento a la casa para poder ver con tranquilidad y calma; pero que en el caso de lo que pasó parece que ella no se fue lento, si no que la angustia la habría paralizado en el camino y que por ejemplo no habría avanzado hacia su casa o lugar de refugio, sino que vino el frío y se congeló.

La sesión concluyó dejando la idea de que “la niebla no dura todo el año, se disipa en algún momento”, entonces lo que hay que aprender es que “los vestigios de ciertas ideas no necesariamente se van a ir, lo que hay que saber es ¿qué hacer con eso?”.

### ***3.4.- Miércoles 2 de Mayo de 2007.***

En esta sesión nos encontramos con 17 pacientes. El psicólogo entró a la sala una vez que llamó a todos para que entraran, apagó la música que estaban escuchando los pacientes diciendo “permiso, vamos a empezar”, era un rock clásico del cual es fanático uno de ellos, el psicólogo le comentó “es bueno el grupo este”, el paciente le habló del grupo un poco.

Una vez que todos estuvieron dentro de la sala, salvo una paciente que se daba vueltas por ahí y decía que no quería entrar, el psicólogo dijo “¿recuerdan en lo que estamos trabajando?”, varios de ellos se miraron y no dijeron nada, uno de ellos le dijo el alta, “claro” dijo él, “estamos viendo el alta porque hay muchos de ustedes que están viviendo este proceso, ¿verdad?, bueno, entonces tenemos que revisar algunas preguntas antes de partir como por ejemplo ¿cómo me voy?, ¿en qué momento de mi vida estoy?, ¿en qué momento de mi enfermedad estoy?, ¿qué significa el alta?, ¿qué voy a hacer con mi futuro?, ¿qué he hecho aquí?, etc. ¿verdad?, entonces la forma que elegimos para contestar estas preguntas fue que cada uno escribió tres palabras que le vinieron a la mente al pensar en el alta y las hemos estado revisando, ya saben como funciona, ¿verdad?, bueno, entonces ¿quién quiere partir?”.

Uno de los pacientes le dijo “¿puedo ir al baño?”, el psicólogo le contestó “pero si acabamos de entrar, por qué no fue antes, ¿se puede aguantar o es muy urgente?”, él dijo “sí, muy urgente”, le dijo entonces que fuera pero rápido. En este momento desde la oficina de dirección y del equipo se escucharon unas risas y conversaciones, el psicólogo dijo “permiso chiquillos vengo inmediatamente”, entonces salió de la sala y cuando volvió ya no se escuchaban las voces (C.O. ha pasado algunas veces que desde aquella oficina se escucha hacia la sala, ha sucedido que son integrantes del equipo que están conversando o también ha ocurrido que los

ruidos son parte de reuniones familiares que se llevan a cabo allí. Al avisarles que se escucha ya no vuelve a suceder durante las sesión).

El psicólogo retomó y dijo “¿quién quiere partir entonces?”, uno de los pacientes dijo “yo”, su voz era muy fuerte (C.O. hablaba como gritando), se buscaron sus palabras y se le entregaron, las leyó fuertemente para todos, dijo “esfuerzo, disciplina y perseverancia”, luego agregó “siempre me aguanto para ser de los últimos, para dar la oportunidad a mis compañeros, pero ahora dije que quería partir”, se le dijo que estaba bien que partiera, se le preguntó por qué aguantarse si tenía las mismas condiciones que sus compañeros para poder participar de las sesiones, no contestó (C.O. su voz era muy fuerte, sonreía al hablar, pero parecía algo culposo en su forma y en lo que decía).

Se le dijo que explicará el por qué de esas palabras, él dijo “esfuerzo, disciplina y perseverancia son necesarias para la vida, para sanarse, para estar saludable y a mi me falta un poquito de esas para poder estar bien”, se le dijo “parece que estas cosas tienen más que ver con qué hacer para que me den al alta”, se habló de que había que aprender a diferencia entre lo que era necesario y lo que era suficiente, por ejemplo, se dijo “la disciplina es necesaria pero no suficiente”, se dijo “el alta es algo digno de sentirse orgulloso, es como una meta, tiene que ver con cosas concretas, tiene que ver con temores e incertidumbres”.

Luego se siguió con las palabras de otro paciente, porque el psicólogo dijo “alcanzamos a ver otro más ¿quién sigue?”, un paciente levantó la mano, sus palabras eran “trabajo, estudio, pololear e irse a EEUU”, se le dijo “las cosas que usted quiere parecen cosas razonables, pero es necesario pensar ¿en qué momento de su vida está usted acá?, parece que falta un trabajo previo de perseverancia y adecuación para luego poder pensar en eso ¿verdad?” (C.O. este paciente está llegado hace poco al diurno, comenzó viniendo desde hospitalizado y aún no se ve muy bien, constantemente está escuchando voces y teniendo alucinaciones, incluso durante las sesiones, muchos de sus compañeros quedan mirándolo

cuando esto ocurre, dicen que les asusta un poco, porque es difícil estar con él en esas situaciones ya que generalmente es lo que se dice “un amor” y cuando está productivo se vuelve un tanto obstinado. Hoy no está del todo bien, no se le toma lo que él trae porque no parece estar muy concentrado y parece estar escuchando voces, pero se toman sus temas para ser trabajados con el grupo). Él ríe y dice que quiere pololear y viajar a Estados Unidos para eso necesita trabajar, porque necesita dinero para conquistar a la polola y dinero para viajar (C.O. se ve como ido).

El psicólogo comentó “el alta no es sólo hacer lo que no se puede hacer en el diurno, sino que hacer lo que ya se ha hecho, los logros que se han alcanzado acá... con las metas y objetivos empezamos a proyectar y olvidamos lo que pasó, olvidamos la hospitalización y no recordamos que uno no lo estaba pasando bien, siempre van a quedar lados frágiles de esto dentro de nosotros... por eso el trabajo es positivo, pero no es lo más importante, y parece que hay una idea fija en esto de que lo único que nos valida es el trabajo y parece ser la única opción, entonces, si ésta es la única opción y esta no resulta uno se queda sin nada, entonces mejor tener hartas opciones, está la idea de que las posibilidades son salir de alta, trabajar o se va al vacío ... no caigamos en cosas ilusorias de que hay cosas mágicas como el trabajo que sanará todo o que este HD y el alta sanarán todo, como si el que se va de alta es porque se sanó... la sensación de la gente que empieza a venir acá, generalmente es preguntarse ¿por qué estoy aquí si debería estar trabajando?, eso hace aterrizar el que hay existencia de una enfermedad... entonces es necesario tener conciencia de que este es un proceso y que no va a salir rápido... ¿es el trabajo lo único valorable después del alta?... con el alta se piensa cómo volver a ser normales y tener casa, trabajo, auto, etc. y se desconsidera el trabajo personal que se ha desarrollado hasta ahora”.

Se cerró la sesión reflexionando entre lo que dijo el psicólogo y lo que comentaron los paciente “con todo esto que estamos pensando nos damos cuenta que todo es un proceso, no es altiro, además hay una gama de opciones para hacer una vez que se salga, no sólo

trabajar, por eso es necesario darle un valor a lo que ocurre acá y no sólo a lo que ocurrirá cuando uno salga”, un paciente agrega “acá he aprendido a aceptar la enfermedad, y eso me ha hecho más cuidadoso de mí”, el psicólogo agregó “está bien que nosotros tengamos un saber y los acompañemos y los escuchemos en este proceso, pero nosotros no hacemos nada si ustedes no quieren recuperarse, no somos sanadores, no desconozcan la propia pega que ustedes hacen aquí”.

Al finalizar el psicólogo le preguntó al segundo paciente que presentó sus palabras si quería recostarse porque se veía mal, este le dijo que sí, que estaba escuchando voces y tenía pena por lo que le decían, porque él no era malo.

### ***3.5.- Lunes 14 de Mayo de 2007.***

12 Pacientes asistieron hoy, el psicólogo nuevamente inició su sesión preguntando “¿cómo están?”, uno de ellos dijo que bien y que andaba con sueño porque ayer había ido a un cóctel, inmediatamente al decir esto todos lo miraron, el psicólogo le dijo “mire que bien, ¿a un cóctel de qué?”, él dijo “ah, es que mi papá me llevó, él en el diario busca dónde hay cócteles gratis de cualquier cosa y vamos, comimos bien rico y mi papá tomó vino... era un cóctel de una presentación de un libro allá en el centro, fuimos en micro”, entonces comenzaron las risas de los compañeros y las “tallas”, le dijeron “ah que soy importante tu, en un cóctel andabai paseando con la gente importante y con mozos”, se rieron y se le dijo dentro de las tallas también que invitara para la otra, pero que avisara antes y no después, todos se rieron.

Luego, el psicólogo dijo “bueno chiquillos hemos estado revisando qué pasa con el alta en este lugar, qué nos hace pensar y cómo lo entendemos, ¿verdad?, porque hay muchos que están viviendo el proceso de alta de este lugar y se están preparando para salir de este lugar, entonces es bueno trabajar las ideas con las cuales van partiendo, ¿verdad?. Así es que la forma en la que hemos estado trabajando ha sido que ustedes anotaron en una hoja tres palabras que les vinieran a cada uno al pensar en el alta y desde ahí comentamos qué nos hacen pensar esas palabras, ¿verdad?, bueno, entonces ¿quién quiere partir hoy?”. La verdad es que nadie levantó la mano y nadie dijo yo, pero el psicólogo recordó que dos de los pacientes que estaban ahí hoy partían esta semana de alta y no habían presentado su trabajo, así es que les dijo que ellos tendrían que ser los que presentarían su trabajo hoy. Ellos rieron y dijeron “ya poh”, “yo parto” dijo uno.

El autor de este trabajo escribió las palabras “recuperación, metas, relajo y alegría”, primero las leyó ante los compañeros y luego se le pidió que dijera algo en relación a la elección de esas palabras, él dijo “recuperación porque aquí cambia positivamente la personalidad, estoy menos para adentro, me siento contento, más animoso, más despierto... mi mamá y papá me han notado que estoy mejor, escucho voces pero poco, todo ha sido un proceso para mi, lo que me complicaba eran las voces, pero ahora me he sentido mejor, no escucho nada... acá me han hecho pensar más, yo salí del colegio y no tomé más un lápiz, y al hacer dibujos acá me doy cuenta de que puedo, antes me decían en mi casa hacete un dibujo y me sentía mal y no hacía nada”.

Se le preguntó por su segunda palabra “metas”, dijo “es que ahora estoy más seguro de lo que quiero, lo tomo más con responsabilidad”, el psicólogo le preguntó si metas estaba asociado a trabajo, dijo “sí, me gustaría trabajar como independiente con ropa, vendiendo en

el persa... me encuentro bien, ni un problema”. Se le comentó que parecía que el alta era como retomar algo que había sido dejado en pausa y se le preguntó si metas era pensar responsablemente en un trabajo, dijo que sí, “llegar a la hora, ser atento, dinámico”, se le dijo “pero también parece que es comprometerse consigo mismo, porque cualquier estrés produce voces, ¿o no?”, dijo “todo lo tomo con calma, voy con otra disposición, tengo que parar los nervios, el sistema nervioso... cuando yo llegué aquí pensé que no iba a ser capaz, tomar el lápiz... yo decía tengo que ir porque es por el bien mío... en este tiempo que me queda poco lo estoy tomando con relaxo, me pongo un poquito nervioso”, se le dijo que parece que veía todo positivamente, pero que también era necesario ver si había algo negativo del alta, entonces se le dijo “es necesario preguntarse si hay un lado negativo del alta”, él dijo “todos le tienen un poquito de recelo a salir, están nerviosos al salir, a mí no me pasó, yo voy a lo más concreto, pienso que voy a trabajar”, entonces el psicólogo le dijo “a qué voy a dedicar mis días no es fácil preguntárselo, estamos alegres porque estamos mejor, pero hay que tener claro lo que vamos a hacer en ideas y conductas, en ideas está claro lo que quiere, se ve proyectado, está clara la meta, ahora hay que ver cómo hacerlo, ¿verdad?”, contestó “sí” y se le dijo “hay que tener cuidado porque pueden venir bloqueos y así se hace difícil pensar ciertas cosas”.

(C.O. en esta situación la conversación se hizo más directa entre el psicólogo con el paciente, no hubo tantos comentarios desde los compañeros. Da la impresión que este paciente posee muchos recursos y es uno de los cuales no se les nota la enfermedad, salvo por la mirada un poco ida a veces. Pareciera entonces que la conversación pudo darse a un nivel un poco más directo y rápido en comparación a lo que el grupo puede seguir, de todas maneras, algunos de sus compañeros también opinaron, pero sus comentarios iban más por el lado de desearle buena suerte en lo que quiere emprender que siguiendo la línea del psicólogo que le exigió reflexionar un poco más en todo esto que parecía tan claro.)

Luego de comentar su trabajo, como había sido acordado al inició le tocó a su otro compañero que partía de alta presentar su trabajo, mientras lo buscaba el psicólogo algunos

pidieron permiso para ir al baño, se les dijo que sí, pero que fueran rápido. Desde la cocina, por la hora, ya aparecía un olor del menú del día, a varios le empezó a estimular el apetito aquella situación, inclusive lo comentaron entre medio.

El psicólogo le entregó las palabras que había escrito el segundo expositor y este las leyó frente a todos, sus palabras fueron “independencia, felicidad, trabajo y alegría”. Se le pidió entonces que primero comentara por qué eligió esas palabras, él dijo “si trabajo quiero vivir solo y así tendría mi independencia”, dos de sus compañeros opinaron que “es mejor no vivir solo todavía por las recaídas”, otro agregó “uno puede ser independiente viviendo con los papas”. Entonces el psicólogo dijo “parece que la idea de independizarse es buena por donde se mire, lo complicado es el momento en el que uno se encuentra, ¿verdad?, poder saber cuándo es el momento adecuado o cuán listo uno está para eso”. El paciente autor de las palabras dijo “mi madre también quiere vivir sola... yo nunca he invitado amigos a mi casa y me gustaría invitar amigos, porque lo encuentro interesante para mi vida, no coincidimos en eso con mi madre”, varios le dijeron que obviamente eso era interesante para su vida y que también era necesario, se habló la idea de lo complicado que es hacer cosas que uno quiere cuando se vive con los padres y estos tienen sus mañas o sus costumbres. El paciente agregó “independizarse sirve para prepararse para la partida de los padres” (C.O. para él parecía más complicado aún el tema, porque tiene 34 años y volvió a vivir con su madre después de haber estado casado y con hijos, el resto siempre había vivido con sus padres).

Luego se le preguntó por la palabra “felicidad” y la palabra “alegría” que habían sido escritas por él, se le preguntó por la diferencia entre estas, él dijo “felicidad es lo que todos buscamos, la felicidad llena el cuerpo, la alegría es momentánea”.

Esta sesión concluyó con muchos temas para reflexionar, algunos se llevaron algunas preguntas que aparecieron aquí para ser trabajadas dentro de sus espacios de

psicoterapia individual, esto se les dice “recuerde esta inquietud que tiene para que la trabaje con su psicólogo en su psicoterapia individual”, a ellos parece agradecerles cuando ocurre esta situación, siempre dicen que sí.

Terminó la sesión y todos partieron a fumar.

### ***3.6.- Lunes 11 de Junio de 2007.***

En esta sesión se presentaron 11 pacientes (C.O. parece en los meses de invierno hay más inasistencias por el frío. Es un día de lluvia así es que los pacientes están fumando en el pasillo, es más fácil llamarlos desde ahí porque es como una extensión de la sala de terapias grupales).

En esta ocasión fue una de las pacientes la que se paró a apagar el televisor, miró al psicólogo y le sonrió, el psicólogo le dio las gracias, luego dijo “¿cómo están?, hay personas nuevas hoy” y miró a uno de los pacientes que estaba sentado un poco más atrás en el grupo, él sólo movió la cabeza. El psicólogo le preguntó si quería contarle a sus compañeros por qué había vuelto al HD (C.O. él es un paciente que estuvo en el verano en el HD y ha vuelto porque volvió a consumir drogas y esto afectó nuevamente el que pudiese seguir estudiando y poder sacar la enseñanza media, lleva dos semanas en esto y se conversó que el HD podría ser un lugar de protección mientras se veía qué estaba pasando), él guardó silencio harto rato, el psicólogo insistió en la pregunta y este respondió “no hablo porque me da vergüenza estar aquí”, el psicólogo le dijo entonces “parece que no es fácil hablar de lo que ha pasado”, el paciente movió la cabeza diciendo no. Entonces el psicólogo le dijo a los pacientes que él

estaba pasando por un momento difícil y que como protección para que se cuide va a venir por unas semanas solamente.

El psicólogo retomó la pregunta inicial “¿cómo están?”, uno de los pacientes dijo “el sábado salí a carretear y me tomé 4 cervezas y llegué a la casa curado, vomité en el baño y mi papá se enojó conmigo, igual me sentí mal después, no quería vomitar”, se le preguntó al respecto, los compañeros también le dieron opiniones y él dijo “yo quería carretear porque me sentía aburrido y cansado... quedaron rastros de lo que hice”, se le dijo que esto podría conversarlo con más profundidad en su psicoterapia.

Luego se les preguntó nuevamente cómo estaban a los demás y uno de ellos comentó un incidente que hubo el viernes (C.O. resulta que uno de los pacientes que fue dado de alta hace poco de hospitalizado del HFB aún escucha voces y le molestan, dice que escucha a su vecino que le dice improperios y que su vecino también le tira ilusiones, lo ve y lo escucha, también algunas otras cosas, pero el viernes se desesperó y angustió porque estaban muy agudos los síntomas, entonces dijo que iba a ir a matar al vecino para que deje de molestarlo, este comentario lo dijo delante de todos sus compañeros en otra sesión grupal, por lo que muchos de ellos quedaron preocupados).

Recordó lo ocurrido y les contó lo sucedido a sus compañeros que no habían estado ese día, dijo “estaba preocupado por lo que hablaba él, me asustaba lo que decía... no sé cómo ayudarlo para que esté bien... no tenemos como ayudarlo, está en él no más, está en su mente... ¿cómo ayudarlo si uno le decía que era de su imaginación la voz y él no entendía?”. El psicólogo le dijo “cuando ocurren cosas fuertes o emotivas aparece la idea de cómo ayudo al otro, y rápidamente aparece también la idea de la frustración del no hacer nada y así se nos olvida lo que sí hacemos por el otro... he ahí la importancia del apoyo, del escuchar sin reclamos, estar ahí para el otro, disponible, y si el otro no lo quiere así, entonces respetar su soledad y con eso lo apoyamos”. Además se recalcó que era bueno conversar estos temas que

quedaban dando vuelta y que este era el espacio para hablar de ellos, porque en este espacio se habla cosas de uno que pueden ser escuchadas por otros que nos pueden aportar en algo, dijo “traigo esto para conversarlo, porque cuando pasan cosas así cuesta hablarlo y le pasan cosas al que le pasó y al resto también porque lo vive”. Se explicó que aquel paciente no estaba bien y que ahora está en el quinto piso nuevamente hospitalizado, lo están estudiando para ver que se puede hacer.

Mientras se habló de esto todos estábamos sentados alrededor de la estufa que tenía un calor de hogar, inclusive la gata entró a la sesión nuevamente y se recostó entremedio de dos pacientes, parece que buscaba calor y cariño, cuando se despertaba y se ponía inquieta paseándose entre los pacientes el psicólogo la sacaba o le decía a alguno que lo hiciera y se cerraban todos los accesos, porque buscaba por dónde entrar. Las pacientes que estaban sentadas junto a la estufa buscaron ese lugar cuando entraron a la sesión, acomodaron la estufa entre ellas y durante toda la sesión calentaron sus manos frente a ella.

Luego de todo esto que se había conversado hasta ahora el psicólogo dijo “aún nos queda tiempo chiquillos, hemos conversado de varias cosas que eran necesarias, y aún nos queda tiempo para revisar uno de los trabajos que tenemos para hoy, entonces ¿quién quiere presentar su dibujo?” (C.O. en esta ocasión la actividad es dibujar cómo nos vemos en el futuro y la dinámica para ser revisado es la misma de siempre, todos lo ven luego comentan y se ve qué hace sentido para el autor). El mismo paciente que dijo haber carreteado el sábado al inicio de la sesión lanzó un “yo”, fue ubicado su dibujo y comenzó a correr por las manos y los ojos de sus compañeros.

El dibujo era una sala de ensayo (C.O. es sabido lo buen músico que es él y autodidacta, ha demostrado varias veces su voz y su habilidad con la guitarra durante los ratos libres en el HD), la sala se ve como un cubo al cual se le dibujaron sólo dos caras, no tiene techo, sólo suelo y dos paredes. En ella al lado derecho, de frente, hay un piano con un asiento adelante; luego hay dibujado una caja de enchufe; más a la izquierda, pero al centro

de la hoja hay un amplificador por el cual salen notas musicales y le hizo un efecto de que tiene sonido, este está enchufado a la corriente además de a la guitarra que él tiene en sus manos parado junto al amplificador más al extremo izquierdo. Se dibujó con su ropa habitual, pero con pelo largo (C.O. él lo tiene corto). En el extremo izquierdo está la pared dibujada, en la parte de abajo apoyado en ella un violín y en la parte superior de la pared una ventana cerrada, parece que no se puede abrir, desde ella no se ve para afuera.

Los compañeros dijeron diferentes comentarios como “es un estudio de música”, “a él le gusta la música”, “no se parece a él”, “se ve solo”, “está solo y con muchos instrumentos, ¿todos los vas a tocar tu solo?”, “falta la banda para todos los instrumentos”, “tiene el pelo largo y él tiene el pelo corto, no se parece”, “está tocando guitarra”, “él toca super bien”, “tiene una ventana, pero no se ve nada para afuera, como que no le importara el resto, está como aislado en la sala de música”. El psicólogo fue repitiendo los comentarios de los pacientes y recalca quién lo había dicho originalmente, luego de tenérselos frescos en la mente al paciente autor del dibujo, le preguntó “¿qué le parece lo que le dijeron?”, él dijo que el dibujo era su sueño, que a él le gustaría poder tener un estudio de música en su casa y poder tocar ahí sin que lo molestaran, dijo que le parecían bien los comentarios y que él antes tenía el pelo largo, que con la hospitalización su mamá se lo cortó y él no quería, que volver a tener el pelo largo es parte del sueño que tiene también. Luego hizo referencia a la banda que le dijeron que faltaba y dijo “sólo es más fácil, incluir a otros es difícil”, se le dijo “quizás la banda con varios sonaría mejor que con uno”. Se intentó relacionar esta metáfora de la banda con su vida y su soledad (C.O., parecía muy complicado para él, no sabríamos decir si algo de esto le quedó por lo menos como duda o pregunta siquiera). También se le intentó dejar la idea de que no se veía por esa ventana, ni siquiera se veía la puerta en la sala, entonces eso también hablaba de su soledad, su aislamiento y su desconexión con el mundo, síntomas característicos en el de la enfermedad

(C.O. tampoco sabemos si estas ideas movieron algo en él o más bien en los que escuchábamos).

### ***3.7.- Miércoles 11 de Julio de 2007.***

Hubo 14 pacientes en sesión, todos muy calentitos alrededor de la estufa, un par de ellos se aseguró de quedar al lado y poder calentar sus manos y sus pies desde sus asientos durante toda la sesión, otros para capear el frío no se sacaron sus parcas. El círculo u óvalo habitual de sentarse se mantuvo.

Al iniciar la sesión llamó la atención un nuevo visitante del lugar, la verdad era una nueva visitante del lugar, una pequeña perrita negra de pelaje corto recién nacida llegó con una polera pequeña puesta, estaba toda mojada por las lluvias, fue la sensación del HD, ya había aparecido antes por ahí, pero sin aquella polera. Una de las pacientes al verla le sacó la polera y se la lavó, venía embarrada, luego se la secaron durante la sesión en la estufa. A todo esto la perrita se instaló en la sesión en el suelo al lado de la estufa y se echó a dormir durante toda la sesión, no hubo paciente que se resistiera a mirarla por ciertos ratos ni a llamarla ni a hacerle cariño, era muy juguetona, hasta el psicólogo le hizo gracias, al final de la sesión ya se había elegido el nombre de la perrita, fue propuesto por un paciente y a todos les gustó, la llamaron “Sombra”. La única que no estuvo de acuerdo y le incomodaba su presencia fue la gata que se llama “Pelusa”, al ver que la perrita estaba dentro de la sala, se quedó parada en la puerta mirando antes de entrar y para entrar se dio la vuelta más larga para no topársela y se subió al sillón y se acurrucó junto a un paciente. Con todo

este revuelo comenzó la sesión el día de hoy, esto generó buen ánimo de parte de todos y inclusive risas por las reacciones de los animales.

De todas maneras, a pesar de lo ocurrido e interferido de la psicoterapia el psicólogo preguntó “¿cómo están chiquillos?”, nuevamente el mismo paciente de hace un tiempo dijo que había ido a un cóctel con su padre, dijo que ahora va cada vez que se puede, que van como tres veces a la semana y que le gustan, porque comen gratis y ha tomado vino, que el papá cuando va toma mucho en los cócteles y que en uno anterior su papá había conseguido llevarse a la casa una bolsa gigante de dulces que les repartió a todos. La historia de los cócteles causa risas en los pacientes a penas él los menciona, más de alguno le “echó una talla” al respecto, él también se ríe (C.O. pareciera que los pacientes sintieran algo extraño de estas historias que cuenta este paciente, da la impresión que en un principio sonaba a algo cultural la actividad, pero con el tiempo parece algo compulsivo y un poco bizarro. Pareciera que el paciente no nota lo que implican las tallas de los compañeros y sus risas).

Luego de esto se dio paso a la actividad en la cual han estado trabajando este tiempo. El psicólogo dijo “chiquillos, ya sabemos en lo que estamos trabajando, ¿verdad?, entonces ¿quién va a partir hoy?” (C.O. en estas semanas se ha trabajado la consigna que dice que hay que dibujar una mochila que dentro de ella tenga escrito lo que se carga en esa mochila, cuál es el peso que tiene al mochila que cargamos). Un paciente dijo cándidamente “yo”, se buscó su dibujo y una vez más, como es lo habitual comenzó a dar la vuelta entre sus compañeros (C.O. este paciente tiene como aires de grandeza, a veces parece creerse Dios ante todos, como superior, generalmente utiliza palabras complejas que sus compañeros no entienden y sólo si le

preguntan explica de qué se tratan, además utiliza algunos neologismo habitualmente).

El dibujo era un rectángulo alargado hacia abajo con contornos redondeados que dentro de él llevaba las palabras “amor, paz, paciencia, ternura, virtudes, familia, universo, infinito, justo, ufoalpiadosin, luto familiar, salud, bienestar, economía, opinión, certeza y celeridad”, estaba hecho en el centro de la hoja y no ocupaba todo el espacio. El borde del rectángulo tiene los colores amarillo y azul y sobre este tiene los números “5677”.

Se le dijo a sus compañeros que dijeran lo que veían y dijeron “es un saco”, “tiene hartas palabras, no deja espacios”, “no hizo una mochila”, “¿por qué tiene esos colores?”, “¿por qué tiene ese número arriba?”, “su mochila tiene hartos pesos”, “le pesan hartas cosas que son positivas”, “podría ser un pergamino también”, “un pergamino con una declaración”, “¿qué significa ufoalpiadosin?”, “¿qué significa celeridad?”, “no entiendo qué significan todas las palabras”, “es más incómodo llevar un saco que una mochila”. Luego de esto él dijo explayadamente su opinión en relación a la opinión de sus compañeros, dijo “el mío es un saco... (¿?) no tengo mochila, hay que arrastrarlo, son más incómodos, podría ser también un rollo abierto, un pergamino, una declaración... el saco me da la sensación de que lo llevo en la espalda, con una mano, a veces con dos, hay que acomodarse a llevar un saco, es distinto a la mochila... (¿?) Sí, me pesan las cosas positivas, porque las cosas positivas que pesan son de responsabilidad, el ser una buena persona es ser sobre-exigido... (¿?) Ufo de ovni y alpiadosin de virtud, entonces significa protección para todos los niños, lo supe en un sueño que tuve (C.O. neologismo)... (¿?) Azul y amarillo porque son los colores de protección de los niños... (¿?) Celeridad es no perderse, no desviarse versus lo justo...”, se le preguntó si hay cosas negativas en su mochila

ya que no las puso y dijo “consecuencias de seguir un juicio, haber dado cabida a un sentimiento de odio en el corazón de la familia y mío, no quiere ver el perdón la mamá, eso perjudica nuestro amor... lo más simple y lo más complejo es el amor” (C.O. este paciente se descompensó hace un tiempo por la muerte de su hermano en un accidente, por esta razón la familia sigue un juicio buscando culpables, todo esto ha generado una desestabilización familiar, la cual relata de esta forma él).

Luego de este trabajo se revisó el trabajo de un nuevo compañero que decidió voluntariamente compartirlo hoy, aún había tiempo, la dinámica es la misma. El olor a comida se siente más que otras veces, el frío hace tener todo cerrado y la cocina está conectada con la sala. El dibujo muestra en toda la hoja una escalera con muchos peldaños, delante de la escalera hay un hombre de espalda con los brazos hacia arriba como intentando subir, en su espalda lleva una mochila, dentro de ella están las palabras “sentimientos, proyectos, ideas, estudio, preocupaciones, metas, familia, salud y temores”. Sus compañeros le dijeron “es un hombre tratando de subir una escalera”, “está de espalda”, “sólo ve la escalera, no ve detrás de él,” “quizás sólo quiere lograr sus metas”, “se ve difícil subir”, “no tiene suelo el dibujo”, “no se sabe dónde llega la escalera”, “busca alcanzar el éxito que se representa en las escaleras, lo busca aunque le cuesta alcanzarlo y llevando una mochila pesada”, “se ve duro el dibujo, pero hay que poner corazón para que no se haga tan pesada la mochila”, “ya subió los brazos, avanzó, ahora faltan los pies, un peldaño día a día, no la escalera completa”, “como que le da miedo caerse”, “se parece a spiderman (súper hombre)”, “al hacer una escalera puede indicar que se toma la vida con más dificultad”, “la escalera termina en un punto”, “los temores están al fondo de la mochila, pueden ser que pesan mucho, que están que se fugan o que hay que esconderlos, ahora, si uno esconde los temores después molestan inconscientemente, hay que saber reconocerlos”.

Él contestó “La escalera son las metas que tengo que alcanzar, tengo que hacerlo, así es la vida, uno tiene que luchar... los proyectos son un peso, pero también me dan

entusiasmo, si no, no tendría motivación, los temores que llevan los proyectos son el fracaso, eso me pasó una vez, no resultó y me dio miedo enfrentar de nuevo lo que quería hacer... pero si uno ya tiene una mochila no saca nada con quedarse parado, hay que avanzar... aquí he logrado cambiar el sentido de las cosas y la personalidad en desplante, ahora converso, no me aísló, ahora pienso mejor las cosas, estoy como despierto... me pongo exigente, pero sé que puedo lograrlo”. Luego el psicólogo hizo una pregunta a sus compañeros en relación al dibujo y que obviamente lo implicaba a él y él dijo “ya poh, nada más, pasemos a otro”, al preguntarle dijo que era un tema complicado y que ya le habían dicho suficiente para pensar (C.O. parece que los comentarios de los compañeros fueron muy acertados para él en esta oportunidad). Entonces se redondearon las últimas ideas y terminó la sesión.

### ***3.8.- Miércoles 1 de Agosto de 2007.***

En esta sesión participaron 17 pacientes, la gata Pelusa no estaba (C.O. parece que son los primeros efectos del mes de Agosto). El psicólogo al entrar a la sesión comenta lo que se está viendo en la televisión y luego de que termina la escena que comentaron la apagó, rieron al compartir algo de ese momento con él.

Uno de los pacientes hacía un sonido con la nariz (C.O. como sorbeteando los mocos), era molesto para todos los que estaban sentados cerca de él, inclusive para el psicólogo, cada vez que lo hacía todos lo miraban y él los miraba de vuelta con un movimiento involuntario de cabeza como afirmando algo, entonces el psicólogo le dijo “vaya a sonarse”, y el dijo “no, si estoy bien” (C.O. parece que este también es como una especie de tic que tiene), entonces se le dijo que no hiciera más eso si es

que no tenía que sonarse, de todas maneras el paciente sacó un pañuelo (C.O. la verdad un papel higiénico que dejaba bastante que desear) y se sonó.

Continuaron con la actividad de las mochilas y el peso que se lleva en ellas. La dinámica fue exactamente la misma a las sesiones anteriores.

Una paciente decidió que se trabajara su dibujo, este era una mochila grande que ocupaba toda la parte central de la hoja, ella misma dijo “el mío es el de la mochila grande”, era una mochila cuadrada con tirantes que le colgaban a cada lado, tenía un bolsillo chico en el frente, en la parte de arriba se veía el carril del cierre, este no tenía broche para poder abrirlo. En la parte de arriba de la mochila tenía escrito “padre ausente, abandono, trabajo, hermana, la enfermedad” y en la parte de abajo dentro del bolsillo pequeño llevaba las palabras “estudio, soledad agresividad del padrastro y autoestima”, estas dos últimas palabras se salían del bolsillo y se cortaban quedando “agresividad” dentro del bolsillo y “del padrastro” fuera de este, también “auto” quedaba fuera y “estima” quedaba dentro. El bolsillo chico sí podía abrirse.

Le dijeron “no se puede abrir el cierre”, “que grande su mochila”, “que fuertes sus palabras” (C.O. no se las esperaban de ella, porque es bien tímida y como buena persona, y estas palabras sonaban agresivas y con dolor), “no tiene color”, “¿por qué padre ausente?”, “¿por qué abandono?”, “¿por qué la hermana es un peso?”, “¿qué agresividad del padrastro?”, “se siente sola”. Ella contestó reservadamente a las preguntas, salvo cuando se le preguntó por la hermana, allí explicó la situación que tiene con ella, la hermana se fue de la casa hace un tiempo porque se casó, pero no le ha ido bien en el matrimonio y parece ser que le exige a su hermana, a ella, que vaya a verla y vive lejos y ella tiene que ir a verla cuando ella quiere aunque ella no tenga ganas. Entonces, la paciente en relación a lo dicho dijo “yo tengo que saber partir para

acompañarla... es complicado decir que no, sobretodo a los seres queridos... es difícil poner límites entre los problemas de uno y los de los otros... los problemas van a estar siempre allí... hay problemas que no se van a solucionar nunca”.

Un paciente agregó a lo que se estaba conversando “el copete sirve para olvidarse un rato del problema”. El psicólogo le dijo “todo lo que sale ahora surge a raíz de los problemas que tenemos, por ejemplo, maquillaje para la fealdad, copete para olvidar, play station para la entretención, etc. pero cuando uno identifica aquello que le pasa es más fácil resolverlo, cuando logro identificar qué es lo que me pasa o pesa, entonces puedo estar preparado para saber lo que me va a pasar en esa situación o en ese momento”.

En relación al conflicto que más le pesaba a esta paciente el psicólogo le dijo “hay unos que tienen que aprender a hacer las cosas, otros tienen que aprender a no hacerlas... en este caso tenemos una hermana casada que cuando se queda sola pide compañía, entonces aquí vemos dos problemas uno de la hermana (ajeno) y uno personal, de usted, saber decir que no”.

Mientras se conversaba esto un paciente comenzó a sentirse mal y pidió permiso para salir un rato, se le dijo que sí, peor que le avisara a la paramédico para ver si se podía recostar en la camilla.

Luego se pasó a otro dibujo, este era de un paciente joven. El dibujo era parecido a una caricatura de un joven con ojos grandes como desorbitados, se parece bastante a él en los rasgos notorios de su rostro y su corte de pelo, de hombros encogidos con una mano estirada como pidiendo plata, los pies abiertos y le da sobra hacia delante. La mochila la lleva en la espalda, a penas se ve un costado de esta, es lo único que está pintado en el dibujo de color naranja. El dibujo tenía las mismas expansiones que él tiene. Fuera de esta están escritas las palabras “eskisofrenia y rabia”. Le dijeron sus compañeros “está bakán el dibujo”, “es como una caricatura”, “¿por qué pintaste sólo la mochila?”, “¿por qué las palabras están afuera?”, “esas palabras yo creo que las compartimos todos nosotros”, “está como pidiendo plata”, “se

ve como perdido”, “como que tiene cara de perdido, como de un mochilero que hace dedo”, “quizás está cansado de las cosas que pesan, por eso las pone afuera de la mochila”, “podría querer que se ve a la persona y no la enfermedad”, “podría estar inconforme con el diagnóstico”

Entonces él dijo “prefiero esconder, no demostrar que tengo esa enfermedad”, un compañero agrega “uno se deprime en privado” y el psicólogo preguntó “¿qué significa demostrar que tiene esa enfermedad?, parece que pensar en angustia y en EQZ pareciera que es pensar que todo está perdido”. El paciente respondió “es que siento rabia porque a uno la familia lo trata diferente, yo no me siento enfermo, pero no voy a volver a ser el mismo de antes... me gustaría ser el mismo de antes para mi familia... la vida me pasó la cuenta de las cosas que hice antes”. El psicólogo le contestó “bueno, ese mismo de antes tampoco lo pasaba muy bien, habían cosas que igual le molestaban sólo que ahora hay un diagnóstico... fácilmente nos olvidamos de las cosas que nos hacen mal y nos cuesta agarrar lo que nos hace bien... Todos tenemos cosas en el pasado que son dolorosas, acá no sólo se habla de remedios, de sentirse enfermo, sino que también de cuidarse y no cuidarse... la EQZ tiende a reducirse a que significa sólo no consumir más (alcohol y drogas), y la verdad es que implica muchas otras cosas que no queremos ver, por ejemplo ocupar el pasado para aprender de eso, y no sólo recordarlo como que lo pasaba bakán, porque también lo pasaba mal y es doloroso recordarlo, ¿se les borró todo con la EQZ?, no, les queda el pasado”.

Un paciente le dijo “yo antes la pasaba bien carreando, ahora no sé como divertirme sin carreear, se extraña el copete que te deja más alegre, con personalidad”, otro agregó “en el pasado no miraba p’ ningún lado, sólo le daba p’ adelante”. El psicólogo les preguntó “¿qué es pasarlo bien?”, varios contestaron “reírse, disfrutar, compartir, pinchar, hablar estupideces, andar arriba de la pelota, desahogarse”. Una paciente dijo “con la enfermedad nos estamos invalidando como personas, hay que hacer de todo sólo saber medirse y aprender a divertirse con otras cosas”. El psicólogo agrega “es una ilusión que sólo yo tengo que

limitarme y el resto lo pasa chanco, todo en exceso tiene limitaciones, porque todo en exceso es malo... cuando en la tele sale la media mina en el comercial de cerveza y los minos conquistándolas es una ilusión, hay un comercial que dice “prende tu mente” con la cerveza, eso es vender una ilusión, nos desconecta de la realidad, uno lo idealiza, es bien ilusorio esto del carrete y el copete, parte desde los comerciales que venden una ilusión... por eso divertirse está asociado a tomar... si quiere un pito al mes hágalo, pero sepa usted que se puede descompensar y si aún quiere entonces hágalo... pero debe ver ¿cuánto se pasa bien y cuánto mal?, ¿qué pesa más?”.

Esta sesión terminó intensamente con un tema que es sensible para estos pacientes sobretodo porque son jóvenes en su mayoría y muchos tienen antecedentes de consumo de alcohol o drogas.

### ***3.9.- Miércoles 28 de Noviembre de 2007.***

En esta sesión hubo 13 pacientes. Al iniciar la sesión grupal, el psicólogo mencionó “como ven hoy día nos acompañan Leo y Nydia” (C.O. cada uno de los pacientes ya nos ha visto y nos ubican, sin embargo en esta ocasión la situación es diferente a las anteriores debido a que ya terminamos nuestra práctica profesional en el HD hace más de un mes, por esta razón es que desde ese tiempo no hemos participado de las psicoterapias grupales como era una constante anteriormente).

Luego retomó el trabajo que han estado realizando hace algunas sesiones, dijo “estamos nosotros en como se llama esto, parece que no tiene nombre, pero quién recuerda en qué estamos”, los pacientes escuchaban atentamente y uno de ellos dijo

“en el pasado y en el futuro”, el psicólogo dice entonces “exactamente, estamos viendo la línea de vida, por eso comenzamos por el pasado cuando éramos chiquititos”. Mientras él explicó esto algunos de ellos comenzaron a inquietarse, en especial un par de niñas adolescentes, una de ellas buscaba algo dentro de su bolso, él le llamó la atención (C.O. la verdad es que su búsqueda distraía al resto); la otra niña, sentada en el sillón de enfrente, dijo que le dolía la espalda, algunos, incluyendo el psicólogo, le dieron consejos, el más mencionado fue que fuera al doctor. Seguido de esto retomó nuevamente y dijo ‘estamos en el pasado, estamos trayendo recuerdos de nuestros años de cero a cinco años, para eso cada uno hizo un dibujo o un colage o lo que quería, ¿verdad?’. Luego de que le confirmaron lo que dijo recordó los trabajos revisados en la sesión anterior, indicando que habían sido muy interesantes, recordó los trabajos de tres pacientes. Del primero dijo que había sido un recuerdo más o menos triste, más bien como un trauma, como que algo había quedado en su mente sin poder sacarlo. El paciente también se encontraba en esta sesión y afirmó con la cabeza todo lo que el psicólogo dijo de su dibujo. Del segundo dibujo dijo que se había hablado de la lejanía y la cercanía del paciente con su madre, que algunos habían visto lejanía y otros cercanía y que después el autor del dibujo les dijo que su recuerdo venía de una foto que tiene en su casa, una foto que sacó su padre donde estaban en una playa con su madre, cada uno en una roca. El paciente también se encontraba en la sesión y afirmó lo que él dijo. Del tercer dibujo dijo que hablaron de los juegos que la autora tenía con su mamá, también cómo la peinaba con “unos cachos”, cuando dijo esto un paciente completó la idea que el psicólogo venía desarrollando, dijo que se había hablado del cuidado materno.

Luego de este recuento el psicólogo preguntó “¿a quién le gustaría comenzar hoy?”, una mano de una paciente se levantó (C.O. fue una levantada de mano bastante tímida, como queriendo parecer que era una casualidad y que si no se daban cuenta mejor aún). Se buscó el dibujo, una vez encontrado un paciente se levantó rápidamente y estiró su mano como para recibirlo, el psicólogo le dijo que esperara porque debía dar la vuelta para que todos lo vieran y se pudieran fijar en los detalles, entonces el paciente dijo que bueno y volvió a su silla.

El primero que miró el dibujo fue el psicólogo, este en un momento se lo acercó mucho a la cara, como viendo los detalles, un paciente le dijo que estaba “piti”, entonces el psicólogo le respondió que ya iba a ver por qué se lo acercaba, y se lo pasó, el paciente lo vio y dijo “ah verdad” y agregó diciéndole a la autora que el dibujo era igual a una representación que habían hecho de la familia de ella.

Mientras daba la vuelta el dibujo, el psicólogo le dijo a un paciente que había pasado el dibujo rápidamente a su compañero “véalo bien, para que después no diga que está bonito no más, véalo bien para que tenga opinión”, entonces volvió a mirarlo y en seguida miró al psicólogo y le dijo “está bonito”, el psicólogo rió y le dijo “¿me está agarrando para el leseo?”, luego de esto varios rieron, incluyendo al paciente afectado. Luego de esto otro paciente que estaba sentado junto al psicólogo le empezó a hablar, desde el resto del óvalo no se alcanzaba a escuchar que decían (C.O. parece generarse cierta inquietud cuando los pacientes deben esperar a que el dibujo dé la vuelta por cada uno de ellos, cada uno espera ansioso el recibirlo, pero hasta que no llega a sus manos conversan, opinan sobre distintas cosas).

Una vez que todos lo vieron el psicólogo preguntó “¿a quién le gustaría comenzar?”, entonces aparecen voces que lanzan comentarios, por ejemplo dijeron:

“están en un cumpleaños reunidos”, “se me imagina que es la obra que hicimos la otra vez de su familia”, le preguntaron a la autora si era un cumpleaños, ella dijo que sí, también le preguntaron si había recibido hartos regalos, ella dijo que no recordaba. En esto llegó un paciente que no había estado dentro de la sesión, por lo que el psicólogo le preguntó “¿dónde estaba?”, él dijo que la señora de la cocina lo había mandado a comprar pan y que se quedó esperándolo pero se vino por que no salió nunca el pan. Luego de esto se retoma el tema central. Anteriormente, durante la sesión grupal, otra psicóloga había ido a buscar a este paciente para que tuvieran su psicoterapia individual, al no haberse encontrado ella llamó a otra paciente que si se encontraba.

El dibujo de la autora consistía en cuatro personas sentadas alrededor de una mesa, había platos en la mesa y en la parte de abajo del dibujo había una palabras borradas decía algo así como mi cumpleaños de los cinco años y mi pastel. Comentaron y le preguntaron a la autora diferentes cosas como quiénes eran las personas del dibujo, qué comida era la que estaban comiendo, ella contestó a todo e hizo hincapié en que el pastel que le habían dado era chico y que no alcanzó a convidarle a sus amigas que eran sus vecinas.

El tema que más se tocó fue a raíz de que un paciente dijo que el no recordaba sus cumpleaños, el psicólogo le pregunta “¿por qué cree que le pasa eso?”, él asocia esto a su antiguo consumo de drogas, dijo que los recuerdo que tiene son solamente en relación a las drogas, que eran malos recuerdos. Sin embargo, luego de que dijo esto recordó cuando jugaba a la pelota de pequeño, allí se le volvió a preguntar y dijo que estos eran buenos recuerdos. Así conectó el psicólogo nuevamente a la autora del dibujo y le preguntó si su dibujo proviene de un buen recuerdo, ella dijo que sí, pero

que no recordaba más de lo que había dicho, porque el dibujo era de una foto que tenía en su casa y que en el dibujo no salían las amigas, que ella las había agregado.

El paciente que había mencionado que no tenía recuerdos buenos insistió, “nosotros sólo podemos recordar cuando vemos fotos”, el psicólogo le dijo “¿nosotros quiénes?” y él respondió, “nosotros los pacientes”, se le preguntó por qué creía eso y dijo “la enfermedad no nos deja pensar”, el psicólogo preguntó entonces si se refería a que es la enfermedad la que no los deja tener recuerdos, él paciente le dijo que sí. Al decir esto el psicólogo les pregunta al resto de los compañeros que escuchan en silencio que qué opinaban de lo que este compañero decía, uno de ellos contestó “yo sí tengo recuerdos” y todos guardaron silencio, el psicólogo volvió a insistir “¿qué opinan?”, al encontrarse nuevamente con el silencio comenzó a preguntar con nombre, la paciente a la cual le preguntó contestó que ella sabía que los TEC (tratamiento electro convulsivo) borran recuerdos. Luego de esta respuesta el psicólogo insistió “¿qué opinan, están de acuerdo?”, algunos dicen que sí, que borra el pasado o algunas imágenes, otros que no, otros guardan silencio. Se les preguntó entonces “¿a quién le han hecho TEC?”, varios contestaron que sí, y continuó “¿creen que con eso perdieron recuerdos?”, dijeron que no sabían, el psicólogo contestó entonces “debe ser terrible que se olvide el pasado”, el paciente que dijo recordar solo cosas malas dijo “a mi me gustaría olvidar el pasado”.

El psicólogo explicó qué eran los TEC y dijo “son para que la mente se calme porque se ha visto que hay alteraciones del pensamiento con la enfermedad, son para poder tener control de la mente”, también mencionó “el día después de los TEC uno anda mareado y no se acuerda, pero después se recupera”.

Nuevamente el psicólogo encausó y retomó la pregunta “¿la enfermedad borra recuerdos?” y le pregunta a un paciente directamente, este le dijo que a veces sí, y quedó en silencio, entonces el psicólogo insiste “¿cómo es eso?”, el paciente contesta “como se escuchan voces uno está pendiente de otras cosas que después se olvidan”, el psicólogo le dice que le hace mucho sentido lo que dijo, entonces le pregunta al grupo “¿con los síntomas de la enfermedad hay tiempo para pensar en el futuro o en el pasado o es pura angustia?”, varios contestan que “no hay tiempo para pensar”. Le preguntó a una paciente que qué opinaba de lo que dijo su compañero, ella dijo que no escuchó, entonces el psicólogo le repite lo que se había dicho, ella respondió no sé, se le preguntó si entendió lo que se dijo, ella dijo que sí y calló, se insistió, pero ella no habló. Se le preguntó a otro paciente “¿qué opina usted?”, este dijo “¿de qué?”, entonces fue necesario repetir nuevamente de lo que se estaba hablando, y él contestó “no es la EQZ la que produce eso” y calló, otro dijo que podía ser que fuera (C.O. da la impresión de sentir una angustia con el silencio de los pacientes, como que no pescaran la sesión, contestan sólo si se les pregunta directamente. La angustia parece vivirse porque el psicólogo está haciendo esto para ellos y son ellos lo que tienen que contestar desde su experiencia, pero parecen no pescar, con excepción del paciente que ha dicho que sólo recuerda cosas malas, él parece brillante en sus comentarios y atento a como se desarrolla la sesión, el resto aunque se lo intenta conectar no parecen lograrlo).

Se retomó la idea diciendo que este espacio era justamente para recordar y reflexionar. Ante esto un paciente dijo que para él la música en inglés le ayuda a recordar, porque él sabía inglés y lo entendía, otro paciente dijo que a él le pasaba lo mismo pero con rancheras y con música romántica. Se les preguntó “¿es bueno tener

recuerdos?, porque recordar la historia es recordar quién es uno”, el paciente que ha estado más atento dijo que uno podía tener buenos y malos recuerdos, que había que aprender de la experiencia. Así se terminó con el dibujo , se le agradeció el dibujo a la autora y se le dijo que permitió que se abrieran varios temas.

Luego se preguntó nuevamente “¿quién quiere seguir?”, uno de los pacientes pidió permiso para ir al baño, se le dijo que sí y se le dijo a otro de ellos que había pedido permiso durante la sesión que fuera ahora si quería, no lo habían dejado ir antes, le dijeron que era importante que escuchara lo que se estaba hablando, aunque él argumentó que nunca pedía permiso para salir. También otros dijeron que querían ir al baño, el psicólogo dijo “hagamos la sesión en el baño entonces”, algunos rieron.

Mientras tanto el dibujo de un nuevo paciente daba la vuelta, era el dibujo del paciente que ha estado atento durante la sesión (C.O. él es un re-ingreso momentáneo al HD debido a que está pasando algunas situaciones conflictivas en su hogar y como medida de precaución también ha sido hospitalizado en el 5° piso voluntariamente). El dibujo era un círculo con un parque en él, con dos personas que estaban en los juegos. El mismo paciente de antes le conversó al psicólogo mientras el dibujo daba la vuelta. Volvió una paciente que había ido a psicoterapia. La psicóloga llamó al paciente que andaba buscando anteriormente. Algunos bostezaron mientras el dibujo dio la vuelta.

Luego de que todos lo han visto se preguntó nuevamente “¿qué les hace pensar el dibujo?”, unos dicen que es un parque, que parecía que lo pasaba bien cuando era chico, que cuando chico le gustaban los jardines y ahora que es grande es jardinero, entonces el mismo paciente que comentó esto le dijo que encontraba difícil que se le borrarán los recuerdos porque algo de lo que le gustaba antes aún le gusta.

Mientras esto ocurre hay un paciente que comenzó a chispear los dedos. El psicólogo comenzó a preguntar focalizadamente a los pacientes, una dijo que no sabía, se le preguntó que si se le ocurría algo, dijo que no. A otro que se le preguntó y dijo que no se le ocurría nada. Otra dijo que no había mucho que decir, pero que eran bonitos recuerdos.

El autor de este dibujo comenzó a recordar en la sesión diferentes momentos buenos que había compartido junto a su padre cuando niño, el psicólogo lo escuchó y le comentó sobre sus recuerdos, se habló de cómo un recuerdo lleva a otro recuerdo y se va armando una historia, siendo que al principio parecía que no se podía pensar porque todo estaba bloqueado. Mientras se estaba en esta reflexión una paciente, la misma que estaba inquieta al inicio con el bolso comenzó nuevamente con esto, se le dijo que parara. Se preguntó si alguien quería opinar algo sobre el dibujo, apareció un comentario que dijo que la plaza de su dibujo parecía un planeta, él dijo que no, pero que cuando chico ese era su planeta. Otra paciente agrega “¿eso es un reloj?”, él le contestó que no, que era una plaza (C.O. este comentario de que si era un reloj dejaba la impresión que algunos no habían prestado atención en nada, porque ya se había dicho de qué se trataba el dibujo).

Se comentaron algunas conclusiones, el autor del dibujo y principal exponente de la sesión dijo que hay que exigirle un poquito más a la mente y focalizar recuerdos, que no es malo recordar y que antes creía que sí lo era, luego habló de su consumo anterior y como le cambió la vida indicando que ahora sí tiene sentido su vida.

El psicólogo estaba terminando la sesión cuando uno de los pacientes dijo “continuamos el viernes”, el psicólogo le dijo que él nunca ha venido los viernes al

diurno y que las sesiones son sólo lunes y miércoles, el paciente agrega que mañana irán a la Quinta Normal (C.O. la verdad es que este paciente que dijo esto lleva meses en el hospital, sabe perfectamente que los viernes no se realizan psicoterapias grupales, seguramente se vio afectado por la emoción del paseo y debía decirlo de alguna manera).

Cabe recordar también que durante la sesión el ventilador estaba funcionando y algunos de los pacientes se distrajeron o porque el viento les molestaba, pero el compañero de al lado lo quería o viceversa.

## **Anexo 4**

### **Entrevistas.**

#### ***4.1.- Entrevistas a Profesionales Psicólogos:***

##### ***4.1.1.- Entrevista a Psicólogo A:***

¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el hospital diurno?

En el diurno, eh del 99, o sea, en este tema digamos que llegué aquí en el Félix Bulnes.

¿De qué está encargada en el hospital diurno?

De qué estoy encargada en el hospital diurno, de ehm, soy la directora del hospital diurno y eso significa como estoy encargada de que los aspectos clínicos de este lugar estén coordinados, que se hagan, que tengan sentido todo el aspecto de esa coordinación clínica y encargada como de también la administración, son dos aspectos.

¿También está considerado tener terapias individuales?

No, no, no, siempre lo pensé, no, que en mi lugar de encargada o directora tengo un lugar que no es compatible con la terapia individual de ningún paciente, eh,

y las cosas, las situaciones como han sido puntuales, localizadas a, con los pacientes ninguno, nunca he estado con ningún paciente en algo que se parezca a un proceso de psicoterapia, con la familia sí y desde un lugar desde directora, pero también como desde algo muy puntual, o sea, nunca me he planteado hacer psicoterapias aquí, no, no forma parte, no es compatible ambos lugares.

¿Cuáles son los objetivos de la psicoterapia individual en el hospital diurno?

Los objetivos de la psicoterapia individual en este lugar, haber, la psicoterapia es un proceso que yo no sé si podría llamar psicoterapia en particular, partiendo por eso, eh, creo que es un acompañamiento, es un acercamiento, es un proceso de alguna intimidad respecto de todo lo que se hace grupal aquí, esto, eh, focalizado, eh, y que en el mundo de la psicosis no es compatible con el nombre de psicoterapia, así propiamente tal, y por lo tanto es más bien espacio, espacio de alguna intimidad de poder dialogar algunas cosas, eh, que sean de mayor, valga la redundancia, de intimidad, eh, poder ponerle algún nombre, parecerlo, comprenderlo, en un proceso así corto, así que no le llamaría de partida un proceso de terapia individual.

¿Pero desde el lugar esta comprendido como psicoterapia individual?

Desde el lugar, estoy hablando desde el lugar, eh, creo que un proceso de psicoterapia individual en un paciente psicótico es muchísimo más amplio, requiere muchísimo más tiempo, eh, que los que hacemos aquí, eso.

Sin embargo estamos pensando en que en las actividades programadas esta comprendido ese espacio con el nombre de psicoterapia individual.

Sí, es cierto, pero hablando aquí los tres, creo que es un nombre muy grande para el proceso digamos, ehm, eso, creo que es un nombre muy grande hablándolo así, ehm, creo que a lo mejor buena pregunta para pensar en cambiarle el nombre, porque yo creo que es un concepto muy amplio para lo que hacemos y para los objetivos que tiene.

¿En qué aporta al tratamiento la psicoterapia individual?

(Silencio) Lo primero que diría es que depende de cada situación, creo que aporta cosas distintas según sea la persona que está en terapia individual, y también aporta según el terapeuta y yo creo que tiene que ver con el encuentro con la formación, eh, y eso apunta a que puede aportar cosas distintas, marco general, ehm, en algunos casos es bien difícil el diagnóstico con el paciente, por lo tanto creo que el, ese espacio como de mayor intimidad, les vuelvo a insistir, no sé, hablo hartito de la palabra, creo que tiene en este torbellino muchas veces de estímulo, de grupo, etcétera, creo que es un espacio que podría ayudar a poder pensar algunas cosas que quedan rezagadas en el espacio grupal, sobre todo eso, ehm, sea cuales sean ellas y sean quien sea quien esté pensando eso, más que esas cosas más individuales puedan tener alguna cabida, alguna posibilidad de pensarse en ese espacio.

¿Cuáles son los objetivos de la terapia grupal?

Ehm, yo creo que es poder pensar en grupo, a través de cada una de las personas que están allí, algunos temas que son de importancia para cada una de las personas que están allí, si, ehm, con la convocatoria en ese momento de unos más que otros, eh, en pensar en esas cosas, pero de temas que puedan, eh, que los reúnen,

como de dificultades comunes o como que tengan sentido para las personas que allí están, digamos, sí, eh, no sé, el dolor, el sufrimiento, la historia, los síntomas, la enfermedad, que son temas que, eh, de alguna manera, todos tienen algo que decir y todos pueden escuchar del otro lo que tiene que decir y que hace sentido, eh, eso... , sin embargo, todas estas cosas que estoy diciendo también las estoy pensando como en la historia y yo creo que también, eh, también tiene que ver con los terapeutas, quienes, ehm, quienes más pueden abordar o no abordar, eh, ciertos contenidos, ehm, estoy hablando más que de capacidades técnicas, estoy pensando en capacidades personales también, eh, de abordar temas que son tan complicado, eh, sí, eso está en la posibilidad, eh, también está en el grupo y también está en el terapeuta, de la riqueza de esa experiencia, creo.

¿Cómo es la relación que se establece con los pacientes en psicoterapia individual?

Cómo es la relación que se establece con los pacientes... (silencio)

mmm, amplia pregunta, eh, yo creo que las personas que estamos aquí, eh, estamos con el, deseo, de establecer una relación con el otro de cuidado y de respeto, eh, eso, algunas veces lo hacemos más que otras, eh, es momento de cada uno en, no sé, también según las personalidades, eh, de respeto y de cuidado, porque aquello que el otro dice tiene valor, que para comprender su historia, para entender lo que le pasa y, que sea que es material cualquier frase, que es material para poder servir para la comprensión, frases que en psicoterapia, que en ambos espacios pueden

ser, eh, utilizados para establecer una cadena de significados respecto de lo que le pasa a esa persona, digamos, que se van, en el mejor de los casos (ríe) encadenando, para tener una mayor comparación de lo que le pasa a este otro, y eso, por lo tanto, son como de cuidar que aquello que es dicho tiene como valor, aun cuando de repente aparezca disgregado o sin suficiente coherencia en cualquiera de los dos espacios, digamos, sí.

¿Qué se espera de cada paciente en psicoterapia? tanto en psicoterapia grupal como en individual.

Ehm, estaba pensando que es difícil, eh, tú me haces la pregunta de ambos espacios, y me cuesta porque de repente me, me pillé en esto de buscar las palabras, los significados y los fragmentos de sentido, pensé no sé, en un dibujo, o en comentarios cualquiera sea de los otros espacios, pero bueno, me es difícil, desde aquí, desde mi lugar digamos, eh, no, no, no, también pensar en estos otros espacios de literatura o de pintura, digamos, o qué sé yo... eh, qué sé espera, esa es la pregunta, qué se espera, ehm, ¿qué se espera?... ehm... se espera que pudieran, que difícil contestar la pregunta... se espera que pudieran encontrar aquí, en este espacio, por eso estaba pensando como en el conjunto, yo creo que me cuesta separar, pero creo que en este espacio de ambos, psicoterapia individual y grupal, eh, un lugar de, donde se pueda existir, eh, lo más eh, tranquilamente posible con lo que se es digamos, sí, ehm, eso, existir primero que nada, el XXX haciendo sus cosas ahora, que no sé, podremos después ir canalizando, pero ha ido como existiendo, quizás más cerca de lo que tendría que ser un XXX a esa edad de como lo que estaba, primero yo creo que esa

idea de existir me hace mucho sentido, eh, por lo tanto primero existir y segundo poder llevarse, incorporar, algunas frases, algunos fragmentos, algunos gestos, algunos, ehm, momentos que fueran útiles en el futuro, en donde estén, eso, es como eso, eso, pensando en que, eso, que, que, yo sólo creo que puede en eso, algunas frases, algunos momentos que pueden ser rememorados en algún otro lugar, en algún otro espacio que sea de utilidad de llevárselos, dentro de, incorporados.

¿Cómo espera que funcionen las psicoterapias?

Haber, la terapia grupal es como el marco diría yo, el encuadre más general, eh, creo que, es un espacio que permite medir la distancia con el otro en los pacientes, por lo tanto creo que es adecuado en un comienzo, eh, eh, por lo tanto, o sea, todo el tratamiento esencialmente tiene una base grupal donde, mira se me ocurrieron unas referencias bibliográficas, yo soy mala para eso, porque soy tímida en realidad, porque no sé los nombres entonces para que (ríe), pero la idea es medir la distancia con el otro en un espacio grupal donde claro uno puede estar más en silencio o no, o el acercamiento más distante o no, y ese espacio grupal es la base del tratamiento, porque tiene esta, está técnicamente conectado, digamos, me parece a mí, y creo que sólo cuando, y ahí habla Récamier, estoy pensando en Récamier cuando les hablaba de esto, que es más de mis autores preferidos en este tema, que yo alguna vez les hablé de un psicoanalista que hizo un libro que se llamaba "Psicoanalista sin diván" tenía que ver con, con el tratamiento de los pacientes psicóticos sobre todo en las instituciones sin ser un miembro de lo que es la psicoterapia institucional, él es estrictamente freudiano y su trabajo muchos años con esquizofrenia lo llevó a este documento que siempre me pareció muy interesante, y él hablaba entonces y allí lo

citó claramente, es que es este espacio indiferenciado que es banco, personas, comida, mesa, indiferenciado del comienzo va como haciéndose esculpido dice ahí, en esa realidad informe, sin forma, van siendo esculpidos algunos, algunos miembros, algunas cosas, algunos objetos, algunos lugares, algunos, qué se yo, no se, algunos espacios de ese lugar, eh, que se va haciendo progresivamente eso y que entonces el lugar de la psicoterapia individual tendría que ver con, con ese espacio después de un tiempo donde se van esculpiendo con formas, donde se podría pensar, digamos, en que hay algo de sujeto en ese otro y algo de sujeto en sí mismos, digo, sí, como para establecer un diálogo, eh, de una psicoterapia individual entonces en ese marco grupal es que después de un tiempo, algunas veces a mi me parece más importante, con los objetivos de la psicoterapia, poder fomentar este vínculo, que algunas veces me ha parecido más importante que se haga de inmediato con personas que puedan tolerar, pero si no la gran mayoría, yo creo que lo tolera mal desde un comienzo y que tolera mejor el espacio como de mayor intimidad y por lo tanto mayor posibilidad de paranoia, persecutoria, o invasiva de un otro sea después de un tiempo de estar acostumbrado a hacer con otro y medir las distancias, no se si...

¿Cómo esperas que funcione este otro espacio individual?

(Suspira) Sí, yo creo que es la misma lógica de la que estoy hablando, como un espacio de mayor diferenciación, eh, donde pueda ser tolerada la presencia de un otro sin, sin la angustia paranoia, eh, o sea eso, de partida para que funcione algo, eh, y de esta posibilidad de algún diálogo, pueda, lo que decíamos antes, digamos, que algunas frases, o algún tema, o alguna experiencia pueda ser compartida, elaborada, pensada con ese otro eh, sí, diría a veces a penas diferenciado, sí diría en un

comienzo, pero tolerando al menos y que se requiere como todo estos espacios previos que preparan este encuentro terapéutico, yo creo que en la gran mayoría de los casos, eh, en el diálogo de la psicosis propiamente tal, yo creo que no, no se tolera desde un comienzo, yo creo que requiere de esa preparación de estar con un otro algo tranquilo, como para poder después ir a ese otro espacio y diferenciado también de lugar, de la salita de atrás, con un otro, eh, diferenciado, más diferenciado, y eso pasa después de algún tiempo y otras veces no pasa nada nunca tampoco, no.

¿Qué crees que motiva a los pacientes a iniciar un tratamiento en el hospital diurno?

Yo creo que la motivación no es, no hay motivación al comienzo, la motivación está en otros, no en ellos, eh, yo creo que se van haciéndose, si es que se hace, progresivamente y con el tiempo, creo que hay posibilidades, yo creo que lo más cercano a una motivación es, eh, y que los pacientes lo dicen, es como de esa soledad y aislamiento, yo creo que lo que más se puede como hablar es de, de, es de esa situación de aislamiento en la que están, y que a sí les hace sentido venir a un lugar donde se pueda estar con otros aunque esa situación les provoque mucho temor, pero lo más cercano a la motivación, diría yo que es esa, esa posibilidad de pensar de venir a un lugar donde se puede estar con otro en un comienzo, eh, que, que ya es súper bueno, pero no creo que haya una motivación clara o otra que esa, quizás uno lo dice en las reuniones de ingreso o al comienzo de que haya una posibilidad de aliviarse de... de síntomas, de angustias, pero más bien lo dice uno que ellos, si, eh, yo creo que el aislamiento es lo que más sentido puede hacerle de visualizarse en sus piezas, casas, en el encierro y que se escucha conversar y se ve gente que podría ser una oportunidad positiva, eso.

¿Y qué es lo que les motiva a terminar el tratamiento?

Eh... yo creo que, muchas veces es porque pierde sentido y significado como se ha perdido significado en muchas otras cosas en la vida de los pacientes, creo que la gimnasia, o creo que la pintura, o creo que cualquier cosa que los, en que uno los invite a participar pierde, eh, luego significado, por lo tanto la invitación aquí a pensar o a lo que nosotros hagamos esta invitación, pierde significado y se neutraliza, se destruye, se deshace, yo creo que esas palabras quizás suenan mejores, se destruye, se neutraliza, se pierde significado, y por lo tanto se instala el aburrimiento como una condición quizás la más aliviadora de la, de la, condición psicótica, digamos, no, de aburrimiento, de nada, de no tomar contacto finalmente con nada, ni afuera ni adentro, eh, y entonces se va haciendo en la cabeza la idea de aburrimiento, yo creo, de eso, de pérdida de sentido, de aquello que una vez tuvo, por lo tanto muchos de los que hay de alta o cuando se empieza a pensar en partir es eso, sobre esa condición básica diría yo que uno hace distintas intervenciones y entusiasmos, con distintos casos, proyectos, qué se yo, pero y que algunas veces algunos se puede entusiasmar y volver a invitar, no, de que hay uno más allá y que puede ser un poco mejor que esto que ya no lo está siendo, ¿sí?, eh, y algunas veces es cierto que así sucede digamos, eh, donde también se siente en algunas ocasiones, más, eh quizás más, tiempo entusiasmado por volver a una realidad que si estuvo suspendida, yo creo que muchas veces esto si es como un puente, y así como desde la casa lo invitamos a, a venir a este lugar, eh, con todos estos estímulos de, de la vida, de, en general digamos yo creo en algún momento que esto pierde sentido y se vuelve a pensar en otro que, se puede estar con cierto alivio, ¿se entiende?...

No mucho.

Haber, es que yo creo que básicamente esto pierde sentido para todos, o sea, yo creo que es una condición de la psicosis digamos, de esto que es múltiples estímulos que uno los invita a pensar, bla, bla, bla todo lo que sabemos, eh, es un problema, la realidad es un problema en el mundo de la psicosis y por lo tanto esto que es realidad y se va constituyendo todos los días como realidad y también en algún momento comienza a ser posible, sí, eh, porque es parte de la realidad y en ese sentido, uno de los mecanismos, yo creo, más útiles para aliviarse de esta realidad que es jodidísima, que ya sabemos lo jodido que puede ser la realidad, ¿no?, para los pacientes, es como eso, como quitarle significado, distorsionarse, perderle sentido y abrirse así como lo dicen, ¿se entiende o no?, y sobre esa como condición base se instala, diría yo, algunas motivaciones de terminar, eh, de pensar que hay un otro espacio de realidad al cual se está más preparado para, eh, seguir, continuar, ¿sí?, pero que tiene una condición como siempre de gran fragilidad, esa nueva, que se me olvida ¿cómo dicen los franceses?, de ese nuevo pedazo de realidad que se va, que uno empieza a pensar que se va a hacer un, hay, no sé como se dice en español... investidura de un nuevo pedazo de realidad que se va instalando a la salida, que siempre es, frágil, eh, y que también siempre es como una ilusión, digamos, sí, eh, tal cual fue, eh, la venida para acá digamos, sí, y yo creo que en esos movimientos es que yo creo que en esta condición súper dolorosa de la psicosis se está salvando digamos, y por lo tanto, por eso creo que tan importante el que hayan espacios como este, eh, y otro, eh, porque yo creo que es absolutamente necesario que exista digamos para, para este progresivo retornar el gusto o las ganas de poder ir a otro lugar, sí, de poder

ir investido a otro lugar, eh, eso así como en la base, y todo eso está acordado, diría yo, por nosotros, que nosotros pensamos, proyectamos, invitamos, todas las cosas que hacemos como en el dibujo de XXX y nosotros, eso (C.E. en el dibujo aparecen unas manos levantadas en los psicólogos, como de motivación) y así como invitamos acá, invitamos a pensar que hay un otro espacio que podría tener alguna gracia también para vivir, eh, mezclado, y cuanto le pertenece a cada uno yo creo que ahí hay cosas distintas, eh, de lo que nos pertenece a nosotros y de los que les pertenece a ellos, porque en esa partida está también nuestro empuje de que alguna manera la vida hay que, las leyes de la vida es que eh, hay que irse de este lugar, que uno no puede quedar en este lugar, creo que forma parte de las leyes de la vida, no sólo de las leyes de administración, sino que de las leyes de la vida, eh por lo tanto, en esa partida nosotros estamos de algún modo influyendo en muchas cosas.

¿Qué complicaciones y dificultades encuentra en la psicoterapia por parte de los pacientes?

Eh, ehmm, dificultades y complicaciones de la psicoterapia... la tolerancia, creo que tiene una, hay que, yo creo que una dificultad que puede ser para nosotros, ¿por qué la pregunta es para nosotros verdad?, empecé por nosotros, eh... aceptar esta condición, tolerar esta condición tan difícil de la psicosis, eh, tiene que ver con las palabras esas de aceptar y tolerar, eh, estamos invitando a vivir en una vida que puede ser muy jodida, yo creo que afectivamente los pacientes lo pasan muy mal, eh, y que es una invitación como, a veces estamos algo convencidos de que se pueda ser bueno y no siempre estamos convencidos de que pueda ser bueno, invitarlos a, no sé, a participar de este mundo, que, y por lo tanto tolerar toda la, el oposicionismo que

pueda haber frente a ese hecho, eh, es una cuestión que, es difícil, encuentro yo, aceptar eso es muy difícil, eh, aprender a discriminar entre qué, en esta invitación que hacemos habrá sólo algunas cosas que podrían los pacientes aceptar y que otros definitivamente no, me parece que es un ejercicio difícil de hacer con cada uno, eh, muchas veces creo que, algunas veces yo he pensado como que hay que ir un paso más adelante, ¿no?, e invitando así como (gesto de la mano), ¿sí?, creo que hay que hacerlo, sin embargo muchas veces uno está en el, cómo se llama..., perdón pero cómo se dice cuando uno está así como en la oscuridad (gesto con la mano) tanteando, eso, yo creo que muchas veces uno está en un camino bastante oscuro y uno no sabe muy bien y vamos tanteando que es aquello a lo cual podemos invitar y abrir espacios y la mente y deseos y ganas a, y que muchas veces es eso, a ir tanteando un paso adelante, si es que vamos un paso adelante, ir tanteando y ese es un ejercicio muy difícil, eh, que es aquello que al cual podemos invitar y eso, eso me parece lo más complicado de esta historia, porque es de una gran responsabilidad, eh, invitar más de la cuenta (ríe) o no invitar cuando se podría, eh, me acordé de un paciente que yo no sé, algunas veces les he hablado, que era un chiquillo que era terrible como el XXX, eh, con dos padres, como muchos padres, la madre le cortaba el pelo durmiendo, esa es otra de las cuestiones que me quedó grabada digamos, porque él no se quería cortar el pelo entonces ella se lo cortaba durmiendo, era el XXX, era como él XXX realmente, menos por esa cosa como académica cómo el XXX pero de un retraimiento, así como XXX eh, y me acuerdo que la madre quería que siguiera estudiando y que interrumpiera el colegio, y la verdad es que yo pensaba en eso de ir adelante, y yo pensé que esa cuestión iba a ser una experiencia que no la iba a tolerar y que lo iba a joder muchísimo, o sea, como me cabe la duda del XXX,

como se van a reír, a joder, o qué se yo, y tanto era así que hablábamos con los papás que parecía que no era conveniente que él se integrara al colegio y maravillosamente la verdad es que se integró al colegio y le fue súper bien, qué se yo, bueno hicimos algunas cosas para que ese paso fuera más fácil como hablar con el colegio nosotros y la cuestión y la verdad que al cabro le fue súper bien, terminó el cuarto medio y tuvo un poco de problemas en filosofía, pero le hicieron trabajos especiales, y ahí es como ha estado un paso atrás, sí, pensando en que no iba a poder hacer vivir esta experiencia, y en realidad, genial, se la pudo, como en algunos casos, y ahí está la XXX, haber pensado que habría dado un paso adelante y que yo creo que no era posible no más y que no deberíamos haber esperado más que este lugar, que se hubiese quedado aquí por mucho tiempo, y que era lo que ella podría tolerar, la familia podría tolerar que viniera, y que yo pensaba que era una invitación, la verdad bastante incisiva a la hora de querer morir, entonces es como súper, yo creo que a eso se resume la máxima dificultad, eh, y en su contraparte con los pacientes digamos, porque ha significado seguir nuestra invitación y que ha significado también no seguirla, o escuchar y decir si la mamá no hubiese hinchado porque fuera al colegio habría pasado un año más acá sin que estuviera estudiando, y ese equilibrio que yo creo que es súper jodido, y eso...

¿Qué es para ti un tratamiento ambulatorio en el hospital diurno?

Un tratamiento, uh, que nos pusimos en otra onda, tratamiento ambulatorio en el diurno, eh, no sé, tratamiento ambulatorio habla de, de todo aquel tratamiento (ríe) eh, que tiene esta característica de un pasaje, un pasaje casa a algún lugar, cualquiera, o sea, cualquier tratamiento ambulatorio tiene esa característica que hay un pasaje, o

sea un ir y venir desde un, de su casa a algún lugar, y claro, el diurno forma parte de eso digamos, de un ir y venir cotidianamente y lo que es bastante más complejo que un ir y venir, eh, más dosificado en el tiempo, eh, eso, eh, yo creo que lo esencial es un ir y venir desde la casa, o sea como desde la casa que ya es todo un tema lo que pasa desde la casa y de que se está continuamente en tensión desde ese lugar, pasando por un pasaje yo creo que la palabra pasaje también me hace sentido, eh, de transitar por una realidad, tomar micro, Transantiago, bajarse, qué se yo etc., ver a otros choferes, etc., entonces es un pasaje que no, no exento de dificultades para muchos de los pacientes más, menos, y eh, este otro espacio que es el diurno, el poli, etc., que, no sé poh que tiene características distintas según sea evidentemente, pero que también tiene en lo común un pasaje que es desde lo ambulatorio de la casa pasaje, a un, un lugar de salud eh, eh, muchas veces puesto en significado, no sé en realidad, como algo que puede ser bueno, útil, y odiado también, no sé en realidad, pero con toda esa carga, yo creo con todos esos afectos de casa, pasaje, chofer, odiado, amado, un centro de salud, yo creo que tiene toda esa carga afectiva, eh, y creo que, yo creo que es cierto que la, que este tratamiento ambulatorio pueda ser complicado y difícil para los pacientes y yo creo que no lo tolera como la XXX que era angustia extrema de sólo pensar en venir y encontrarse con todo esto aquí, sin embargo, creo que sin embargo creo que técnicamente, eh, es de mucho mayor beneficio de aquello que no es ambulatorio y que significa que es cerrado y que es con largas hospitalizaciones en atención cerrada que es el opuesto del ambulatorio, creo que puede ser de beneficio.

¿Qué es para ti el hospital diurno en una palabra?

Un lugar, un lugar, eso primero que nada, iba a decir espacio pero la palabra

espacio no me resulta, no sé qué sería etimológicamente, el lugar (río) me sale como lugar, un lugar que es diferenciado de otros lugares, por lo tanto que, tiene un recorte del resto de la realidad y que está cargado, con todo esto que hemos hablado, cargado, me carga la palabra cargado pero, que otra palabra en vez de cargado, que está investido, suena mejor, pero que está ligado, mejor palabra, que está ligado con todos estos afectos que hemos estado hablando, no eh... de tremenda experiencia para todos los que estamos aquí digamos, y con todo lo que hemos hablado de la experiencia muy importante, fuerte, eh, eh.... ligado a muchas experiencias muy fuertes, duras, eh, hermosas, emocionantes, emotivas, eh, o sea, está ligado a afectos de más que una importancia, de angustia pero, también de lo bonito, cuando pasan cosas bonitas si pasan hartas, eh, está ligado a esto, si, no sé, hay muchas situaciones muy bonitas, eh, eso, creo, como de emocionar y en ambos sentidos, digo en ambos sentidos como de lo duro que todos los que estamos aquí.

¿Se ve diferencia entre pacientes AUGE y los que no lo son?

Emm..., en algunos casos hay como si, hay como, algo menos pesado diría yo, así como más liviano, eh, como algo, esa palabra me hace sentido digamos, como algo menos difícil, duro muchas veces, eh, para poder establecer algún contacto, alguna esperanza, un diálogo, eh, yo diría que eso, y no con todos digamos, me acordé del XXX, que era difícil, pero hablando así en términos generales, en términos generales, porque hay pacientes tan crónicos también en pacientes AUGE, eh, que suena así de pesado el trabajo que uno pueda emprender con ellos, eh, pero si yo creo que en general viene eso con pacientes, menos, eh, menos cronificados, más abiertos, a tener la esperanza diría yo de que algo puede elaborarse, eso, eh, o quizás que algo

puede elaborarse y que quizás más ampliamente puede elaborarse, que así como la esperanza de que, no sé, el XXX uno puede pensar que, una cuestión hermosa, que está escribiendo un cuento, y eso es una cuestión hermosísima que él va pudiendo hablar y reconociendo al XXX en tantas cosas que no sabíamos de él, ¿no?, y que va hablando, surgiendo como algo que le pertenece, digamos, a su historia al menos, ahm, y yo sin embargo, a pesar de esa emoción de eso, de ver todo esos avances, los once años de historia son demasiado pesados como para tener la esperanza o entusiasmarse o, o proyectar algo muy distinto de lo que uno puede ver ahora, eso, claro, yo creo que la historia con la que vienen muchos de los AUGES esta más, menos dura, sí, como para pensar en trabajar.

¿Qué esperas como directora en la relación con los pacientes?

Eh, bueno, yo creo que he hablado de esta capacidad de tolerar de buena forma la diversidad primero, pero de tolerar así pero sinceramente, digamos, que haya personas distintas, eso, eh, por lo tanto creo que eso, eso, de tolerar esta diversidad, respetar a esta diversidad, sin embargo, ésta es como la condición base y también se necesita de un recurso personal, eh, porque no es sólo una cuestión como de respeto, así como de buenas costumbres, de tolerar la diversidad, sino que genuinamente hacerlo y para eso significa cierta solidez con uno mismo de poder hacerlo, creo mucho en los recursos personales, creo que es un trabajo muy jodido, que cansa mucho, ya lo sabemos todo eso, eso, como genuinamente poder tolerar y técnicamente, o sea, lo que quiero resaltar es que eso que estoy diciendo no es una condición de buena voluntad de un deber, no sé, de un deber ser digamos, sino que es comprensión genuina de esa diversidad y técnica de esa diversidad digamos como

para poder trabajar, digamos eso, eso me parece central, eso. Haber, yo creo en la historia de este mundo de la psicosis, no nos pertenece a los psicólogos, hemos estado alejados, ha sido muy poco en realidad que los psicólogos empiezan a acceder a este mundo de la locura eh y que, que hay poca gente, y que, bueno, voluntariamente es difícil, cansa, cuesta y que, y que, es difícil también encontrar terapeutas dispuestos a trabajar y trabajar un largo tiempo, creo que todo esto que estamos hablando no se sostiene si no hay esta como broma, no, de la canción de resistiré, porque es muy difícil, creo que hay que estar, muchas veces bien otras no tanto, pero hay que estar, eh, todos los días por largo tiempo, eh, y tener la posibilidad también de saber, que uno muchas veces no está y que hace tonteras y que dice leseras, y que mete las patas y qué sé yo y saber que puede eso, hablarse después, digamos, si, tener la posibilidad de hacerlo internamente, sobre todo en este lugar, bueno les estoy hablando desde mi, desde, yo creo que este lugar es distinto de un lugar donde uno hace sólo algunas intervenciones en un espacio, yo creo que muchas veces es vivir cotidianamente con los pacientes y eso hace una gran diferencia de los ambulatorios, o sea, hay otros espacios ambulatorios donde uno recibe a los pacientes en un contexto, en un encuadre, etc., y eso tiene un comienzo, fin y objetivos delimitados, acá es eso más todo el movimiento que hay, no sé, cotidianamente hablando, eso...

Gracias.

#### **4.1.2.- Entrevista a Psicólogo B:**

¿Tiempo que lleva trabajando en el hospital diurno?

Eh, dos años, casi tres años, en Febrero serían tres años.

¿De qué está encargado en el hospital diurno?

Estoy encargado de terapias grupales dos veces a la semana, de terapias individuales y del taller literario... participar de la reunión clínica, bueno eso...

¿Cuáles son los objetivos de tu trabajo en las psicoterapias, individual y grupal?

La individual... yo diría que depende mucho de los pacientes, eh, con algunos es sólo a veces establecer como vínculos..., eh conocerlos un poco más para poder tomar decisiones acerca de la indicación ... o sea indicaciones clínicas, ver que hacer, cómo ayudar, y en otros mantenerse como referente, digamos, entre lo bueno y lo malo, criterio de realidad, etcétera, o sea, no podría decir que hay un objetivo total, así transversal, va a depender mucho de las características de los pacientes, también de que tan crónicos sean, de si es un episodio, etcétera, etcétera... pero en general sería como uno acompañarlos, acompañarlos en lo que les está pasando, resolver dudas, ahm... y como que baje la angustia para que les permita tomar ciertas decisiones a partir de su salud.

¿En los pacientes de primer episodio había algo en común?

Si, ahí llegan mucho más desorientados, y tiene que ver con poner en palabras el diagnóstico, que eso es algo muy mortífero, digamos, si no se trabaja bien, si no se acompaña, es muy distinto un paciente que lleva 20 años con la enfermedad y que ya está como... ya es parte de como él se entiende, como persona es esquizofrénico, en cambio los del primer brote es tratar lo antes posible de recuperar ciertas funciones para que retomen su vida en la medida de lo que se pueda, pero es clarificar, acompañar, etcétera, etcétera, eso serían los de primer episodio y los crónicos, tiene que ver con temáticas de autocuidado, de mantenerse como un lugar al cual ellos pueden acudir para vivir, digamos, pero también es muy paradójico, porque uno piensa de repente, que bueno, es casi una cosa así como imprescindible en la vida de ellos y después se da cuenta que es totalmente prescindible, o uno piensa que tiene una gran ingerencia en lo que ellos puedan decir o hacer y después se da cuenta que no, así que es un filo muy extraño, no sé si respondo...

¿Cuál es el objetivo de la psicoterapia grupal?

En la terapia grupal, yo creo que un objetivo importante es el que puedan hablar de sus temas, que son muchas veces, guardados por años de años, en conjunto con otros pacientes, no sólo con un profesional, como les llaman, porque eso genera una distancia y una obediencia muchas veces automática, en cambio cuando las cosas y las reflexiones vienen de un par, generan, se generan como reflexiones que son propias de ellos, no que están hechas por un tercero, por un psicólogo, doctor, y eso es muy positivo, también tiene que ver con un socializar, hay muchos pacientes que no hablan hace años, estaban encerrados en sus piezas, que... o que eran muy maltratados, que no eran humanos, digamos, un interlocutor válido, entonces aquí se

encuentran con un grupo que están todos hacia un mismo objetivo, bien bien grande y abstracto que es estar mejor, y en el cual se pueden decir las cosas que se piensan, o por lo que se haga, por supuesto que también es muy importante los límites, que eso ayuda a entender que... que no todo es bueno, o sea, (ríe) tener un marco en los cuales se pueden decir las cosas y se puede pensar, pero con ciertos límites, que esa es la vida digamos, yo creo que esa es la vida digamos, yo creo que eso es muy importante para ellos... o más que para ellos para nosotros...

¿Cuál es la relación que establece con los pacientes en psicoterapia?

La relación en psicoterapia individual es bien brutal, porque es como ... o sea hay procesos muy primarios ahí dando vueltas... como... hay una transferencia que es así ... eh... bueno se me ocurre nada más la palabra brutal, pero es total ... digamos te suceden cosas físicamente, de repente te duele la cabeza, o uno se empieza a quedar dormido, cosas que no pasan con otros pacientes... te empieza a angustiar, o sea es muy difícil, muy muy difícil, sin embargo, también tiene una cosa muy ... eh... , muy, de mucha confianza, no me estoy explicando bien, pero ... si bien tiene este componente de mucha agresividad de repente, o de estas angustias flotantes que depositan en uno, también tiene esta cosa de que están totalmente desvalidos... y que a veces uno si siente que puede hacer una pequeña diferencia, con cosas mínimas, como escuchar, no con sacarles la psicosis, no con volverlos a su vida entre comillas normal, sino en transformarse en un adulto que no abusa, que no maltrata, que sí escucha y que sí está interesado realmente en lo que le pasa, pero que también comprende sus limitaciones, no lo... porque si no estaríamos funcionando como la

mamá, que ellos cumplan lo que uno quiere para ellos, no, estar ahí, eso es muy jodido, ... no se si respondo, pero...

La relación respecto al grupo, ustedes lo han vivido, todo el rato te ponen en el lugar del profesor, en el lugar del que sabe, lugar del que sabe todo, que sabe como se siente, que es lo que hay que sentir, que es lo que está bien, que es lo que está mal, eh, todo, todo, todo, ... y con eso se puede jugar, y se puede ... devolverles la pelota , pero la relación que establezco yo... trato de no comportarme como un profesor, sino que trato de ir motivando que ellos vayan haciendo el trabajo, ese es como mi ideal, que a ellos se les van ocurriendo las cosas, que conforme un grupo lo suficientemente afiatado para que pueda ir hablando, y hablándose los unos a los otros... hay sesiones en que la relación es súper fluida y piensan y opinan y llega la hora y están que lata que llegó la hora, están así con muchas ganas, y hay otras que es como subir una montaña con todo en la espalda, muy, muy difícil, pero yo encuentro que es mucho menos difícil que lo individual, porque ahí hay ... se genera otra dinámica totalmente distinta, en la cual tú no eres depositario de todo, entonces, eso.

¿Qué esperas de cada paciente en psicoterapia?

**Difícil responder eso, espero... bueno, generalizando de nuevo, espero, ehm... espero que puedan utilizar el espacio, que puedan hacer uso de la terapia, o sea, que vayan a su ritmo, preguntando lo que ellos quieran, eh... y eso... obviamente es súper vago lo que estoy diciendo porque puede tomar muchos caminos, puede ser como que alguno te cuente de su vida, y uno le da consejos y los toma y le sirven y otros pacientes que realmente están totalmente**

**intervenidos y que no... y que sirve más para nosotros como equipo conocerlos que para ellos.**

¿Y qué esperas de cada paciente en la psicoterapia grupal?

Lo que dije más o menos al principio, a través de lo que hacemos, los dibujos, los recortes, la música, todas las cuestiones, vayan pudiendo hablar entre ellos y vayan pudiendo generar un grupo de terapia, esa es como la idea que estamos trabajando ahora, que es como una instancia en la cual sí hay otro y sí importa y sí puede decir cosas y yo sí lo puedo escuchar y importa sí es que está o no está, hoy en día eso está totalmente presente con lo que pasó hace poco (C.E. fallecimiento reciente se una paciente), pero ahm... eso, que por lo menos en el espacio de terapia digan yo pertenezco a esto, a este grupo de terapia, o sea por lo menos que eso los ancle, o sea, están perdidos absolutamente en todo, pero hay, yo tengo un espacio, donde tengo el nombre, una silla que ocupo, etcétera, etcétera, etcétera, como una especie de rol, en la vida digamos, aunque después ese rol vaya a acabarse y todo, bueno pero... sino que habría que hacer eso... como ir a vivir con los pacientes en un castillo, y esa tampoco es la idea... eso.

¿Cómo espera que funcione la psicoterapia individual en el tratamiento?

...(Carraspea), la psicoterapia, yo creo que... bueno, se establece como un lugar en el cual se puede lograr un vínculo más cercano entre comillas, cosas que no van a aparecer en otras instancias que son grupales o otras instancias que se ven como más lejanas la relación, entonces en el tratamiento en general hay algunos pacientes, nuevamente la diferencia, hay algunos pacientes que sí la ocupan como un lugar en el

cual van a decir lo que realmente les preocupa, aquellos que no dicen para no parecer como loco, o no aparecer como bizarro, y que por supuesto es información súper necesaria para tomar decisiones clínicas, y hay otros pacientes que... ehm... no pueden utilizar el espacio y ahí es como a un nivel de recabar información... sin embargo yo creo que las dos son muy importantes para el tratamiento en general porque dan una mirada más como... podríamos decir, más comprensiva de todo, podríamos quedarnos en los remedios y en lo grupal pero... pero hay que darse el trabajo y la espera y estar escuchando para que aparezcan las cosas que no... esos tesoritos que guardan, si son como tesoros que de repente los entregan, y que muchas veces hacen la diferencia, para ver que se puede esperar, que no se puede esperar.

¿Y cómo espera que funcione la psicoterapia grupal en el tratamiento?

Grupal es como el núcleo del hospital yo creo, el trabajo grupal es lo que... como la, como la actividad principal de acá, que es toda actividad de que converjan, de que escuchen, de que haya otro, de que compartan sus experiencias y eh... es lo que va dando continuidad al trabajo, lo que le va dando pertenencia a los chiquillos acá a los pacientes, sí yo creo que es vital...o sea, tiene que ver con como se entiende este lugar, o sea, si se entendiera distinto yo creo que haríamos cosas distintas, no haríamos... en el fondo no tomaríamos tanto en cuenta a los pacientes, diríamos que se hace, cómo se hace y quizás no serían ni tan necesarias las actividades grupales.

¿Qué crees que motiva a los pacientes a iniciar un tratamiento acá?

...Me cuesta generalizar, porque... pero si pudiésemos así como los motivos más frecuentes... el abandono total yo creo, que están botados en la casa, o botados en

la calle, o que no están haciendo absolutamente nada, porque muchos no tienen conciencia de enfermedad, entonces uno no... este discurso de que quiero estar mejor, quiero estar sano, es un discurso que escuchan y repiten, pero hay muchos que vienen para acá para no estar absoluta y totalmente botados... y aquí se encuentran con otras cosas que se les van diciendo, que van apareciendo, pero que muchas veces esto es un lugar para no estar en el vacío total, pero si hay otro, podríamos decir otro como motivación que es el estar mejor, el participar de las terapias y el cuidarse, que también hay pacientes que están conectados con eso, eh, tomar los remedios, poder dormir, poder trabajar.

¿Qué motiva a los pacientes a terminar el tratamiento?

A terminar el tratamiento muchos pacientes, desde su interpretación, así como bien concreta, piensan que con salir de aquí se les va a solucionar todo, digamos, entonces van a salir a estudiar, van a trabajar, entonces eh... yo creo que por ahí va una motivación, como una cosa imaginaria como que de aquí se les solucionó, recuperaron todo, que tiene que ver con la dificultad de conciencia de enfermedad, que eso es un concepto muy difícil de ver, y eh... hay muchos también que se quieren ir no más, no les hace sentido, no están enfermos, porque no pueden utilizar este lugar, de nuevo, o sea, la capacidad de utilizar este lugar es fundamental.

¿Qué complicaciones o principales dificultades encuentras en psicoterapia?

¿En ambas?, dificultades en individual... ehm... dificultad en individual podría ser... como la... es que se me viene a la mente de nuevo lo que he dicho todo el rato, (risa), de si pueden utilizarlo o no, pero no quiero ser tan repetitivo, eh... bueno, la

gravedad de los pacientes, que tan agudos están, esa también es una dificultad muy importante, otros que han tenido 47 psicólogos en su vida entonces uno es uno más y no vas a hacer en ningún caso una diferencia porque ya estas puesto en un lugar, desde el primer minuto, en un lugar que ya está invalidado digamos, pero estos pacientes en específico, yo creo que lidiar con la total dependencia que algunas veces... o sea, con la total que es su manera de relacionarse, o sea, en algún minuto puedes ser el villano más villano que existe y en otro puedes ser dios, que un día se sintió mejor por tu terapia, entonces tú eres el mejor psicólogo que existe y en otro día se sintió mal entonces tú le hiciste algo mal que le hace pésimo recordar bla, bla, bla, eso... él que dice que está preparado y nunca lo toma a lo personal yo creo que está tratando de hacerse el bacán, porque, imposible, o sea, en algún lugar sí te hace, te llega, si también somos personas y tenemos nuestros rollos, entonces lidiar con eso yo creo que es muy difícil en lo individual, y con la frustración que eso conlleva.

En grupal... las mayores dificultades... he conversado varias veces con... bueno da lo mismo... que hay sesiones en que uno siente que te vas a ir en la angustia con ellos, porque... y eso parece que sucediera más en grupal, como que de repente está instalada la cosa mortífera muy viscosa, y no puedes salir de ahí, y estay ahí, eh, instalado en esta como angustia, no puedes salir, entonces sentís la responsabilidad de que hay que sacar esa cuestión, es muy potente, entonces... claro, porque eso no me ha pasado en individual...mmm, sí, eso yo diría.

¿Qué es para ti un tratamiento ambulatorio en el hospital diurno?

Para mí es un eh... para mí es algo que es un ... o sea yo logro entenderlo, pero yo creo que para los pacientes es muy difícil de entender, está como que hubiese todo

o nada, como que hubiese la casa y por otra parte el quinto piso, como que este lugar intermedio no es fácil de entender, yo creo que es bien complicado para ellos entender que como que están hospitalizados, pero están en la casa, no..., por eso aparece el tema del colegio, el tema de la casa, el tema del club, o sea, de cualquier lugar, menos de que este es un hospital, como que la idea de hospitalización ambulatoria en si misma es difícil de transmitir, para mi es... porque también tiene algo de difícil porque tú tienes mucha responsabilidad y a la vez no tienes las herramientas para agarrar esa responsabilidad, o sea, en el quinto piso, tú, estas ahí, y no se va para la casa, entonces ahí está, están los remedios, y te meten los remedios, o sea no... aquí hay puestas muchas expectativas, sin embargo es... ¿cómo lo puedo decir?... muchas expectativas, pero en la realidad es menos lo que se puede hacer, no digo que ese menos, o sea, lo que hagamos no es significativo, sino que no tiene que ver con las expectativas, muchas veces las expectativas son que vuelva a trabajar, que rearme su vida y todo, bueno, pero eso no se va a lograr, o sea se va a lograr un paso, se va a lograr un paso intermedio entre lo agudo total y lo entre comillas normal, que se apoya mucho a los familiares, que eso es muy positivo, a que entiendan que es lo que está pasando, a ellos, pero... pero si... la hospitalización ambulatoria no es algo fácil... yo encuentro... de pensar, de describir, de operacionalizar...

¿Hospital diurno en una palabra?

(Risa), esto ya es poético... eh... trabajo.

¿Existe alguna diferencia entre pacientes AUGE y los no AUGE?

Claro, o sea, en rigor no es tan así si son AUGE o no, porque hay crónicos que los ponen como AUGE, porque es primera vez que los ven ahí, digamos, pero tienen veinticinco años de... entre los que son de primer episodio realmente y los otros sí, hay una total diferencia... diferencia en como se viven ellos lo que les está pasando, por supuesto diferencias en las expectativas que uno tiene de tratamiento, diferencias en el deterioro, diferencias de que son de otra generación también... y... o sea, sin embargo, o sea, el tema es que entre más vida pre-mórbida tenga, más historia asentada tenga, mejor, y entre más, o sea, entre más aislado pueda ser el brote, mejor, eso es muy, casi inexistente, siempre hay una historia para atrás, pero en los pacientes que son primer brote, y se diagnostica y se empieza a tratar es mucho más eh... probable que tengan mejor vida que los que pasaron quince años sin diagnóstico y empiezan su tratamiento, eso.

#### ***4.1.3.- Entrevista a Psicólogo C:***

¿Tiempo que llevas trabajando acá?

Desde Septiembre del 2006.

¿De qué estas encargada acá?

Estoy encargada de la estimulación cognitiva, emm, así como encargada encargada de eso, de los grupos de los viernes y nada más exigible.

¿Y de psicoterapia individual?

Sí, ahora, yo no estoy encargada de las psicoterapias individuales, yo realizo psicoterapia individuales, pero encargada encargada mmm.

Ya, si nos tuviésemos que enfocar en las psicoterapias individuales ¿Cuáles serían los objetivos de tu trabajo?

Así como objetivos generales que se apliquen a todos los pacientes, el conocimiento del paciente, el conocimiento de la historia de la enfermedad, pero cada uno tiene sus objetivos, podríamos decir que son los mismos objetivos del centro, la reinserción familiar, social, la rehabilitación. Pero con cada paciente es un objetivo distinto.

¿En qué aportaría eso al tratamiento?

¿La psicoterapia individual?... (silencio) haber, yo creo que la mayoría de los casos, de los pacientes de acá, es como el espacio que tienen donde se les trata como indi... como personas, como individuo único digamos, generalmente funciona como grupo, como familia, pero así como individuo único es como la psicoterapia individual es el espacio para identificarse como persona no sólo desde la enfermedad, y yo creo que eso es como lo fundamental es el tratamiento, el contactarlo con los aspectos sanos, el ver las posibilidades reales que tienen, ehm... eso y guiarlos y orientarlos y acompañarlos para que se logre.

¿Cómo es la relación que estableces con los pacientes en psicoterapia?

(Silencio) relación psicoterapéutica (ríe) ehm.... (Silencio)... yo diría que en general es una relación cálida de confianza, ehm... (Silencio). Ahora hay que entender que el proceso psicoterapéutico que podamos llevar a cabo es muy cortito, entonces también es como acotada esa relación que se puede, que se puede tener, pero la resumiría como de confianza.

¿Qué esperas de cada paciente en psicoterapia?

(Silencio) Del paciente... que se aclaren, estoy tratando de llevarlo al general ah... ehm, que puedan conocer sus aspectos sanos fundamentalmente, y manejar lo enfermo de manera más adecuada para ellos y puedan asociar.

¿Eso tendría que ver con los objetivos?

Con los objetivos y la concepción que uno tiene de las personas también, claro porque depende de los que uno piense de estas, las personas en general y de estas personas, yo cuando entré a trabajar acá en la entrevista inicial con la directora le dije que lo que me entusiasmaba a trabajar aquí era que aquí dignificaban a los pacientes y que eso no es muy común, por lo menos desde mi experiencia en los sectores de salud pública, y en la privada también, sobretodo en los pacientes esquizofrénicos, y yo creo que comparto esa filosofía con la directora de acá, por lo tanto eso también se trasmite en la psicoterapia y empapa todo, por eso te digo que tiene que ver con el concepto de persona que uno tiene, por eso si el concepto mío fuera de enfermo, ehm, agudo, y que las posibilidades que tiene son muy limitadas, y a veces son muy limitadas, pero aún si esas posibilidades son muy limitadas que para uno parezcan son las posibilidades del paciente. Entonces no sé, frente a la posibilidad de que alguien

termine la educación básica por ejemplo eh, transmite el mismo valor que un magíster, entendí, es como eso, que, no sé, que converse con la mamá más allá de que se tome las pastillas o no, algo que para cada uno pueda ser algo tan básico, tan obvio, para ellos es súper, en algunos casos es muy importante, es como rescatar la importancia y lo valorable de eso aunque sea insignificante dentro de la normalidad.

¿Cómo esperas que funcione la psicoterapia dentro del tratamiento?

Haber, a mi me costó entender que la, me costó entender que esto también podía ser psicoterapia entre comillas, uno cuando habla de psicoterapia piensa como en un proceso psicoterapéutico en que eso implica su tiempo y montones de cosas que acá no tiene, no tiene, ehm..., pero espero, espero con estos pacientes que guarden algo que ellos puedan quedarse con algo, me da lo mismo con que, con mucho con poco, con todo con algo, a veces uno dice una frase una palabra y están meces o años después como que pueden recurrir a eso y les sirve, eso es lo que espero, que dentro del proceso eh, puedan integrar algo quedarse con eso, aunque sea poquito pero que con algo se queden.

¿Qué crees que motiva a los pacientes a iniciar un tratamiento?

¿De la psicoterapia individual estamos hablando o del tratamiento en general?

Del tratamiento en general.

Yo creo que lo que más los motiva, por lo menos a los de acá, es como el salir del aislamiento y de la fase como autista en la que están a veces a pesar de que, de que no los moleste entre comillas, yo siento que en algún grado a veces eso les

dificulta el vivir y el estar mejor y en algún nivel yo siento que eso es lo que los motiva, a veces por las relaciones muy cercanas con la familia, a veces es porque han visto trucado su plan para el futuro, ehm, pero yo creo que el tema como social de relacionarse con otros es lo que más los motiva a la mayoría, a la mayoría, pensando que toda la sintomatología positiva esta disminuida cuando llegan acá.

¿Y en la psicoterapia individual?

Ehm... yo creo que muchos lo toman como parte del tratamiento no más, y tal vez los que puedan pensar un poco más estén motivados, yo no me atrevería a hablar así como que todos tienen una motivación, pero los que logran pensar un poquito más pueden ver los beneficios, entendiendo la motivación como para iniciar el tratamiento, después ya van otras cosas que no voy a enganchar, en un primer instante es como, eh, conocerse más también, conocerse más yo creo que en algún momento la mayoría como que toma conciencia de las dificultades, de sus dificultades no de las dificultades de la enfermedad, sino de sus dificultades y como ha tenido que ver eso en sus características personales, individuales independiente de la esquizofrenia, en el funcionamiento y yo creo que eso los motiva, y los que no piensan tanto en algún momento también toman conciencia de eso por lo menos eso es lo que yo trato también, es como las preguntas anteriores, como eso, como sacarlos desde el funcionamiento desde la esquizofrenia solamente sino que desde la persona, son las características de esa persona en enfrentar las dificultades, en gozar algunas cosas.

¿Sería lo mismo si pensáramos en psicoterapia grupal?

(Silencio)... Estoy pensando en la psicoterapia grupal que hacen otros profesionales acá, lo mío es como bastante más técnico, concreto en general.

¿Pero en el espacio destinado como psicoterapia grupal acá?

Sí, yo creo que es el pensar, además que es como la consigna nuestra también, aquí estamos para pensar, para construir, pero es el pensar que muchas veces los angustia, porque el pensar significa ver las alucinaciones y pensar en lo que no han hecho, en lo que no van a poder hacer también, ahora en general en la terapia grupal también, ustedes se han dado cuenta de repente hay grupos con los que es más fácil trabajar en forma grupal, porque piensan mejor, piensan más, están más motivados, y otros con los que es más complicado, entonces es como difícil hablar tan en general, si tú me preguntas yo me imagino a cada uno, estoy hablando en lo que es como mayoría, pero a veces la mayoría es otra cosa, nos ha tocado estar compartiendo donde lo grupal es como, y otros no, hay grupos donde hay más pensantes y cuestionan... me cuesta irme a lo general.

Un poco contestaste antes, pero en lo específico ¿Qué los motiva un poco a terminar el tratamiento?

(Silencio) Yo creo que los motiva a terminar el poder continuar, generalmente cuando ingresan acá es porque vienen de una hospitalización y hay como un corte en la vida y este es como el espacio intermedio de retomar y empezar otras cosas, es como eso. Y los que se van antes creo que es porque sienten que esto no les ayuda o no es necesario para ellos, así como hay otros que se quedan y se quedan porque necesitan o creen que necesitan más del espacio.

¿Qué dificultades o complicaciones hay en la psicoterapia con los pacientes?

El pensar, sí, no sé, el tomar conciencia de algunas cosas, los retrocesos en los tratamientos también, ¿dificultades desde el paciente o desde mi, desde qué?

Todo...

Dificultades desde mi como psicóloga son el tema de la frustración que muchas veces uno siente que va bien, que ha habido avances importantes y de una semana a otra eso no está, y es como partir de cero, ehm a veces hay algún evento, algo ambiental, puntual a veces nada y eso ha sido para mi súper dificultoso. He tenido cómo que trabajar, la rabia que eso genera, a veces... o casi siempre (risas) en mi por lo menos, ésta ha sido una de mis mayores dificultades y que he tenido que trabajar, manejar y entender, porque la frustración es alta en esto, con estos pacientes, es súper alta, a mi me ha costado encontrar el sentido del trabajo mío y eso es desmotivante para uno también, y siento que a veces es difícil evaluar si la dificultad está en uno, como profesional, o en los tipos de pacientes, entonces también es importante... no como relajarse con el tema y atribuir todo al tipo de paciente así que hay que estar revisando.

¿Y desde ellos sería la dificultad de pensar?

Desde ellos la dificultad de pensar y desde ellos también el tema de la realidad, si estos pacientes tienen... ese es el tema, la realidad distorsionada, eso yo creo que serían varios problemas, las expectativas reales... (silencio)... la estereotipa frente a las expectativas también, yo creo que el 98 por ciento debe querer trabajar,

debe querer estudiar, o sea debe, debe, pero de ahí a que realmente lo van a poder hacer, o qué trabajo, qué estudio, y está la presión de la familia generalmente, a veces va muy ligado con la conciencia de enfermedad, que a veces falta, que en eso estamos acá también mucho, ayudando en esa conciencia de enfermedad en forma positiva, no que no tienen más posibilidades digamos.

¿Qué es para ti un tratamiento ambulatorio en el hospital día?

¿Qué es para mí?, es como la continuidad desde el estar hospitalizado, en cuanto todo lo que es psiquiátrico y farmacológico por un lado, y a la vigilancia entre comillas continua, pasar de estar 24 horas con una enfermera encima, con un paramédico a estar sin ninguna supervisión, como a veces ocurre, no creo que sea lo más adecuado en la mayoría de los casos, por lo tanto la atención ambulatoria que entregamos acá en el hospital diurno me parece que es lo más idóneo para este tipo de pacientes, porque la reinserción se hace de forma más gradual, acá hay que cumplir con responsabilidades hay normas que hay que acatar desde los pacientes, ehm, y que son normas y cosas que están en la sociedad, entonces este paso intermedio desde estar hospitalizado o de haber tenido una crisis muy grande, o desde estar encerrado en su dormitorio durante meses, es un, es la oportunidad para que tengan más éxito en la reinserción real, y debe contemplar todo el apoyo, como te decía, psiquiátrico, farmacológico y la mirada permanente del resto del equipo, cada uno con su mirada y con su intereses y sus competencias también.

¿En una palabra “Hospital Diurno”?

(Ríe)... posibilidad.

¿En el trabajo de psicoterapia hay alguna diferencia entre los pacientes AUGE y no AUGE?

No la he hecho, no he pensado, no me he dado cuenta, no he estado atenta al tema AUGE, podría desde de lo que me ha tocado a mi trabajar, podría pensar que, ehm, debería haber una diferencia porque los auge son primer episodio, por lo tanto más jóvenes, ehm, con menos deterioro, con tratamiento a tiempo, ehm me imagino que sí debería haber, debería ser más fácil pensar con ellos por un lado, por otro lado, ehm, debe ser más difícil el tema de la conciencia de enfermedad, con ellos y con las familias, sí porque asumir que alguien, que un familiar tiene esquizofrenia es un tema muy fuerte por toda la estigmatización que hay detrás, y todo lo que eso implica, todo los proyectos van a tener un cambio importante, no necesariamente van a quedar ahí, digamos, pero hay que enfrentar una cambio importante, y me imagino que eso debe ser, de hecho es complicado, entonces como pros y contras, creo, ¿ustedes vieron diferencias?, ¿entre los AUGE y no los no AUGE?

¿Cuál es la importancia que tiene para ti la psicoterapia o el intento de psicoterapia en este lugar?

Ehm, yo creo que va ligado al tema de darle valor a las personas, y yo creo que hay algo en general que es que los pacientes sienten que uno los está viendo y mirando cuando los llama a psicoterapia individual, ya, a veces cuando uno los saca de la terapia grupal y los trae a ese espacio como que se sienten distintos, se sienten importantes además, sienten que hay un trabajo con ellos, hay una intención, hay una preocupación y una acción con ellos y con su tratamiento y yo creo que independiente

de los logros que uno pueda tener como profesional, si cumplió o no cumplió los objetivos, eso es ya un gran logro y creo que es un aporte importante a la rehabilitación del tratamiento del paciente, eso creo, independiente de que uno logre de que vuelvan a trabajar o no sé, como cosas más prácticas, que eso también está muy presentes en este espacio, ehm, pero ayuda mucho, yo siento que ayuda mucho, por eso lo hago (risas) .

## ***4.2.- Entrevistas a Pacientes:***

### ***4.2.1.- Entrevista a Luis:***

#### ***Historia:***

Luis tiene 24 años, llega al HD luego de haber sido hospitalizado en el HFB a causa de sensaciones de despersonalización y alucinaciones auditivas, angustia primaria, discordancia afectiva y perplejidad interna. Fue hospitalizado en Septiembre del año 2005 y es dado de alta luego de 40 días y 6 sesiones de TEC, con un diagnóstico de “Esquizofrenia paranoide catatónica”. Un año antes Luis abandonó la universidad en el primer año de la carrera debido a que se sentía observado por los compañeros y en el trayecto hacia su casa.

Antes de esto, ya a los 11 años, estando en sexto básico fue llevado por su madre al hospital debido a que llevaba dos semanas sin poder dormir bien y después de contarle a ella de sonidos y murmullos dentro de su cabeza y ganas de morir, que siempre empezaron con una pregunta acerca de ¿por qué estamos acá?, con la cual ya siendo niño, comentó, “no llega a nada” lo que le provocaba gran angustia. En ese momento es diagnosticado como “Trastorno del sueño”.

En el momento de la entrevista Luis se estuvo dispuesto, sin embargo se le notaba bastante triste y con los ojos hinchados a causa de un duelo reciente por el fallecimiento de un miembro del grupo de pacientes del HD. Le preguntamos si estaba seguro de querer participar, sostuvo que sí.

***Entrevista:***

Primero algunos datos generales como ¿la edad?

23.

¿Estado Civil?

Soltero.

¿Hijos?

No.

¿Escolaridad?

Cuarto medio.

¿Tiene algunos estudios posteriores?

Ah, si poh, entré a la universidad y me salí, estuve unos seis meses ahí, unos talleres de capacitación también, eso...

¿Y cual fue la carrera en la universidad?

Era ingeniería en informática.

¿Número de hospitalizaciones?

Una

¿Tiene antecedentes de consumo de sustancias?

Pero qué sustancias ¿alcohol también?, sí, alcohol.

¿Sólo alcohol?

Es que hace poco también consumí marihuana y casi me morí también.

¿Esa fue la primera vez?

No, la primera vez fue cuando caí al quinto piso y ahora por pensar, dije por qué me pasó eso, dije voy a probar de nuevo y me pasó lo mismo, es como un efecto de locura, como de desesperación, de gritar, de correr.

¿Sabe cuáles son los medicamentos toma?

Olanzapina de 10 miligramos, una en la noche, y a veces me da distonía, ni los médicos saben por qué me da, tomo Alprazolam de 0.5 miligramos, eso no más.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Llegué, me traían cuando yo estaba hospitalizado, en la mañana como a las diez y volvía a las doce al hospital poh, y después me dijeron que, cuando salí de la hospitalización, que tenía que asistir al diurno y yo igual no sabía en qué consistía, no me explicaron bien, sabía que era de terapia de rehabilitación y yo no entendía por qué tenía que ir a rehabilitación, eso no, y pasó el tiempo y yo no vine poh, cuando salí del, y no me acuerdo porque, que al final tuve que, al final decidí venir, pero los primeros días no me gustaron para nada, al contrario, hacían cosas como de niño, infantil, entonces eso es lo que no me gustaba, pero después con el tiempo fui acostumbrándome, a parte me servía para, como estaba haciendo nada, me servía

también para despejarme, y además que, después con el tiempo empecé a ver que, que me ayudaba...

¿Antes de estar hospitalizado qué estaba haciendo?

Parece que fue ese mismo año de cuando me salí de la universidad, fue como en, en Junio, y, y ahí en Octubre, Septiembre, caí al hospital, pero en ese tiempo no estaba haciendo nada, estaba en la casa no más.

¿Qué lo llevó a consultar a un doctor o pasaron directo al Félix Bulnes?

No, pasamos como por tres lados antes, porque..., ¿le explico lo que pasó de la marihuana?, que yo fumé marihuana entonces me vino esa sensación de, como de locura así cuando fumé y desesperación y llegué al hospital y... me decían que estaba medio, medio grave, o sea, estaba bien pero me inyectaban, me daban pastillas, me hicieron un electrocardiograma, todo eso, y se me pasó, y lo que pasa es que después, días después me empezó a dar el mismo, los mismos síntomas, pero sin fumar nada, entonces eso me paso, y era súper fuerte lo que me daba, desesperación, así, no podía estar tranquilo y decidimos consultar y fuimos a una psiquiatra particular en Avenida La Paz parece, y era carísimo, después fuimos a otro lado, no sé a donde, en Walker Martínez, parece, por ahí, un neurólogo y un psiquiatra y esa psiquiatra me derivó al Félix Bulnes, ahí llegué.

¿Cómo partió esto, sólo por consumir marihuana o había otras cosas antes?

No sé porque yo igual ... yo igual cuando era chico no, igual como que tenía problemas porque asistí como a los doce años al psicólogo, también en el Félix Bulnes.

¿Por qué razón?

No me acuerdo muy bien, es que pensaba mucho, tenía ideas de que me iba a morir, mi papá, no sé, cuestiones así del mundo, de dios, todo eso, entonces todo eso me cuestionaban y encontraban extraño que yo pensara eso a esa edad, entonces por eso me llevaron al psicólogo, pero en el psicólogo no me encontraron nada, solamente yo tenía miedo, sufrí como de miedo y después nada más hasta, hasta que fumé esa marihuana, entonces ahí...

¿Fumó esa marihuana estando ya fuera de la universidad?

Sí.

¿Por qué dejó la carrera?

La yo, lo que más me afectó fue el cambio, muy cambio, el cambio, el cambio, el cambio fue muy grande, quería tener compañeros, un apoyo ahí y que había que estudiar poh, yo no estaba acostumbrado a estudiar, entonces eso fue el problema, igual que como yo nunca fui tan independiente y ahí tenía que hacer todo yo sólo entonces ocupaban cosas, las salas, las pruebas, entonces fue un cambio, y eso siempre lo voy a llevar guardado, porque ese fue el mayor fracaso que tuve y para más, desilusión de mis padres también...

Cuando vino al hospital diurno ¿qué lo motivó a venir?

No sé, yo creo que lo que me motivó fueron mis papás más que nada.

¿Porque lo motivaron o lo obligaron?

No, era... era, al principio, por obligación, era por ellos que yo venía, si no están ellos yo no vengo (ríe).

¿Cuándo fue la primera vez que estuvo aquí?

No sé, fue como, como Noviembre del 2005.

¿Y después?

Como en Junio... a no poh, yo cuando entré estuve como seis meses en el diurno y me fui de alta a hacer un preuniversitario, salí en Febrero del 2006, esa fue la primera vez, eh, o sea me fui a un preuniversitario y me fue mal también en el preuniversitario y empecé a tomar también, no tenía ganas de estudiar, no hacía nada.

¿Y en la universidad tomaba alcohol?

No, ahí empecé a tomar, es que antes tenía miedo de tomar... es que me derivaron a la tarde, aquí mismo, pero a la tarde con otros chiquillos, otros terapeutas, R1 y R2 que se llamaban, así que ahí estuve, y después estuve hasta como Enero del 2007, hasta principio de año estuve en la tarde, después con la cuestión que los derivaron a los COSAM, yo hablé con la doctora Diez porque me encontraban que estaba muy flojo, que estaba muy guatón, entonces ella prefirió antes que yo me viniera al diurno en la mañana y ellos se fueron, sino yo estaría en el COSAM ahora.

Nos decía que la primera vez que vino fue por obligación ¿y la de este año?

No sé yo, es que encontré que me empezó a ayudar, como, no sé, como a los seis meses después que estuve la primera vez, encontré que me hacía bien, porque empecé a cambiar, no sobretodo por la enfermedad o por los síntomas, sino que empecé a cambiar en mi personalidad y empecé a, como a tener más ideas, la mente me trabaja más, entonces eso encuentro que yo que hacen aquí que ayudan más a estimular la mente.

¿Recuerda con quién tuvo psicoterapia grupal la primera vez?

Estaba la señorita Sonia, la asistente social, eh, quién más, la señorita Andrea y una psicóloga, la señorita Ximena, todos ellos hacían grupal.

Pensando en la psicoterapia grupal que hacía la señorita Ximena ¿Cómo era la relación con los compañeros ahí?

No, era súper buena, no sé porque la hacen con, yo encontraba que la hacían con cariño, como con la intención de ayudar porque hay algunas personas que, hay personas que no lo hacen así poh, y eran preocupados, se preocupaban harto de nosotros, si a alguien le pasaba algo se preocupaban, todo eso y siempre ha sido así, este lugar tiene como los, porque nunca he visto personas que hayan venido, profesionales que sean medios pesados o que no les interese venir, no sé... la señorita Karina que era una enfermera, ella era medio pesada pero, igual nos quería (ríe).

¿Qué actividades recuerda que les hacían?

Ohh, no me recuerdo... no, nos hacían dibujos, pintar... ah, actuar, hablábamos de la familia, de la enfermedad, de los remedios, del trabajo, de todo eso poh...

¿Y qué opinaba de esas actividades?

Yo me entretenía opinando, a mi lo que más me gustó fue cuando hicieron unos debates, entonces ahí como que, explotaba yo, tenía que defender, era un debate de los que creían que era bueno trabajar y los otros que no y yo que estaba a favor del trabajo, entonces ahí, no sé habían cosas súper buenas, súper entretenidas, a veces no me gustaban algunas cosas pero igual había que hacerlas... no sé, igual yo soy, me dicen que soy bueno para dibujar, pero no me gusta dibujar mucho porque no soy bueno para inventar, entonces como que me complica eso, o, a veces escribir lo que uno siente, no sé, o también al principio lo que más me complicaba era hablar delante de los compañeros, pero de a poco ya no me di ni cuenta cuando ya estaba hablando de más (ríe).

¿Qué le complicaba de eso?

Que siempre fui tímido, siempre fui, es que yo era así como tímido extremo, porque yo hablaba con una persona y me ponía colorado, era súper... y después llegué acá a hablar con todos delante de todos, entonces eso fue lo, yo encuentro que me ayudó mucho en eso.

¿Y psicoterapia individual, con quién tenía?

Con la señorita Ximena y con don José Luis dos veces.

¿Sintió que le ayudaron las psicoterapias individuales?

Sí, porque me ayudaban a, también a ver las cosas que hacía mal poh, o sea que hacía yo mal, que me decían que yo pensaba mucho en los demás, que, que no tenía que hacer las cosas por los demás, por lo que me decían, entonces yo me daba, como que lo hacen reflexionar de uno, la autoestima también, aunque me hacían reflexión, pero yo soy medio duro entonces también, yo me llevo por mis ideas entonces difícil que me hagan cambiar.

¿Y la psicoterapia grupal sintió que le ayudó?

Sí poh, por lo que le decía en delante, que escuchara, saber escuchar, saber opinar y se aprende de los demás compañeros, de las experiencias de ellos, de las cosas malas y buenas de ellos se aprende.

¿Qué es para usted una psicoterapia grupal en el hospital diurno?

...no sé (ríe), no sé, un espacio donde hay varias personas y un psicólogo, y nos hacen hacer trabajos o conversaciones sobre nosotros, sobre nuestra autoestima, no sé, sobre cosas que pensamos, pero compartiendo con los demás compañeros... nunca había pensado eso de, de estar aquí, para qué servía no sé...

¿Y qué es para usted la psicoterapia individual?

Es más personal, uno puede contar cosas más íntimas de uno, confiar en la persona que nos está escuchando, no sé que nos pueda ayudar en algo, darnos consejos, no sé, eso.

¿Qué esperaba usted de la psicoterapia grupal?

¿Qué esperaba?, no yo esperaba que fuera entretenida no más poh, que fuera un tema de, para, que todos opinaran, que todos participaban y que no fuera aburrido, que fuera entretenido, así para estar más, más enganchado en tema, no sé, porque a veces dan lata algunos temas, entonces no quieren ni hablar eso.

¿Y qué esperaba de la psicoterapia individual?

Es que igual no sé poh, es que a veces me confundo, no sé, me confunden las cosas y, yo todavía como que no entiendo bien por qué las terapias, no, no la entiendo bien, o sea las terapias grupales, las individuales, como que no entiendo muy bien el fin de eso, por eso me confundo a veces.

¿Cómo es eso?

Porque yo igual he sido siempre, contrario de, de ir al psicólogo, y cosas así, no se poh, es que yo pienso que hay tantas personas peores que uno y la superan ellos solos entonces yo me encuentro que por qué yo siempre tengo que necesitar ayuda de otras personas que me ayuden, psicólogos, psiquiatras, terapeuta, entonces eso me da como, me da como rabia a veces también, pero yo creo igual que las terapias que más me ayudaron fueron las grupales, todas las terapias grupales me ayudaron hartito, y no sé, las psicoterapias individuales, no sé qué esperaba, no sé, que me ayudaran más, no sé, pero yo digo que no pueden hacernos cambiar de un día para otro, o que fueran más largas, no sé, más seguido.

¿Qué es lo que más recuerda de la psicoterapia grupal?

¿Esa psicoterapia grupal no tiene nada que ver con las otras psicoterapias?, es que ahí estoy también medio pillo...

¿Tienen algo que ver esas psicoterapias con las otras?

No sé, yo las encontraba medias parecidas, pero lo que más me gustó fue cuando uno tiene que opinar poh, o cuando se arman discusiones, uno opina una cosa y otro otra, entonces eso me gustó, como que me gusta opinar (ríe) no, pero no en mala si, que hayan distintos puntos de opinión.

¿Cómo se daba esa dinámica?

Con los compañeros, opinar poh, opinan lo que ellos creen poh, no guardarse eso, hay compañeros que no hablaban, quizás no le interesaba, no hablaban nada.

¿Eso afectaba al grupo?

Sí, como que igual afecta al grupo, como que no están ni ahí, uno se ve tan entretenido y ellos no, eso es medio extraño.

¿Y usted hizo algo cuando pasaba eso?

¿Con los compañeros que no hablaban?, o sea, el psicólogo lo que hacía era preguntarle a ellos lo que opinaban, pero decían dos o tres palabras y no decían nada más, algunos decían no sé, no sé y nada más, si poh como que me hubiera gustado que todos participaran, que todos estuvieran contentos, hablando, dando opiniones, pero a veces pasaba eso y eran más entretenidas las terapias.

¿Y qué es lo que más recuerda de psicoterapia individual?

Los consejos que me dan poh, opiniones sobre lo que tenía que hacer, eran como consejos, yo a veces les encontraba razón y otras veces no, pero no decía las cosas que no me gustaban que el psicólogo me decía, no las demostraba, sino que decía ya, sí, pero a veces algunos consejos que me daban, encontraba, como que quedaban pensando así, eso.

¿Recuerda los temas que fueron trabajados en psicoterapia individual?

La autoestima.

¿Fueron los mismos temas en todos los procesos de psicoterapia individual?

No, fueron diferentes.

¿Podría decir por ejemplo, la primera se trató de...?

Es que no me acuerdo, fue hace tanto tiempo la primera.

¿Y la de don José Luis?

La autoestima, quedamos en que yo tenía un bicho que me decía, todas las cosas me decía que yo las hacía mal, siempre me quedé con eso del bichito que me decía eso no, está mal, no hagai esto, ya te mandaste un condoro y eso, y tenían razón poh, al final era yo mismo que hacía eso poh, encontraba todo malo, y los otros fueron de, o sea fueron la mayoría de eso, de la autoestima, o sea de la familia también.

¿Qué lo motivó a terminar el tratamiento?

El poder terminar algo poh, poder cumplir con lo que tenía que hacer, esforzarme y ser más, cómo es la palabra, como empeñoso, no sé, pero cumplir con lo que tenía que hacer, además que me estaba haciendo bien, eso, aunque también encontraba que igual yo llevaba mucho tiempo, me cuestionaba por qué yo tenía que ir a terapia y otras personas no iban, mientras que otros amigos estudiaban yo tenía que ir a terapia, entonces yo también encontraba que era perder tiempo acá poh, pero al final descubrí que tenía que terminarlo porque me estaba haciendo bien poh y por algo estaba acá poh y... y eso poh... además que mis papás estaban como medios contentos, también eso me motivo a seguir.

¿Cómo describiría un tratamiento en el hospital diurno?

No sé, eh, lo primero es ayudar a entender de que se trata la enfermedad, entenderlo uno, y también ayudar a nuestros papás y a personas cercanas a entender también de lo que se trata porque siempre yo pensaba que estaba loco poh, donde me dijeron esquizofrenia, entonces al venir para acá me explicaron todo eso, a mis papás también, entonces sobre todo a mis papás, porque mi mamá quedó más tranquila, porque igual me criaban así con cuidado, no sé, entonces aquí sirve sobretodo para entender la enfermedad y saber de qué se trata, pero también ayudan para otras cosas, como les decía, la personalidad, ayudar a pensar, a tener opiniones, ayudar en la personalidad de uno, ayudan a aceptarlo y saber también lo que uno quiere después, de si quiere estudio, trabajo, no sé, qué va hacer después uno, yo creo que eso no más.

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Ahí está el problema, yo, se supone que iba a salir para trabajar, pero todavía como que tengo el miedo de trabajar, además como que me fue mal en una pega entonces está complicada la cosa después de salir del diurno, pero igual con las cosas que me enseñaron me daba fuerza yo mismo, me, como que aplicaba las cosas de no decaer, salir adelante, entonces eso es lo que más me preocupa, y ya van a venir tiempos mejores, donde voy a estudiar y voy a intentar entrar a la universidad y todo eso, aunque cueste igual lo voy a intentar, se me fue hasta la pregunta.

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Ah, eso, no he hecho nada (ríe).

Pero si pensara en lo que ha hecho, porque contesto lo que no ha hecho ¿ha tenido trabajos chicos?

Sí.

¿Se ha mantenido viniendo para acá algunos días?

Sí, pero eso yo le decía a la psicóloga, yo no debería venir más para acá, porque no me gusta estar molestando, porque ya cumplí ya mi etapa acá... pero eso he hecho, he estado arreglando computadores, ahora que voy a entrar, ya el Sábado a un trabajo en una feria navideña y el verano me voy supuestamente a vender artesanía a la playa y estoy haciendo trenzas que me enseñaron y haciendo unos cuadros de madera para pintar, hay que ingeniárselas, y eso...

¿Hospital diurno para usted en una palabra?

Siempre en una palabra ustedes (silencio), como estimulación, podría ser, porque tengo miles de palabras que pueden ser, no sé, encontré el amor acá (Polola), no sé, aprender, pensar, podría ser pensar, pensamiento.

¿Si fuese necesario volvería a un tratamiento al hospital diurno?

Yo creo que no, porque igual no sacaría nada con volver aunque, porque qué sacaría con volver si ya me sé todo, ya, no sé, no sé en que más me podrían ayudar, aunque lo necesitara, no sé.

Muchas gracias ¿Estaba muy complicado?

Sí, algunas sí.

#### ***4.2.2.- Entrevista a Renato:***

##### ***Historia:***

Renato tiene 24 años, es un estudiante universitario ya cercano a egresar de una carrera científica, el cual tiene un buen rendimiento y un buen comportamiento. Responsable, noble y confiado, es como él se definió.

Fue hospitalizado en psiquiatría en el HFB en Enero del año 2007, luego de haber pasado cuatro días de insomnio con mucha “pena”, luego de esto tuvo una

experiencia mística acompañada con fenómenos corporales que fueron entendidos por Renato como una “crisis”. Fue dado de alta de psiquiatría después de 17 días en Febrero del mismo año. Luego de esto ingresó al HD en Febrero del 2007 y egresó en Julio del mismo año.

Renato tiene una apariencia acorde a su edad y al momento de la entrevista estaba notoriamente más delgado que desde su estadía en el HD. Vestía ropa cómoda, pantalón corto y polera deportiva, llegó afeitado y lucía el pelo corto y aseado. Se mostró abiertamente dispuesto a dialogar.

***Entrevista:***

Primero algunos datos generales como ¿edad?

24.

¿Estado civil?

Soltero.

¿Hijos?

No, ninguno.

¿Escolaridad?

Completa.

¿Cómo van los estudios?

Ahora tengo que hacerlo, estuve hablando porque debo plata, primero hay que pagar después hay que, así que ahí estoy juntando la plata, y ahí volver a inscribir los cursos, me quedan cuatro cursos para tener la licenciatura, para el título me queda como un año, para la licenciatura tengo que dar examen de grado, pal título tengo que hacer tesis, estuve estudiando, pero con lo de la operación tuve que dejarlo (C.E. operado de peritonitis recientemente, he ahí lo flaco también), mis amigos fueron a verme al hospital, fue hasta mi profe, mi profe de laboratorio, sí, no esperaba verlo, me miró y me dijo que tenía que volver, es bien exigente ese profe, así es que le conté a un compañero y ese compañero le contó a todos entonces me fueron a ver, pero bien.

¿Alguna hospitalización?

Dos ya, una en Enero de este año por la esquizofrenia y otra por esto ahora (peritonitis).

¿Antecedentes de consumo de sustancias?

No, nada, alcohol de repente, pero normal yo creo.

¿Sabe qué medicamentos está tomando?

Olanzapina, eso no más.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Lo que pasa es que tuve una crisis en el verano, estaba en la playa y me vinieron estas crisis como espirituales, como que sentía cosas místicas y fue algo

novedoso para mí, algo, no sé fue algo, como impactante, como chocante, y yo le dije a mi mamá que nos viniéramos para Santiago entonces ella partió y dijo ya nos vamos, en el bus me dieron, estaba gritando, como que me, me dieron delirios, fue fuerte para mí, como algo nuevo, algo, y bueno, de ahí fui a la universidad me derivaron para acá, como yo tengo una prima acá, ella me hizo todos los contactos y me hospitalizaron aquí en el quinto piso, y así llegue desde la playa que estaba, llegué acá en Enero.

¿Fue de un momento a otro?

Ah no, lo que pasa es que estuve como tres días sin dormir, no sé por qué estaba con mucha pena y en las noches lloraba, no sabía por qué, bueno era una cosa que tenía con mi papá, que tenía que ir a demandarlo, entonces yo creo que eso me gatilló como una pena y estuve como tres días sin dormir antes que nos fuéramos a la playa y no le dije a nadie, y de ahí ya como que, gatilló toda la crisis, ya en la playa estuve gritando, no sabía lo que hacía, gritaba, decía que estaba poseído, sentía cosas, sentía como que algo se metía en mí así, y era fuerte porque sentía que algo se metía en mí y tiritaba, me acuerdo que me llevaron al consultorio de allá de la playa, y allá me dieron las crisis, los gritos y todo eso, y, pero fue ese momento no más, después mi mamá me llevó a Santiago y me vieron y como que se me pasó, pero igual fue como una experiencia bien trágica y, no sé, como fuerte.

¿Qué hacía antes de estar hospitalizado?

Estudiaba, estaba a full estudiando, estaba en el semestre más difícil, estaba con hartas disertaciones, estaba pololeando, estaba bien, tenía una vida normal, no me había pasado nada extraño.

¿Qué lo motivó a venir al hospital diurno?

En realidad porque estaba como desorientado, no sabía que hacer y me dijeron que siguiera con el tratamiento, y el tratamiento era venir acá, no sabía muy bien lo que se hacía acá, vine porque estaba mal, no sabía lo que había pasado, y yo acepté al tiro, sí estaba desorientado, estaba hasta asustado, me recuerdo que estaba asustado de hasta salir a la calle y bueno esos fueron los primeros días que estuve acá, ya cuando empecé a venir empecé a captar lo que se hacía acá.

¿De qué le dijeron que se trataba el hospital diurno?

Me dijeron que se trataba, que era para aprender de la enfermedad, un poco para recuperarme, para rehabilitarme, eso fue lo que me dijeron.

¿Cómo era la relación con los compañeros en psicoterapia grupal?

Era, al principio era como sería, como que les costaba hablar, al principio, después cuando uno hablaba todos se ponían a hablar y me acuerdo que eran trabajos, como uno hacía retratos de varias cosas, y de ahí salían varias cosas de los pacientes, uno se hacía, no sé si el psicólogo y decía cosas e iban saliendo cosas importantes en los dibujos y de la personalidad de cada uno y los problemas que tenía cada paciente, pero eran buenas las terapias porque salían a la luz varias cosas.

¿Cómo era la dinámica en la psicoterapia grupal?

Ponían el dibujo y decían ya, dé una opinión y ahí te ponían a analizar el dibujo y dabai tu opinión y otro te decía, sí, esto está bien, además está esto otro, iban saliendo varias cosas importantes de los dibujos y al final sacábamos buenas conclusiones de lo que le estaba pasando a esa persona y me parece más eso.

¿Y la relación con los profesionales?

Era buena, era inteligente el psicólogo, él como que nos daba el camino por donde iba la cosa, decía no será esto otro y todos nos poníamos a analizar que le estaba pasando a esa persona en su interior, eso era, veíamos del pasado, al presente y el futuro.

¿Y en la psicoterapia individual cómo era la relación con el psicólogo?

No, era súper estrecha, súper, era una bonita relación, eh al principio me, como que me costaba hablar y después me fui soltando, fue, fui sacando varias cosas en conclusión de la enfermedad, lo que pasa es que yo tengo un familiar que tiene esta enfermedad y él está en la casa no más, él no hace nada, como que se quedó ahí, entonces como que yo tengo muy en la mente esa imagen de la enfermedad, entonces el psicólogo me trató de sacar de ahí, de que yo no me podía quedar en eso y que yo era capaz de muchas cosas, con todo lo que había logrado, ya estando en una universidad que es muy difícil y una carrera tan difícil como la que estudio, así que él un poco me sacaba esa visión de la enfermedad, y me ha costado un poco verlo así, pero todavía me acuerdo de sus palabras, porque este último tiempo he estado en la casa no más no he hecho nada, como que todavía tengo esa visión un poco, no sé si

sesgada de lo que es la enfermedad, es como un miedo, un temor yo creo de quedarme ahí sin hacer nada.

¿Qué actividades le hacían acá en el hospital diurno?

Bueno hacían de todo, me acuerdo que hacían cosas para activar la mente, juegos, juegos como teatro, cosas así, ah, haber hacían dibujo, bueno hacia, nos activación, activación física, eh, hacíamos convivencias y terapias grupales y terapias individuales.

¿Y qué opinaba de esas actividades?

No sé para mí eran nuevas, era un mundo nuevo que conocí, me parecían bien, una forma de sobrellevar esta enfermedad y de aprender de ella de distinta manera.

¿Alguna que le haya gustado más o menos que las demás?

Al principio hacer deporte, la activación de la mañana como que da lata, pero en general, no, como que aceptaba todo, todo de buena onda.

¿En qué le ayudó la psicoterapia individual?

No sé, me ayudó también a ver a mis miedos sobre la vida, sobre mis estudios, y un poco como sobrepasarlos, también fue una ayuda, es que se habla de tantas cosas en la psicoterapia, al principio me acuerdo que le conté lo mismo que les conté a ustedes, lo de la crisis, me explicó que era la enfermedad, porque también uno puede creer que, no sé poh, cosas religiosas que uno las cree de verdad, después como que te pone los pies en la tierra, no esto es una enfermedad, lo que te pasó fue esto entonces

ahí uno, al principio uno cree esas cosas y bueno también me ayudó en mis miedos y temores que uno tiene para el futuro, si fue una de las cosas más importantes en el diurno.

¿Y en qué le ayudó la psicoterapia grupal?

También fue importante porque uno ve en grupo que a casi todos les pasan las mismas cosas y que buscan casi lo mismo en su futuro y en el presente de cada uno, pero no sé qué más.

¿Qué es para usted una psicoterapia individual en el hospital diurno?

Es una instancia individual donde se expresan todos los, no sé como decirlo, los problemas, las situaciones cotidianas de su vida, cómo sobrellevar estos problemas, es una instancia para, para mostrarnos a otra, al terapeuta y que éste diga de qué manera sobrellevarlo y más, un poco también mostrarle al paciente de qué se trata la enfermedad y también de que manera sobrellevarla.

¿Qué es para usted una psicoterapia grupal en el hospital diurno?

Es una manera también, de mostrar también, pero de manera grupal los problemas de los pacientes, y tratar de sacar conclusiones en grupo, y darse cuenta que los problemas son comunes para todos, que todos estamos pasando por lo mismo, y eso.

¿Qué es lo que más recuerda de la psicoterapia individual?

Eh, me acuerdo que dibujó un cerebro el psicólogo que era como un cristal entonces me dijo que ese cristal se había roto entonces que todas las terapias que siguen a continuación es para que ese cristal se vuelva a armar.

¿Y de grupal qué recuerda más?

Sí, me acuerdo que yo dibujé un camino, o sea me dibujé a mi y dibujé un camino hacia la universidad, entonces el psicólogo me dijo que no estaba bien pavimentado ese camino que tenía que yo todos los días pavimentarlo y armarlo de alguna manera para llegar al gran final, o sea al gran, la meta que es la universidad, y tener una profesión y ser alguien en la vida.

¿Recuerda los temas que fueron trabajados en individual?

De partida la enfermedad, que era lo que me estaba pasando en el principio, eh, mis miedos, mis temores, eh, que no relacionara la enfermedad con como es mi familiar, qué más vimos, o sea vimos más que nada la enfermedad, de qué se trata, qué cosa es, cómo, sobrellevarla, cómo entenderla, cómo aceptarla, porque no es lo mismo, me decía, tomarse la pastilla todos los días, hay que aceptarlo, hay que entenderlo y puede que un día te aburrai y no te tomis más la pastilla, después volver a caer en lo mismo, yo tengo claro eso, que si dejo los medicamentos volveré a las crisis.

¿Y cuales fueron los temas de la psicoterapia grupal que fueron trabajados?

Bueno que vimos cómo nos vemos ahora, tuvimos un tiempo con eso, después cómo nos vemos en el futuro, eh, hubo también temas como qué mochila cargaba, qué problemas tenía, eh, qué más, bueno de esos tres temas me acuerdo más.

¿Qué lo motivó a terminar el tratamiento?

Eh, bueno me costaba venir, me costaba levantarme temprano, estaba lateado, no sé si era desgano, desmotivación, pero estuve un tiempo así, como que venir acá era acordarse, no sé también lo hablé con el psicólogo, es que al venir uno se acuerda de la crisis y no sé, me sentía mal, no sé tal vez inconscientemente sentía esas cosas, pero ya estando aquí se me pasaron, sí era el venir, el hospital, y todo eso.

¿Pero siguió viniendo?

Sí, al final, vine, se acaba esto, tengo que venir todos los días así que al final vine todos los días.

¿Qué es para usted un tratamiento en el hospital diurno?

No sé, yo diría que de partida te ve un psiquiatra, te dan todos los medicamentos que necesitas, después te ven los psicólogos que te dan toda la ayuda psicológica que necesitas, no sé en mi caso, para mi, que por primera vez viví esta experiencia y más que estar con gente que vive las situaciones similares que las tuyas, y también tienes el apoyo de la gente, de los amigos que se hacen acá, o sea un tratamiento completo, y están todas las terapias que se hacen, bueno de partida está el lugar que te acoge y no sé, un lugar de ayuda para nuestra enfermedad, no sé qué más decir.

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Bueno, he estado en la casa, hay días que no hago nada, que he estado muy... o sea, estuve un semestre estudiando hartito, pero había otros semestres que no quería nada, como que me quedaba, no sé si era por flojera, como que cuesta volver al ritmo, pero no sé, hay semanas que estuve bien, estuve haciendo deporte, después en la tarde estudiando, después iba a ver a mis amigos, estuve como mi vida normal no más, ahora que estoy en la casa haciendo reposo he estado como haciendo nada, viendo tele no más, como que me he quedado un poco, o sea, ahora en Diciembre tengo que volver al ritmo, es que soy muy autoexigente, en ese sentido, no sé, me exijo mucho para los estudios y cuando no estoy haciendo nada como que me da cargo de conciencia, pero bien, o sea lo que he estado haciendo cuando estuve haciendo cosas era deporte en la mañana y en la tarde estudiaba.

Bueno, también estuvo operado.

Ahí estuve mal, no ahí estuve mal, estuve 15 días hospitalizado, no si estaba mal, me dijeron que casi me muero los doctores.

¿Qué es para usted hospital diurno en una palabra?

Rehabilitación, esa sería la palabra, acogida, más que esas no.

¿Si fuese necesario volvería al hospital diurno por un tratamiento?

Yo creo que sí, no se poh si estuviera mal de nuevo yo creo que es una manera de rehabilitarse, de, no sé, de volver a, no sé, es como una ayuda, acá te ayudan,

como que te empujan para que salgas adelante, es una manera de ayudar entonces quien no va a querer ser ayudado, como que te dan todo para que te rehabilites, eso...

Muchas gracias.

Que estén bien.

#### ***4.2.3.- Entrevista a Carolina:***

##### ***Historia:***

Carolina tiene 17 años, ingresó al HD en Octubre del año 2007, luego de haber sido hospitalizada dos veces antes en el mismo año, la primera fue en Julio a causa de un intento de autoeliminación por sobre ingestión de medicamentos, donde estuvo 14 días, y casi un mes más tarde volvió a ser hospitalizada a causa de profundos miedos de andar en la calle, acompañado de conductas de gran aislamiento, esta vez fueron 21 días los que estuvo hospitalizada, fue dada de alta en Septiembre del 2007, con un diagnóstico de “Esquizofrenia simple”.

Antes de esto, Carolina ya había asistido durante tres años a un HD para adolescentes al cual ingresó en el año 2004 por hacerse cortes en las muñecas y los tobillos. En este lugar fue diagnosticada y tratada como “Trastorno Afectivo Bipolar en una segunda fase mixta”.

En el momento de la entrevista se encontraba en proceso de planificación del alta en el HD. Carolina lucía acorde a su edad, vestía a la moda, maquillada y con un peinado estilo “pokemon”, en el momento de la entrevista se mostró algo tímida y desganada, (C.O. Sus respuestas en la entrevistas daban a entender una actitud adolescente de “no estoy ni ahí”).

***Entrevista:***

Primero algunos datos generales como ¿la edad?

17.

¿Estado civil?

Pololeando.

¿Hijos?

No tengo.

¿Escolaridad?

Hasta segundo.

¿Alguna hospitalización?

Este año dos veces.

¿Dos seguidas?

(Asiente con la cabeza)

¿Antecedentes de consumo de drogas?

Marihuana.

Pero ¿ha consumido alguna vez o es recurrente?

No, hubo un tiempo en que sí, pero ya no.

¿Y alcohol?

Sí, mm (risas)

¿Medicamentos que toma actualmente?

Quetiapina y fluoxetina.

¿Cómo llegó hasta aquí?

Del hospital, del quinto piso me mandaron hasta aquí, el doctor Castro.

¿Y qué hacía antes de venir al hospital diurno?

Iba al colegio.

¿Y dejó el colegio antes?

No, hace poco, cuando salí del hospital.

¿Completó el segundo año medio?

No.

¿Este año debería estar en segundo?

(Asiente con la cabeza).

¿Qué la llevó a consultar con el doctor?

¿Por qué me hospitalizaron?

¿Fue sola o su mamá la llevó para hospitalizarla?

Mi mamá me llevó, yo no me acuerdo, había tomado pastillas ese día, desde hace dos días antes, y no me acuerdo, mi mamá me dijo.

¿Estaba inconsciente?

Yo no me acuerdo de nada, lo que me cuenta mi mamá no más.

¿Qué es lo que se acuerda de antes?

Me tomé las pastillas y ahí...

Se acuerda que se la tomo y luego la hospitalizaron ¿y qué fue lo que la llevó a ésta situación de tomarse las pastillas?

Porque me puse a robar con una amiga... igual me arrepentí porque mis papás no me enseñaron eso, igual fue la culpa.

¿Que la llevó a robar?

De mona poh, porque no me falta na'.

¿Y fue el origen para todas estas situaciones difíciles?

No entiendo.

Ha habido una serie de situaciones difíciles que le han tocado, digamos por ejemplo estar acá, antes de eso la hospitalización, antes de eso dejar el colegio, antes de eso haberse tomado las pastillas y antes de eso quizás hubo algo que gatilló todas estas cosas, donde usted diga antes de tal cosa yo tenía una vida normal y algo pasó, ¿en qué momento se empezaron a complicar las cosas?.

A los doce años, me empezaron a doler los huesos, mi mamá me llevó al médico, y fue como un año en que me llevaron al reumatólogo y no me encontró nada y después empecé como a deprimirme así.

¿Y había alguna razón para el dolor de huesos?

Es que me dolían y se me hinchaban las articulaciones, nunca me encontraron nada, me hicieron caleta de exámenes

¿Y cree que habrá alguna razón?

(Gesticula aduciendo no saber).

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Nada poh yo no quería venir.

¿Fue una obligación?

Sí, del doctor y de mis papas, me dijeron que no podía faltar nunca, yo quería ir al colegio.

Al colegio ¿quería volver?

Yo quería volver, yo tenía todas las ganas de salir del hospital y volver al colegio, pero me dijeron el día antes de venirme, el día antes de darme el alta que no iba a estudiar más.

¿Fue una decisión de los papás?

Del doctor.

¿Y los papás le hicieron caso al doctor?

Sí.

¿Y en el tiempo que lleva acá ha encontrado una motivación para estar acá?

De repente, y de repente no dan ganas de venir.

¿Y esa pequeña motivación que ha encontrado?

Pa' estar bien no más, pa' compartir con más gente.

¿Y afuera puede compartir con más gente?

Sí, es que como todos tenemos lo mismo aquí y podemos hablar de eso.

¿Sabe cual es la psicoterapia grupal?

Ehh, ¿cuál?

La que hace el psicólogo.

Ah ya, los lunes y los miércoles.

¿En esa psicoterapia cómo es la relación con los compañeros?

(Silencio...) mmm, todos viven su mundo.

¿No participan todos juntos en el grupo?

No poh.

Nos podría decir ¿cómo funciona, como se hace, cómo son los compañeros, cómo pescan, cómo son cuándo no pescan?

Ahh, la XXX nunca pesca, emm, no sé, nadie pesca.

¿Nadie pesca o hay algunos que pescan?

Hay algunos que pescan, y hay algunos que no quieren pescar y no pescan no más.

¿Y usted de que lado se pone?

A veces de los que pescan y a veces de los que no pescan.

¿Y por que pasará eso?

Porque de repente no me dan ganas de hablar y no hablo

¿Y en general, ¿por qué algunos pescan y otros no pescan?

Lo encontrarán aburrido.

¿Y la relación que se da con los profesionales en esa psicoterapia, cómo es?

Mmm..., buena.

¿Y cómo lo describiría?

A mi no me gusta, lo encuentro fome, fome.

¿Y como encuentra al psicólogo?

Mmm, bien, hace bien la terapia, es que me gusta más cuando dibujan.

¿Hablar del dibujo es lo difícil?

Sí, es que eso no me gusta, porque uno tiene que hablar del dibujo, no me gusta eso.

¿Y qué no le gusta de eso, que hace que sea fome, será muy difícil decir algo de un dibujo?

Mmm, sí poh.

¿Cómo encuentra que es el día con la sesión de psicoterapia grupal?

Bien poh.

¿Y si tuviese que describir ese día en otras palabras?

(Silencio...) no sé.

¿Qué actividades hacen acá en el diurno?

¿Cómo actividades? ahh, la activación, las tareas diarias, la psico... cuanto se llama, la psicoterapia, no sé que más.

¿Y son todas las psicoterapias iguales?

No, no son todas iguales.

¿Cuales más hay?

Mmm, hablamos de la familia con la señorita Cristina. Mmm

¿De que más se habla en otros espacios?

El taller literario, lo que hacemos en la tarde, eso de enseñar. Mmm... De eso me acuerdo.

¿Y qué opina de ellas?

Mmm, que son buenas...

¿Pero?

Es que a mi no me gusta hablar de mi familia.

¿Y qué le pasa ahí cuando tiene que hablar de la familia?

No me gusta.

¿Y cuales de las actividades que se hacen le gusta?

La de enseñar cosas, esa es la entretenida.

¿Hay alguna otra que le gusta?

(Silencio...)

¿Y la que menos le gusta?

La psicoterapia esa que hace e, esa el psicólogo, esa no me gusta.

¿Y que no le gusta de las psicoterapias grupales del psicólogo?

Todo, no se.

¿Todo partiendo desde él?

No no, es que son aburridas.

¿Y que es lo aburrido?

Es que son lentas, como que hay que puro hablar no más.

¿Y a usted le pasa algo cuando habla delante de los demás?

A mi antes me daba vergüenza, ahora igual me da vergüenza, pero igual hablo.

¿Y que ocurre con escuchar a los demás?

Sí, de repente escucho y de repente no pesco.

¿Y por qué no los pesca?

Porque ando en otra.

¿Y qué pasa cuando usted si está pescando y los demás no pescan?

Hoy día me dio rabia, nadie pescó.

¿La psicoterapia grupal siente que le ayuda en algo?

Decimos lo que pensamos.

¿Pero siente que le ayuda o siente que debería ayudarlo?

Debería ayudarme.

¿Es decir, siente que le ayuda?

(Niega con la cabeza).

¿Y tiene terapia individual?

¿Cómo?

¿Terapia individual?

Ahh, sí, es buena, ahí también dibujo y no tengo que explicar el dibujo.

¿No le exigen hablar?

De repente me tiene que sacar las palabras porque no quiero hablar tampoco.

¿Y esa psicoterapia individual siente que le ayuda en algo, o siente que tampoco ayuda?

No, sí me ayuda.

¿Si tuviese que decir si alguna de las dos le ayuda más, grupal o individual?

La individual.

¿Y en qué le ayuda la individual?

A pensar, no sé, mmm a pensar.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal en el hospital diurno, cómo lo definiría?

Mmm, no sé.

Si tuviese que contarle a alguna persona que no sabe nada del diurno, de lo que es una psicoterapia grupal, si tuviese que contarle, ¿qué le diría?

No sé... que ahí te conversan, te escuchan, te atienden, que es fome de repente, que de repente es buena.

¿Y cómo funciona la psicoterapia, que método ocupa?

Hablar, dibujar y hablar del dibujo, o escribir y hablar de lo que uno escribe.

¿Y es fome la terapia o es complicado hablar de los demás, o hablar de uno mismo o darle comentarios al otro?

Es que me cuesta hablar a mí, me cuesta hablar de mí, pero soy buena para dar consejos.

Y si le cuesta hablar de usted misma me imagino que debe ser muy complicado hablar en una sesión de grupo donde exigen que uno hable de uno.

Sí poh, es que si hablo de mí hablo lo preciso no más.

¿Y es porque le cuesta hablar de usted siempre o le da lata que los demás escuchen?

Me da lata y me cuesta hablar de mí.

Y en la psicoterapia individual, ¿qué es para usted?

¿Cómo?

¿Cómo la definiría?

Ahh, buena, entretenida.

¿Cómo funciona?

Dibujamos, de repente hacemos arcilla, conversamos.

¿Y de qué conversan?

De lo que me pasa.

¿De usted?

Sí.

¿Y se hace difícil ahí hablar?

No tanto, porque igual es cuando hay más cuando me cuesta hablar.

¿Cuando llegó usted acá?

En Octubre... caleta.

¿Ha pasado rápido?

Volando.

¿Antes de venir acá qué esperaba de la psicoterapia grupal?

No, no sabía de qué se trataba.

¿Y de la individual?

Sí poh, porque yo ya había estado en un hospital diurno de adolescentes, pero hacían talleres no más, taller de carpintería, de dibujo, de teatro y todo eso. Sí, nos hacían así psicoterapia.

¿Individual?

Individual hacían, grupal nos hacían, pa puro la familia que se reunían.

¿Entonces en el otro hospital no era necesario hablar de uno?

Mmm...

¿Y ahí cómo era la psicoterapia individual?

Mala. Se enojaba conmigo, de repente me dejaba sola hablando (risas).

¿Y venía con esa idea para acá?

No..., no sé, no.

¿No pensaba en que se iba a encontrar con otro psicólogo?

Sí igual tenía miedo.

¿Y cómo fue al final la experiencia?

No, buena, mejor que allá.

Hasta ahora en lo que lleva, si tuviese que recordar algo que haya sido importante para usted en la psicoterapia grupal ¿qué sería?.

Es que igual, no hablo, pero igual opino, poco, pero opino.

¿Eso rescataría, lo rescata como un logro para usted?

Sí.

¿Y algo que tuviese que recordar o rescatar de importancia en la psicoterapia individual?

Es algo de ¿qué haría por mí?... ¿cómo era?... qué si pensaba en mí parece... todavía lo estoy pensando. ¿Cómo era la pregunta?... ¿Qué estoy dispuesta a hacer por mí?...

¿Puede recordar qué temas han sido trabajados en psicoterapia grupal?

Como se diseña grupo de terapia, mmm, no sé, ha, como veíamos este hospital, mmm...

¿Y en que están ahora?

En el pasado, recordar el pasado.

¿Y qué tema es el que trabaja en psicoterapia individual?

Cómo es, no me acuerdo (risas), de mi hermano, no me acuerdo más, ah, del alcohol, no me acuerdo más.

¿Qué la motiva a seguir viniendo?

(Silencio...) Nada.

¿Y piensa terminar el tratamiento?

(Asiente con la cabeza).

¿Por qué razón?

No sé, porque tengo que entrar al colegio, eso.

¿Hay algo que sienta que sea por su voluntad o siente que la están obligando?

No, es por obligación.

¿No hay algo que haya descubierto y que le haga sentido, aunque sea una tontera como el almuerzo rico que la haga seguir viniendo, algo, cualquier cosa que le haga sentido seguir viniendo para acá?

La terapia individual.

¿Qué es para usted un tratamiento completo acá en el diurno, cómo lo describiría?

No sé, participar de las terapias, de las psicoterapias, eso.

¿Recomendaría que alguien siguiera un tratamiento aquí?

No sé.

¿Si tuviese una amiga que necesitara un tratamiento?

No sé es problema de ella.

¿Aunque le guste dar consejos?

Es que no sé, porque a mi no me gusta venir e igual vengo, igual me mandan.

¿Le diría que probara?

Sí, que probara.

¿Si tuviese que recomendar a su amiga entre el hospital para adolescentes y este?

Ah, éste, sí poh, porque allá nadie pescaba a nadie.

¿Entre los compañeros?

Entre los compañeros y los profesionales.

¿Y usted estuvo ahí mientras estaba en el colegio?

Sí, iba todos los días después del colegio, de las doce y media hasta las seis.

Todo el día.

¿Y por que llegó acá?, ¿por la hospitalización?

Sí, es que de ahí del adolescentes me habían derivado al COSAM y estuve yendo como dos sesiones con psicólogo y psiquiatra y me dieron Risperidona y Fluoxetina, después caí al hospital y no seguí yendo.

¿Y por que le dijeron que tenía que ir al COSAM?

Porque iban a llegar otros profesionales que pertenecían a una universidad.

¿Por eso la derivaron?

Sí, hay algunos que siguen ahí, pero ahora es como más para drogas y alcohol. Se quedaron los que venían por drogas y alcohol.

¿Y por qué usted entró a ese hospital diurno?

Por el hospital también, el doctor Castillo, de infanto-juvenil, él me derivó, porque trabajaba ahí también.

¿Y qué le dijeron cuando la mandaron para allá?

Que me iban a ayudar.

¿Nada en específico?

Mmmm.

¿Y estuvo hartoo tiempo en ese lugar?

Sí, pero al final ya no quería, perdía las horas con los psicólogos, con los terapeutas.

¿Cuándo salga de acá qué se imagina que va hacer?

¿Cuándo me valla de aquí? Irme a la playa en el verano, y después entrar al colegio.

¿Retomar segundo?

No, tengo que hacer dos años en uno, y de ahí pasar en Agosto el segundo.

¿Y después del colegio se imagina algo?

Ir a trabajar para ir a vivir sola.

¿Si tuviese que decir qué es para usted el hospital diurno en una sola palabra?

Obligación.

¿Qué le cambiaría al Hospital diurno?

No sé, es que lo encuentro fome.

¿Qué le agregaría o le quitaría, qué cambio haría?

Sacaría la psicoterapia grupal y la de la familia.

¿Y la estimulación cognitiva?

No esa no.

¿Y la psicoeducación?

Ah no, esa es buena, esa me faltaba, sí es buena, pero habla siempre de la esquizofrenia, nunca de otra cosa.

¿En esa o en todas?

En todas casi.

¿Y qué ocurre con eso de que siempre hablen de la esquizofrenia?

Es que yo no tengo esquizofrenia, y hablan de eso, fome po.

¿Y que le agregaría entonces?

Que hablaran de trastorno de personalidad también poh... eso le pondría.

¿Y como resumiría su experiencia en el tiempo que lleva aquí?

Buena y flotando.

¿Y cómo es este flotando?

Ni buena ni mala.

#### ***4.2.4.- Entrevista a Valentina:***

##### ***Historia:***

Valentina tiene 22 años y desde los 16 presentó un aislamiento social muy severo, sin amigos ni relaciones de pareja. Una vez que terminó el colegio se quedó en su casa y no volvió a realizar actividades sociales.

Luego de que fue hospitalizada en el Instituto Psiquiátrico durante 60 días, en Agosto del año 2006 fue diagnosticada con “Esquizofrenia”, luego de un primer episodio con quejas somáticas, delirios, y síntomas negativos, autismo y retraimiento.

Más tarde, en Octubre de aquel año, ingresó al HD y fue dada de alta en Marzo del año 2007, sin embargo en Junio fue hospitalizada en el HFB a causa de una descompensación, había dejado el tratamiento farmacológico. En Julio fue dada de alta, luego de haber recibido TEC y volvió a ingresar al HD.

Durante la entrevista se mostró tranquila y pese a que estuvo un tanto somnolienta se mostró dispuesta a dialogar.

##### ***Entrevista:***

Primero algunos datos generales como ¿edad?

22 años.

¿Estado civil?

Soltera.

¿Hijos?

No.

¿Escolaridad?

Cuarto medio y... título de secretariado.

¿Ha estado alguna vez hospitalizada?

Dos veces.

¿Antecedentes de consumo de sustancias?

Ninguno.

¿Cuáles son los medicamentos que está tomando actualmente?

Quetiapina y Tonaril.

¿Cómo llego al hospital diurno?

(Carraspea...) primero me hospitalizaron en el instituto psiquiátrico, allí estuve un mes y tres semanas y después me descompensé y volví al quinto piso a

hospitalización (C.E. unidad de psiquiatría HFB) y ahí la doctora Vera me mandó para acá al diurno.

¿En ese momento tenía algún conflicto?

Es que mis padres me llevaron al instituto psiquiátrico, me hospitalizaron para que esté bien.

¿Cómo fue que empezó a no estar bien?

Cuando me descompensé por segunda vez.

¿Y la primera vez?

La primera hospitalización fue voluntaria.

¿Usted quería hospitalizarse?

No, mis padres querían.

¿Y usted estaba mal, estaba descompensada en ese momento?

No, yo estaba bien, estaba normal... me descompensé entre la primera y la segunda hospitalización.

¿Qué hacía usted antes de venir al hospital diurno?

Estuve en mi casa con mi mami, ayudándole en el aseo de la casa, es dueña de casa.

¿Qué la motivo a venir al hospital diurno?

Me mandaron mis padres, me mandaron para acá, por que pensaban que... yo me iba a rehabilitar, a ocupar la mente, a estar activa.

¿Cómo ha sido la relación con los compañeros en psicoterapia grupal?

Ha sido más o menos porque he opinado muy poco, a veces no entiendo preguntas, a veces me cuesta expresar.

¿Sólo en esa actividad o en todas?

En todas.

¿Y cómo es su relación con los profesionales en psicoterapia grupal?

Es buena, porque mmm, hay respuestas, preguntas, explicaciones, hay buena comunicación.

¿Cuáles son las actividades que realizan en el hospital diurno?

Terapia de dibujos, recortes, escribir, conversar, actuar, dar opiniones.

¿Y usted que opina de esas actividades?

Son interesantes, pero a veces aburren porque siempre hablan de la enfermedad, de los remedios y uno se aburre porque a veces uno no quiere aceptar que está enfermo... algunos...

¿Qué opina de la psicoterapia individual?

Es buena para expresarse, desahogarse... ahm ahm, analizar a la persona.

¿Le ha ayudado la psicoterapia grupal?

Sí, porque hablamos de enfermedad, los medicamentos, de uno mismo y uno expresa lo que siente.

¿Hay un cambio entre la primera vez que estuvo acá y la segunda?

¿Un cambio?, a mi me gusta individual la psicoterapia, porque... uno está concentrada en lo que dice, porque grupal uno se distrae, la persona.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal?

(Silencio), (tose), ehm, es estar en comunicación con todos... es buena... para... contar experiencias, sentimientos, todo eso...

¿Qué es para usted la psicoterapia individual?

...para mi es algo importante... porque está con una persona especial... especialista... y un paciente... que los dos conversan, se intercambian ideas, pensamientos, todo eso...

¿Qué esperaba usted de la terapia grupal?

Estar sano, no volver al hospital.

¿Antes de venir como imaginaba la terapia grupal?

Esperaba que fuera entretenida, más entretenida y alegre, porque la encuentro muy apagada, fome... pero igual se intercambian ideas...

¿Y qué espera usted de la psicoterapia individual?

Lo único que esperaba es estar bien... para mi familia... para mí... que me ayudaran en mi futuro...

¿Qué recuerda de la psicoterapia grupal?

El autorretrato de uno mismo, el autorretrato del diurno y cuando teníamos de cero a cinco años, cómo era nuestro recuerdo y había que dibujarlo.

¿Y qué recuerda de su psicoterapia individual?

Ehm, hablan cosas que tengan que ver conmigo y yo puse la sexualidad, la vida, la muerte, todo... el alcohol, la droga... para mí es importante porque una esta enferma ahora y esas cosas son importantes de... reacciona de otra manera una persona, el paciente...

¿Qué temas recuerda de su psicoterapia grupal?

Lo mismo, el autorretrato, lo mismo que lo anterior.

¿Y qué temas recuerda de su psicoterapia individual?

Hablar de mí, lo mismo que lo anterior.

¿Qué la motiva a continuar el tratamiento en el hospital diurno?

Ehm, la tranquilidad, la paciencia, las ganas de vivir... ehm la manera de pensar... que... ehm... pienso más en mi familia y en mí... que tengo que mejorarme.

Usted vino primero obligada nos decía ¿hay algo de usted, de forma voluntaria, que le diga que tiene que terminar el tratamiento?

Sí... algo... un poco... sí... ehm... (tose)... que todos venimos por un objetivo...

¿Cuál es el suyo?

Ehm...recordar que hay que tomar remedios, ehm... recordar que tenemos una enfermedad... eso... ese es mi objetivo, para los demás no...

¿Eso la motiva a seguir?

Sí, por un objetivo.

Pero también dijo que hay una parte de obligación, ¿cuál?

Ehm.. Porque... los padres saben poh... porque es importante venir al diurno...

¿Cómo describiría usted un tratamiento en el hospital diurno?

Ehm...yo lo describiría (silencio) ehmmm (tose)... no entiendo esa pregunta...

Imagine que tuviese que contarle a otra persona que no sabe qué se hace en el hospital diurno, ¿cómo lo haría?

Que están preocupados por ti, que te dan apoyo aquí... porque psicóloga, paramédico, doctora, enfermera, personas especialistas... que hay que venir para estar tranquilo, en paz, eso...

¿Qué espera después de salir del hospital diurno?

Trabajar y realizar una vida distinta... ehm, tomar en cuenta la enfermedad, tomar remedios...ahm, conversar... de la enfermedad en familia, porque hay apoyo en las familias... con la enfermedad... esquizofrenia... esquizofrenia es el diagnóstico que dan aquí...

¿Hospital diurno en una palabra?

...Éxito...

Muchas gracias.

Ojalá que les sirva.

#### ***4.2.5.- Entrevista a Pamela:***

##### ***Historia:***

Pamela tiene 18 años de edad, a los 12 años comenzó a consumir grandes cantidades de alcohol y drogas. Inició en el año 2004 un tratamiento de forma

particular para dejar las adicciones. Al año siguiente, en Octubre del 2005 fue hospitalizada en el Instituto Psiquiátrico por un IAE luego de una sobredosis de medicamentos. Más adelante y después de que presentó conductas suicidas, dependencia de sustancias, labilidad emocional e hiperactividad nocturna fue hospitalizada en psiquiatría en el HFB en Agosto del año 2006 y fue dada de alta 10 días más tarde.

En Noviembre ingresó al HD, pero durante un fin de semana de Marzo del 2007 sufrió una intoxicación de cocaína, fue hospitalizada en Marzo y hasta Abril. A partir de ese momento fue acogida en un hogar protegido cercano al HD donde continúa asistiendo, luego fue dada de alta en Mayo del año 2007. Al poco tiempo nuevamente fue hospitalizada en el HFB, en Agosto del mismo año por una descompensación. Ella vive con su abuela, su madre y su hermano tienen diagnóstico de enfermedad mental. A la fecha de la entrevista, Pamela vive nuevamente en el hogar protegido y fue dada recientemente de alta del HFB.

Acudió a nuestra entrevista con buena disposición, con un lenguaje coherente y atinente, su aspecto fue ajustado a su edad, con ropa juvenil y una cabellera teñida (C.E. sin embargo parece que dio la entrevista con respuestas estandarizadas diciendo lo que es políticamente correcto para ser una buena paciente).

***Entrevista:***

Algunos datos generales como ¿edad?

18 años.

¿Estado civil?

Soltera.

¿Hijos?

No tengo.

¿Escolaridad?

Segundo medio.

¿Hospitalizaciones?

Cuatro.

¿Recuerda los años de esas hospitalizaciones?

En el 2006 la primera y el 2007 tres.

¿Antecedentes de consumo de sustancias?

Cocaína, marihuana, neopren, pasta base, eh, morfina, latas de spray con las que se pintan los autos, ese, eh, floripondio, hongos alucinógenos, eso.

¿Sabe cuáles son los medicamentos que toma ahora?

Sí, Quetiapina, eh, Tonaril, Modecate y Alprazolam.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Eh, una vez que estuve con el doctor Cuturrufó, creo que fue el primer control y me dice que existe una posibilidad de que yo asista a una forma de hospitalización

diurna, que los horarios eran de nueve a tres de la tarde y que si me interesaba... y como no estaba estudiando, eh, me dijo eso, y yo estuve entusiasmada, pero no sabía lo que era, le dije que sí, e ingresé al diurno en Octubre del 2006.

¿Qué hacía antes de venir al hospital diurno?

Estaba estudiando, sacando mi segundo medio.

¿Consultó con su abuela en ese tiempo?

Sí, en ese tiempo ella todavía era responsable de mi, bueno, aún lo es, pero ahora que soy mayor de edad pude decidir yo y decidir que no quería venir al diurno, porque me habían ofrecido nuevamente asistir al diurno y yo dije que no.

¿En ese tiempo consultó con su abuela porque había situaciones conflictivas?

Sí, en la casa habían hartos problemas, y estaba con problemas de alcohol y drogas... quería hacer una aclaración, que todas las drogas que nombré las consumí hasta el año 2004, porque el año 2005 me rehabilité en un centro privado y quedé... nunca pude superar el consumo de cocaína ni de la marihuana.

¿Cómo podría decir que partió todo eso?

Haber, mi consumo, mi consumo empezó a los 12 años, yo provoqué, yo no le hecho la culpa a nadie porque cada quien decide lo que quiere hacer en su vida y las decisiones que toma, yo creo que a mi lo que me afectó un poco fue la enfermedad de mi hermano, porque mi hermano, nos llevamos por cuatro años de diferencia, yo tenía 11 cuando él se enfermó de esquizofrenia y estaba recordando con mi abuela la

semana pasada de que yo estaba viviendo en otra ciudad de Chile cuando me enteré que mi hermano estaba mal y yo como en Agosto decidí quedarme con él, yo ya sabía más o menos de que se trataba la enfermedad, porque siempre me ha gustado esto de ayudar a la gente, de saber de las enfermedades, de dar consejos y decidí venirme y ahí bueno, ahí empezó el consumo a los 12 años, empecé a fumar cigarrillo, empecé con los pitos, con los hongos alucinógenos, todo eso fue hasta el año 2005, 2004 y 2005.

¿Qué le preocupaba de la enfermedad de su hermano?

No sé, tenía miedo porque sabía muy poco de que se trataba, ya sabía que habían signos de paranoia, era lo único como que tenía claro y mi hermano ya los presentaba, entonces eso me preocupaba, y yo creo que por eso me empecé a enfermar yo también porque mi hermano dejaba las tremendas embarradas en la casa, sacaba la bicicleta a las seis de la mañana lloviendo se iba a otras comunas, qué sé yo, iba a buscar un niño que le gustaba que él decía, alucinaba con el karate, eh; y así un montón de cosas.

¿Vio esto en él y después empezó a sentirlo en usted?

Es que me da la impresión de que me estoy justificando y me estoy justificando a la vez porque, eh, no debería decir esto porque nadie me metió la droga en la boca para que la consuma, pero en mi caso así fue porque yo me enfermé por mi hermano, empecé a consumir droga para evadir todos los problemas que habían en mi casa, porque mi vieja por cuidar a mi hermano se despreocupó de mi y él siempre fue como más débil, pero él siempre fue el escudo de ella, siempre la acompaño a todo

lugar, a donde fuera, los hospitales, a todas partes para ayudar a mi hermano y ya cuando cumplí los 12 o 13 años la agarré pesado con la marihuana y con todas las drogas que nombré.

¿Con su mamá también había problemas?

Sí, mi madre biológica, que vivía con nosotros, peleaba todos los días con nosotros, hasta la fecha, ella sufre de esquizo afectivo, y mi hermano de esquizofrenia paranoide catatónica y le diagnosticaron esquizofrenia paranoide, a mi me dieron varios diagnósticos porque no se sabía lo que tenía como tenía un consumo sintomático de drogas no se podía diagnosticar que diagnóstico tenía, pasé por trastorno de personalidad, depresión bipolar, eh, trastorno bipolar grado dos, esquizo afectivo, eh, trastorno de personalidad, todos esos diagnósticos.

¿Qué la motivó a venir al Hospital Diurno?

La idea de cambiar, una de las tantas veces que quise cambiar, y creo que por fin ahora estoy cambiando, porque llevo una abstinencia como cerca de un mes sin consumir ni alcohol ni droga y me siento bien, me siento tranquila, los primeros días, los primeros 15 días que estuve en el hospital, fueron pero fatídicos porque sentí una angustia que me apretaba el pecho, así, que me presionaba el pecho y como que sentía la respiración y sentía que me iba a desmayar y yo creo que eso era por abstinencia, propio de la abstinencia y ya luego se me fue quitando y ahora siento que no necesito las drogas.

Fue una idea de cambio lo que la motivó a venir, pero ¿había algo de obligación con esto de ser menor de edad que usted decía?

Sí, ya después a la semana me empecé a sentir mal, que no quería venir más, que no me gustaban las terapias, eh, buscaba pretextos para quedarme en mi casa, todavía no llegaba al hogar protegido, buscaba pretextos para quedarme en mi casa, no, que me duele la guata, que no quiero ir, que no me gusta, que sácame, y me puse más rebelde y ahí empecé ya a consumir cocaína.

¿En qué fecha fue esto?

Como en Enero del 2007, ahí venía por obligación, luego conocí a un niño, me entusiasmé, empezamos a pololear y él como que fue un apoyo máximo para mi rehabilitación acá en el HD, me empecé a sentir mejor, luego me dieron de alta en el diurno.

¿En la psicoterapia grupal cómo era la relación con los compañeros?

Siempre fue muy buena porque siempre he sido muy sociable, tiendo a sentirme bien con cualquier persona y entregar confianza, afecto, comprensión, apoyo, así que fue buena la relación con mis compañeros.

¿Y cómo era la relación con los profesionales en psicoterapia grupal?

También fue buena, de repente había cosas que me molestaban en la psicoterapia, cuando me decía cosas, pero era la verdad y me dolía un poco, pero así era.

¿Cómo qué cosas recuerda?

Que me tenía que alejar de mi prima, que era con la cual consumíamos marihuana y a mí eso me molestaba porque yo la quería mucho a ella entonces yo no entendía muy bien el concepto de lo que él me quería decir y finalmente entendí que tenía que alejarme de ella por un tiempo, me alejé de ella y ahora yo me siento bien.

¿Eso era en psicoterapia individual?

Sí, individual, me explicó hartas cosas, pero yo creo que él se dio como por vencido porque llegó un día que me dijo que ya no íbamos a tener más psicoterapias porque era como que yo no quería cambiar, mientras yo estuve aquí, a lo menos hasta Febrero estuve mal, siempre, no quería nada, quería puro consumir drogas y ya por ahí por Marzo empecé a pololear con este cabro y como que me empezó a gustar venir al diurno, porque él me venía a ver acá, nos juntábamos y eso fue una motivación, como dije anteriormente por una rehabilitación.

Y si tuviese que referirse específicamente a la relación con los profesionales en psicoterapia de grupo, ¿Cómo era la relación ahí?

Bien, ahí no recuerdo mayores problemas con él.

¿Qué actividades le hacían el hospital diurno?

Eh, los días lunes... oh ya no me acuerdo...

¿Pero en general?

En general eran como actividades cognitivas, hablábamos de la familia, eh, ¿qué más hacíamos?, teníamos terapias con la señorita Sonia en ese tiempo, que nos hacía terapia con la familia, con la señorita Fernanda las tareas cognitivas de actividades y actividades de pintura, con otros psicólogos teníamos terapias, que hablábamos de cosas súper interesantes.

¿Cómo cuales?

Es que no me acuerdo mucho, es por tanto tiempo.

¿Y de la terapia individual sintió que le ayudó?

Aunque el psicólogo era un poquito duro conmigo, me decía las cosas como tenían que ser y me enseñó, a no sé, que no fuera dueña de la verdad, me enseñó perseverancia, tolerancia, varios valores que tenía un poquito truncados... la inconsecuencia, siempre, pero él como que reafirmó mis valores y eso yo creo que es lo más rescatable que puedo decir del psicólogo.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal en el hospital diurno?

¿En qué sentido?

Si tuviese que contarle a alguien que no sabe lo que es la psicoterapia grupal en el diurno, ¿Qué le diría?

La grupal, bueno, que se habla de la enfermedad, se habla de lo que uno siente, o que le pasa, que son buenas terapias, que ayudan mucho y remueven el alma, eh, le hacen tener una conciencia de su enfermedad, del problema que sea, y eso...

¿Y cómo funciona la psicoterapia grupal?

No entiendo.

¿Qué es lo que se hace en la psicoterapia?

Hablamos, es que es como lo mismo, voy a llegar a lo mismo porque no, como que no voy a captar muy bien la idea, pero siempre se hablaba, yo eso recuerdo, por ejemplo si yo me sentía mal, yo pedía la mano y hablaba y decía lo que sentía, que tenía rabia, por esto y esto otro, que quería consumir drogas, entonces yo creo que por ahí va la cosa.

¿Y qué pasaba después de decir lo que sentía?

Me sentía mejor conmigo misma, porque era como siempre la presión en el pecho, esa angustia como de no poder decir de lo me estaba pasando.

¿Después los demás decían algo?

Sí, orientación, cada uno daba su opinión, no todos participaban, pero el que podía hablar algo lo hablaba y lo decía.

¿Y el profesional a cargo?

También hablaba.

¿Antes de venir acá que esperaba de la terapia grupal?

¿Qué esperaba?, un cambio para mi vida, pero mi voluntad siempre ha sido tan poca que en realidad nunca había podido cambiar hasta ahora, hasta ahora que tuve una sobredosis de cocaína y me di cuenta que me estaba muriendo y estuve súper mal, lo pasé pero atroz y ahí decidí cambiar, ahí decidí decir voy a dejar las drogas y las dejé.

¿Y antes de venir para acá había tenido otra experiencia de terapia individual?

Particular, o sea en el centro de rehabilitación nos hacían terapias de expresión de sentimientos, comportamientos, eh, ¿qué otra terapia hacían?, después que salí del centro de rehabilitación logré estar como cuatro meses sin consumir.

¿Qué esperaba aquí de la psicoterapia individual?

Que me ayudaran... que me ayudaran a aliviar la tristeza que tenía encima, los rencores, las angustias, los temores, eso...

¿Qué era para usted la psicoterapia individual?

¿Cómo la podría definir, haber? Una ayuda, un apoyo eso...

¿Qué es lo que más recuerda o que fue más significativo en psicoterapia grupal?

Que vez que estaba mal mis compañeros me apoyaban o cuando uno se sentía incómodo o mal yo me acercaba y lo apoyaba y casi siempre era la que recibía a los compañeros nuevos cuando llegaban con sus padres y se sentaban ahí, acá afuerita, yo me acercaba y me presentaba y trataba de entablar conversaciones con ellos y

convencerlos de que las terapias no eran tan malas, que servían de algo, que servían para tener conciencia de uno mismo, para conocerse mejor, para conocer a nuestro propio enemigo, aunque yo no estaba tan confiada de lo que en mi estaba haciendo bien a mi favor, pero trataba de convencer a las personas que llegaban y entre ellos trate de convencer a la XXX (C.E. paciente que se falleció hace muy poco tiempo)

¿Y de psicoterapia individual qué es lo que más recuerda?

La fuerza que me daba el psicólogo, la paciencia que tenía para explicarme los problemas de las preguntas, porque ahora que estuve último en el hospital, mi enfermedad base me dijeron que era la droga, y que ellos no están muy seguros de mi diagnóstico.

¿Recuerda qué temas se trabajaron en su psicoterapia individual?

Sí, recuerdo una sesión que fue el de conocerse a uno mismo, había que hacer un dibujo y cada uno, después mostrando a los compañeros iban diciendo que sentían ellos con ese dibujo.

¿Eso era en grupal?

Sí.

¿De qué era el dibujo?

De uno mismo, teníamos que dibujarnos nosotros mismos y los compañeros después decían qué sentían ellos con ese dibujo.

¿Y qué recuerda de la psicoterapia individual?

El tema central era mi prima y las drogas.

¿Qué la motivó a terminar el tratamiento?

La fuerza que me dio mi ex pololo, la fortaleza que después logré conseguir porque yo dije no saco nada con ponerme rebelde, no saco nada con ponerme histérica, no saco nada con aburrirme si en el fondo la única que se perjudica eres tú, y me hablaba a mi misma aunque parezca un poco irracional, pero era yo la que me decía el que era bueno y que era por mi salud para estar yo bien, estable, entonces creo que eso me motivó a seguir viviendo.

¿Si tuviese que contarle a alguien que no sabe de qué se trata un tratamiento en el hospital diurno, cómo se lo diría?

¿Cómo lo describiría?, haber, eh... explicar de qué se trata y hablar un poco de las terapias, en qué consisten las terapias, eh, más o menos en qué nos ayudan los profesionales, eso...

¿Si tuviese que hacerlo ahora, cómo sería?

Difícil, porque sería lo mismo, o sea, para tratar de asumir nuestra enfermedad más que nada, porque por eso llegamos acá, nuestra enfermedad, para asumir y aprender de ella.

¿Qué ha estado haciendo luego que salió del hospital diurno?

Bueno, luego de salir del diurno en Julio empecé a consumir droga, caí hospitalizada, pasó un tiempo, como un mes que estuve bien y después no pude estudiar.

¿Fue cuando volvió a su casa?

Sí, y de ahí empecé a consumir droga nuevamente, malas juntas, ni siquiera el barrio donde vivo es bueno ahora, los problemas con mi tía empezaron, con mi tía que vive adelante porque ella se iba a mandar a las dos casas, a la de ella y a la mía, que esto está desordenado, que ordena tu pieza y problemas cotidianos pero eso a mi me afectaba porque ella nunca había sido tan pesada, de hecho yo también consumí con ella droga años atrás cuando estaba más chica y ahora último también.

¿Hace cuánto tiempo salió del quinto piso?

Hace como un mes atrás.

¿Y desde ese momento está en el hogar protegido?

Sí.

¿Y decidió no venir al Hospital Diurno?

Sí, porque ya me sé el proceso, ya me sé las terapias, a lo mejor tampoco he pensado que las terapias hayan innovado, quizás se hagan otro tipo de terapias, pero ya estuve acá, yo creo que ya cumplí un ciclo acá.

¿Cuál es ese ciclo?

Es que de acá no salí muy bien, entonces no sé, fue una decisión que preferí no aceptar y puse oposición, no y no quiero y no quiero.

¿Y las razones están claras o medias difusas?

Difusas.

Si tuviese que decir qué es el hospital diurno en una palabra ¿qué diría?

Entrega.

Muchas gracias.

#### ***4.2.6.- Entrevista a Belén:***

##### ***Historia:***

Belén tiene 25 años, y estuvo en el HD desde Marzo del año 2007 hasta Octubre del mismo año. Belén, en Junio del año 2006, fue hospitalizada en “El Peral” por abuso y dependencia de múltiples sustancias, intento suicida y un grave trastorno de ansiedad. Luego de esa hospitalización fue diagnosticada con un “Trastorno de Personalidad Limítrofe”. Más tarde, en Julio del año 2006 realizó una consulta en el policlínico de psiquiatría del HFB, se indicó depresión. Fue controlada en forma mensual en el policlínico de psiquiatría, luego, fue derivada al HD con un diagnóstico

de “Esquizofrenia” en Diciembre del año 2006, pero se acordó realizar el ingreso definitivo en Marzo.

Belén llegó a la entrevista con buena apariencia, tuvo buena disposición y respondió de forma muy amena a la entrevista, se encontraba tranquila y su aspecto era juvenil y bien cuidado.

***Entrevista:***

Primero algunos datos como ¿la edad?

25 años.

¿Estado civil?

Soltera.

¿Hijos?

Uno de seis años.

¿Escolaridad?

¿Yo?

Sí

Segundo medio.

¿Alguna hospitalización?

Estuve en El Peral hospitalizada 15 días por drogas y alcoholismo.

¿Recuerda el año en que estuvo hospitalizada?

El 2006, el 20 de junio.

¿Ha tenido consumo sustancias?

Sí.

¿Cuáles?

Cocaína, jarabes, tonaril, celopec, cohetol, marihuana, pasta base, ácidos, eso..., alcohol.

¿Cuáles son los medicamentos que consume actualmente?

Risperidona y Fluoxetina.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

¿Cómo llegué acá?, porque estaba en paréntesis (Fundación) antes, y de paréntesis me mandaron al peral y del peral me echaron y me mandaron de urgencia al HFB y del HFB me mandaron hacia acá. Fue como toda una...

¿Y esa consulta fue por un problema, una intoxicación?

No, porque estaba mal , estaba con una depre extrema, no me sentía bien, no quería existir, quería consumir drogas, después que me echaron del peral, porque me echaron porque tuve problemas ahí con un compañero porque estábamos pololeando y no se podía pololear, me echaron y me querían mandar en Manresa y yo no quise ir a Manresa y me mandaron al HFB de urgencia y de ahí me dijeron que había un

hospital diurno, que si me interesaba, que me hacían terapias, que iban a tener mi tiempo más ocupado y que me iba a sentir mejor y que no iba a consumir tantas drogas porque la mayor parte del tiempo iba a estar acá, entonces yo opte porque sí y vine para acá.

¿Y qué hacía usted antes de venir al hospital diurno?

Vendía artesanía y trabajaba en un bar, pero me drogaba todo el día, tomaba copete todo el día, andaba por todas partes, no dormía, no había día, no había noche, puro carrete, bares, el bar donde yo trabajaba no lo cerraban, porque mi amiga era la administradora, y nos quedábamos ahí hasta tarde, tomábamos Redbull (bebida energética), coca, jarabe, marihuana, nos íbamos a afterhour, era todo carrete, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, no comía...

¿Y cómo partió esa situación conflictiva?

A los 13 años, yo me enteré que mis papás no eran mis papás, que me habían adoptado, entonces yo me sentí como que me habían mentido toda la vida, y me sentí como despatriada, sin casa, sin hogar, sin papá, sin hermanos, y mi sobrina que tiene 29 años se fue a vivir a la casa y escuchaba a Janis Joplin, fumaba pito en la casa y todo, y un día se le quedó un pito a ella y yo lo prendí y me cagué de la risa con el pito y me empezó a gustar y fumábamos con ella, nos íbamos a la playa, yo carreteaba con sus amigos más grandes y ahí empecé a fumar y a fumar, después iba en el liceo y seguía fumando, y después solita, iba a comprar yo sola, me hice amistades hippientas, me fui a mochilear, me fui a la playa, a la fiesta de la tirana, al sur, pura bohemia...

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Es que yo le robé plata a mi mamá hace como dos años, no, como hace un año y medio más o menos, entonces dije no, nunca más, esto aquí se acabó, yo no quiero robarle más a mi mamá no quiero ser más una hija desconsiderada, y dije voy a cambiar, tengo un hijo, el papá de mi hijo está progresando, están todos saliendo adelante, mis sobrinos están en la universidad, como que todos pasaban cosas bonitas y yo estaba estancada, entonces yo dije ya es tiempo de que yo cambie y me voy a hospitalizar o voy a hacer algo en mi vida que me cambie, pero primero me voy a desintoxicar y así partió.

¿Cómo era la relación con sus compañeros en psicoterapia grupal?

¿Del hospital diurno?, súper buena, me enojaba a veces con mis compañeros y los retaba, o no me gustaba lo que decían, pero bien, no tuve problemas con ninguno de mis compañeros, pero siempre yo imponía mis cosas, siempre decía no es que esto no puede ser así, estás equivocado, pero después nos pedíamos disculpas, no tuve ningún problema con ninguno de mis compañeros ... yo soy un poco impulsiva.

¿Y cómo era la relación con los profesionales en la psicoterapia grupal?

Súper buena, súper súper buena, yo creo que primero me costaba confiar un poco en ellos y les mentía a veces, pero después ellos depositaron toda su confianza en mí y los sentía como mi otro hogar, de hecho no les contaba mis cosas a mi mamá cuando mi mamá estaba viva, no le contaba a ella y le contaba a mi psicóloga y la

directora, confié hartó en la otra psicóloga también, me sentí súper integrada con los especialistas.

¿Cuáles eran las actividades que le hacían en el hospital diurno?

Psicoterapia individual, eh, ¿qué más?, actividades cognitivas, oh, se me olvidaron... es que me acuerdo, pero no me sé los nombres.

¿Y qué hacían en esas actividades?

Terapia con don Mario de los medicamentos, con las enfermeras hablábamos de diferentes temas, la pirámide alimenticia, eh..., pintábamos, taller literario, psicoartística, eso...

¿Y qué opina de esas actividades?

Bueno, a veces me lateaban un poco porque no andaba con mucho ánimo, a veces de dibujar, taller literario me apestaba, no me gusta escribir mucho, pero lo hacía todo bien, relajada.

¿Y qué opina de la psicoterapia grupal?

Buena, me gustaban los retratos, todo eso.

¿Y ese “buena”, si lo dijera en otras palabras?

Interesante.

¿Y qué opina de la psicoterapia individual?

Súper buena, sobre todo la psicóloga.

¿Y en otras palabras?

No sé, otras palabras, no tengo otras palabras ... me ayudó mucho a salir adelante, me resolvió mis problemas, confié en ella, me relajé, lloré, llegué más, me apoyó, me escuchó, eso...

¿En qué sirvió para su vida la psicoterapia?

Un cambio y mucho apoyo, porque estaba súper confundida, a veces no sabía pa donde iba la micro y como que era mi cable a tierra y me decía no, sabes que así no es y bien...

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal y qué es para usted la psicoterapia individual?

La psicoterapia grupal me daba un poco de vergüenza, me trataba de soltar un poco y hacer todas las cosas, pero me daba un poco de vergüenza y no me soltaba tanto como en la psicoterapia individual y no me hacía muy bien, era como hacer el ridículo y relajarse un rato, pero no sé, la individual me gustaba más porque me podía expresar más, decir las cosas que sentía, lo que me estaba pasando, en cambio en la otra no podía conversar mis cosas con todos, no era el espacio ni el momento, nos hacían otras cosas, como relación, jugar, era como más dinámico lo que se hacía.

¿Y pensando en lo que se hacía en la psicoterapia grupal con XXX?

Ahh, no la estoy confundiendo con las actividades psicoartísticas... con el psicólogo sí me podía expresar, sí podíamos conversar, porque con los retratos

conversábamos, cada dibujo expresaba los sentimientos que nosotros teníamos, como nos sentíamos, cómo enfrentábamos al hospital diurno, desde que punto de vista veíamos las cosas, pero no era lo mismo que individual, porque todos los compañeros hablaban del dibujo que veían en un compañero... entonces no era... me puse nerviosa, no sé qué más decir.

¿Qué esperaba de la psicoterapia grupal?

Ver lo que él me iba a decir respecto de mi dibujo, como él me veía a mí desde afuera, cómo me expresaba yo, lo que sentía porque él siempre nos decía, por ejemplo si yo me dibujé y mi cuerpo era como un corazón, entonces me dijo estás llena de amor, entonces como que quedé plop, o yo me dibujaba con lágrimas, entonces tienes pena, pero tienes la cara alegre, te sientes bien, tienes fuerza... él lo iba diciendo y los compañeros, como veían el dibujo y como lo veía yo, porque yo había hecho ese dibujo y cómo me sentía y después hicieron uno de cómo veía el hospital diurno, yo ahí ya no estuve, pero estuvieron mis compañeros y dibujó una casa que estaba sola pero afuera había vegetación y adentro el lugar estaba sólo sin pintar, sin nada entonces como que lo veía con vida y sin vida, otros compañeros dibujaban caritas sonrientes y todos dibujaron cosas diferentes, pero iban reflejando como veían el hospital diurno.

¿Y de la psicoterapia individual qué esperaba?

Es que yo desde chica que voy al psicólogo, desde los nueve años, entonces yo estoy acostumbrada a hablar con psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos,

parapsicólogos, entonces yo esperaba que me escucharan y desahogarme, no que me resolvieran los problemas pero es como una guía, como un cable a tierra.

¿Y la experiencia en esta ocasión fue distinta?

Es que mi hermana está estudiando psicología, y ella a mí me dijo que uno puede elegir a su psicólogo, y siempre me tocaban psicólogos más viejos, medios pesados, los psiquiatras me adivinaban todo lo que yo les decía, me pillaban en las mentiras, en cambio ahora yo quise venir, no mi mamá me llevó, entonces fui sincera, dije las cosas realmente como eran, y me ayudó, porque fui yo, no le estaba mintiendo a los psicólogos, porque al final me estaba mintiendo yo misma.

¿Podría hablar de algo que recuerde de su psicoterapia individual?

Que recuerde... por ejemplo un día en especial, es que recuerdo un día porque yo estaba súper mal, de hecho me tocó estar en sesión y yo no podía ni pintar, me acuerdo, trataba de pintar y me sentía como mal, como enferma, sentía que nunca iba a cambiar, que estaba pagando todos mis pecados, mis errores, que dios me había castigado y que no iba a hacer nunca nada, después me empezaron a cambiar los medicamentos y me empecé a sentir mejor, podía mover mejor mi cara, no tenía tanta saliva en la boca, fue como la segunda sesión, y era que los medicamentos que me estaban dando no era los adecuados.

¿Por qué recuerda en especial ese día?

Porque me sentí pésimo, nunca había estado sintiendo otra persona, no ser yo, era otra XXX, parecía invalidante la situación, me sentía más, como inútil.

¿Y qué es lo que más recuerda de la psicoterapia grupal?

Cuando hicieron mi retrato, yo me dibujé con mi hijo, ellos se dieron cuenta, a lo mejor dibujé bien el dibujo o reflejé bien mis sentimientos que todos mis compañeros me dijeron cosas súper coherentes y claras, me sentí súper bien, nunca había hecho un autorretrato, y me gustó demasiado.

¿Recuerda qué temas trabajó en su psicoterapia individual?

Es que conversábamos de mis conflictos, de mis hermanos, de los problemas que tenía con mi papá, falleció mi mamá, conversamos de mi mamá, y mi psicóloga me fue a ver a mi casa, estuvo conmigo cuando yo tenía pena, eh, pero no teníamos temas en especial, conversábamos el día y como iban evolucionando mis problemas.

¿Recuerda qué temas trabajó en su psicoterapia grupal?

El autorretrato.

¿Qué la motivó a terminar el tratamiento en el hospital diurno?

Es que era mi última oportunidad que me estaba dando mi familia, si yo dejaba esto no iban a confiar en mí y todo iba a ser igual que antes, de hecho yo había dejado un tratamiento de lado y mi familia de nuevo me daba la mano y me apoyaba y todo, pero como falleció mi mamá me di cuenta que estaba sola y que tenía que hacer algo en mi vida y salir adelante por mis propios medios y con un mundo con drogas y alcohol no iba a hacer nada muy productivo.

¿Cómo definiría usted un tratamiento en el hospital diurno?

¿Cómo definiría un tratamiento?, no entiendo.

Si tuviese que decirle a alguien que no sabe qué es un hospital diurno, de qué se trata el tratamiento que aquí se hace, ¿cómo lo haría?

Hacen terapia, conversamos con los compañeros, no nos sentimos solos, eh, se hacen buenas amistades, el equipo es súper bueno, la psiquiatra es simpática, el lugar es acogedor, se siente bien uno, hay confianza, seguridad, tranquilidad, es un lugar óptimo.

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Me fui a vivir con mi hijo y mis suegros, estoy súper bien con él, lo ayudo, estoy tomando el rol de madre, siento que estoy evolucionando un poco porque tenía un poco de lado a mi hijo y hago mis artesanías, contemplo el paisaje que es precioso allá (en el campo) y hago mis cosas normales de la casa, me dan ganas de venir de nuevo al hospital porque he hecho de menos las actividades que tenía acá, mis amigos que me hice, a los psicólogos, me acostumbré porque estuve seis meses, se me hicieron eternos.

Usted en este momento está de alta, pero con seguimientos ¿qué espera de este proceso?

Seguir con mi fuerza de voluntad y no recaer, seguir adelante sola, porque después tengo que estar solita en esto y no voy a tener el apoyo de los psicólogos,

ellos ya cumplieron su parte y ahora yo tengo que ser bien mujercita para mis cosas y salir adelante y no mentirme a mi misma.

¿En una palabra hospital diurno”?

Un segundo hogar.

#### ***4.2.7.- Entrevista a Ana:***

##### ***Historia:***

Ana es una joven de 29 años, quien hasta Enero del año 2006 trabajaba y estudiaba una carrera profesional, aproximadamente un año antes empezó con problemas de aislamiento, sensaciones de angustia y sensaciones de ahogo en lugares con muchas personas.

Así en Junio del año 2007 fue derivada por el “Consultorio de salud mental” de su comuna al HFB con un diagnóstico de “Esquizofrenia”. Al día siguiente ingresó al HD en donde fue dada de alta en Octubre del mismo año.

Ana se presentó el día de la entrevista con buena disposición luego del cansancio de un día de trabajo caluroso, pese a verse medianamente despreocupada de su aspecto físico, estaba aseada y bien vestida, parece era sólo cansancio.

##### ***Entrevista:***

Primero algunos datos como ¿la edad?

28.

¿Estado civil?

Aún soltera.

¿Hijos?

No tengo.

¿Escolaridad?

Universitaria incompleta (tercero).

¿Tiene alguna hospitalización?

No.

¿Tiene algún consumo de sustancias?

No.

¿Sabe qué medicamentos consume actualmente?

Sí, Olivin. Uno en la noche.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

¿Cómo llegué al diurno?... a través del hospital, el doctor Cuturrufo me quería internar, pero mi mami le dijo que no, a través del COSAM.

¿Fueron al COSAM primero?

Fuimos al COSAM primero y él nos mando al hospital y del hospital para acá.

¿Por qué fue a consultar en el COSAM primero?

Porque del consultorio nos mandaron al COSAM.

¿Y por qué fue primero a consultar al consultorio?

Porque mi mami estaba preocupada en saber lo que tenía y me había llevado donde una doctora con los bonos prestados de ella, una doctora particular y ella dijo que tenía esquizofrenia y me mandó al consultorio.

¿Qué hacía antes de venir al diurno?

Trabajaba y estudiaba.

¿Cómo diría que partió esta situación conflictiva que los hizo consultar?

Es que me daban crisis de angustia, por eso nos empezamos a preocupar, lloraba todos los días, en la noche no podía dormir porque tenía pesadillas, eso...

¿Recuerda algo más que le complicara en ese momento?

Me daba miedo andar en grupos de gente, no me gustaba tomar la micro, me daban crisis de pánico... no quería salir a la calle, me daba miedo salir a la calle.

¿Cómo fue que partió todo esto?

De repente.

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Tener la esperanza que uno se va a mejorar, además que si no venía al diurno me iban a internar.

¿Entonces, en parte era obligación?

Sí.

¿En la psicoterapia grupal, cómo era la relación con los compañeros?

Era buena la relación, todos participaban, comentaban, el psicólogo explicaba las cosas claras entonces era motivador participar, eso.

¿Y la relación con los compañeros?

Bien, ¿cómo me relacionaba yo?, bien, escuchaba las ideas con respeto, eso.

¿Y cómo era su relación con los profesionales en la psicoterapia grupal?

Cómo la relación... amena y cordial porque siempre están dispuestos a ayudar a los pacientes, son accesibles, no es frívolo el sistema.

¿Qué actividades hacían en el hospital diurno?

Psicoterapia grupal, taller literario, activación de las neuronas, lo hace la señorita Fernanda, ejercitarse para la memoria, y otras cosas más.

¿Cómo cuales?

Hablar del autorretrato, de las cosas personales que a uno le suceden, presentarlo en grupo y después pedirle la opinión a los demás, (silencio).

¿Algo más?

No.

¿Y qué opina de las actividades que hacían en el hospital diurno?

Que sirven para ayudar a sociabilizarse mejor con las demás personas, ayudan a controlar la enfermedad también, a hacerla más llevadera, (Silencio).

¿Algo más?

No, que son buenas.

¿Sintió que le ayudó la terapia grupal?

Sí, sí, porque tenía más puntos de vista de otras personas, veían la situación de diferentes formas, había más opiniones.

¿Y sintió que le ayudó la psicoterapia individual?

Sí, (ríe) porque ayuda a que uno no vea las cosas tan negras, o sea que uno no se enrolle tanto por cosas que pasan.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal?

Es una instancia donde todos participan como grupo, individualmente... dando comentarios personales, dando opiniones, respetando a los otros, respetando la opinión de los demás... (Silencio).

¿Y qué es para usted la psicoterapia individual?

Es una instancia donde psicólogo o psicóloga le ayudan a trabajar individualmente...

¿En qué le ayudan?

Dan pautas de comportamiento o cuando uno no puede resolver sus problemas dan sugerencias.

¿Qué esperaba de la psicoterapia grupal?

(Ríe), ¿qué esperaba yo?, lo que era.

¿Lo que era, nada más que lo que era?

No.

¿Y qué esperaba de la psicoterapia individual?

¿De la psicoterapia individual?, es que nunca había estado en psicoterapia individual, primera vez.

¿Entonces antes de venir qué esperaba?

Que el psicólogo lo analizaba a uno.

¿Y eso era una idea favorable o desfavorable?

Desfavorable.

¿Y cómo fue después?

(Ríe) es que a mí nunca me han gustado los psicólogos, que analizan mucho a uno, al final fue favorable... es que para mí era una instancia donde uno hablaba sus problemas no más, el psicólogo no le daba consejos, lo escuchaba a uno.

¿Qué recuerda de la psicoterapia grupal?

Que me dijeron que no me exigiera tanto.

¿En una actividad?

Sí.

¿Y qué recuerda de la psicoterapia individual?

Es que son muchas cosas.

¿Podría decir alguna?

Ah, cuando esa vez que mandaron a llamar a mi hermana y a mi mamá.

¿Qué pasó esa vez?

Es que a mi hermana (ríe) le dijeron que no me exigiera y que comiera si yo no la iba a ver.

¿Y qué temas recuerda de su psicoterapia grupal?

¿Psicoterapia grupal?, los autorretratos, ¿qué más?, hablaron de las relaciones de familia, de cómo veía uno el hospital diurno.

¿Y qué temas recuerda de su psicoterapia individual?

Como estar bien, te enseñan cómo afrontar las cosas, ¿o no?... hablamos harto de la familia, de las relaciones familiares.

¿Qué la motivó a terminar el tratamiento en el hospital diurno?

Que era entretenido venir, de primera no me gustaba, no hallaba la hora de que me dijeran que estaba de alta (ríe)... es que después uno se acostumbra a venir y se acostumbra a los compañeros después... al final pasaron los meses volando.

¿La motivación era sólo de ver a los compañeros o también al personal del hospital?

Motivación de estar bien de salud, o sea no vamos a estar 100 por ciento óptimo, pero vamos a estar 99.9 por ciento.

¿Cómo describiría un tratamiento en el hospital diurno?

¿Cómo lo describiría yo? Que hay una red de apoyo de intervención comunitaria que nos apoyan, que están los profesionales, están las enfermeras, todo el equipo está luchando para que uno esté bien, en distintas áreas...

¿Cómo describiría la psicoterapia grupal?

Entretenida, una instancia donde conversan las cosas de uno pero todos participan.

¿Y cómo describiría la psicoterapia individual?

Una instancia para trabajar uno con el psicólogo, es más personal (ríe y dice gracias por la paciencia).

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

He trabajado, he estudiado inglés, he hecho hartas cosas.

¿Qué cosas?

Trabajo vendiendo diarios con mi papá, en las tardes el taller de inglés.

¿Hospital diurno en una palabra?

Bienestar.

Muchas gracias.

Ya les voy a pasar la cuenta, que les vaya bien.

#### ***4.2.8.- Entrevista a Ismael:***

***Historia:***

Ismael es un joven de 21 años, el cual fue hospitalizado en Junio del año 2004 en el quinto piso del HFB, tras un año de cambios conductuales relacionados con la idea de no consumir alimentos determinados y constantes ideas de contaminación, luego de 31 días de hospitalización y 10 sesiones de TEC fue dado de alta con un diagnóstico de “Esquizofrenia pseudo neurótica”.

En Julio de aquel año Ismael ingresó al HD, sin embargo en Agosto nuevamente fue hospitalizado, ahora por 30 días, y posteriormente retornó al HD en Septiembre del año 2004, estuvo allí durante dos meses y luego ingresó a rehabilitación “R1” hasta Diciembre del año 2005 en el mismo lugar.

Ismael tiene a la fecha de la entrevista un lazo no muy lejano con el HD, suele visitar el hospital ya que trabaja a pocas cuadras como jardinero del HFB. El día de la entrevista Ismael llegó de manera puntual y con tranquilidad después de su trabajo, pese a esto último se nota que ha cuidado su presentación personal, se mostró muy dispuesto a participar de la entrevista.

***Entrevista:***

¿Edad?

21.

¿Estado civil?

Separado, no... Soltero.

¿Hijos?

No, (risas).

¿Escolaridad?

Segundo medio.

¿Y actualmente está estudiando?

Voy a... empecé a estudiar ayer, estaba en tercero y cuarto en Chile califica que son seis meses de estudio, entonces empecé enseñanza media. Voy a tirar pa delante a ver que pasa.

¿Y eso para cuándo estaría listo?

Mayo, creo que dan unas pequeñas vacaciones en Febrero y ahí retomáramos de nuevo en Marzo y hasta Mayo.

¿Lo había intentado antes?

El año pasado y no me fue muy bien, a mitad de año me retiré y ya no pude más y todo, igual no estaba tan bien como para, como para cargar al año pasado con materias y todo, igual eran dos años y eran tres horas al día, igual era como mucha materia, demasiada materia como pal poco tiempo, es que igual era como para alcanzar en el año los dos años, entonces como que mucho mucho, igual empecé a trabajar y todo... este año estoy intentándolo haber que pasa.

¿Tiene hospitalizaciones?

Dos, el 2004.

¿Consumo de sustancias?

Nada.

¿Qué medicamentos tiene actualmente?

Clozapina de 50.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Uhh... (risas)... ya van a ser varios años ya... ah... haber... yo no soy de acá, soy del sur, y ... bueno, les cuento, les voy a hacer un poco resumido, entonces ya, yo no me portaba muy bien, entonces mi mamá... mi mamá está en Santiago como 15 años, yo cuando yo era chiquitito ella se vino a trabajar para acá, vivimos los dos no más con mi mamá, y ... ella, bueno me trajo ella de allá para acá por problemas de conducta y todo, para estar con ella, porque ella estaba donde una prima, donde una tía, entonces no respetaba horarios, ni nada, no respetaba tampoco a ellos y ni una cuestión, y ... me vine para acá, yo repetí el primero medio allá y terminé de hacerlo acá y también, yo, empecé a estudiar en el año 2003 en un colegio acá, y yo empecé a conocer chiquillos y todo, conocer, conocí niños punk, entonces me metí ahí yo, yo a esa onda y todo, yo estuve metido cerca de un año, o sea, me gustaban los ideales y todo, todavía lo tengo, y ... ellos hablaban de no maltrato animal, y entonces, pero ellos por ejemplo se vestían con cosas de cuero, por ejemplo, bototos de cuero y cosas así, entonces dije yo, es como, no sé, dije yo, como inconsecuente hablar de una cosa y hacer otra, no sé, como contraria, y entonces digo yo voy a como inventar algo, y dije yo, como los mismos ideales, pero no voy a vestirme con eso ni tampoco voy a comer carne, fui de a poco dejando carne, ellos igual comían carne, bueno deje de

comer carne, fui de a poco dejando carne, cosas así... y de repente, no sé, no sé qué me pasó (suspiro), tal que empecé como a... hasta irme al extremo y, por ejemplo decir, cosas así, como que mi mamá un día lunes cocinaba, cocinaba carne, y con esas mismas manos que cocinó carne, ya, tocaba otra cosa y, y yo no podía tocar esa cosa que ella misma tocó, o sea, sentía como un complejo de contaminación, y yo creía que todas las cosas, las puertas, por allá, por acá, estaban con carne y que igual yo estaba comiendo carne porque me iba a pasar las manos en la boca y cosas así, hasta que ya, me fui, dejé de tocar las cosas, por ejemplo no tocaba la manilla de la puerta porque creía que estaba contaminada con carne, no tocaba el interruptor de la luz tampoco, no saludaba a nadie de mano ni de beso, cerraba la puerta con el codo, encendía la luz con el codo, me lavaba las manos 30 veces al día, después no me secaba en la toalla porque igual creía que estaba contaminada con carne, tal que, igual sufrí mucho con eso, fue tanto, demasiado, demasiado, que dejé de comer cosas y la única persona que yo le aceptaba comida era mi mamá, yo solamente confiaba en ella, nadie más, por ejemplo me invitaban a la casa y me decían querí tomar once, no, querí almorzar, entonces ya era mucho y, ya (suspira), yo botaba la loza porque si en esa loza servían un plato y tenía, no se, una pelusa, mamá no, no voy a comer en esto porque tiene una pelusa y tiene carne y la cuestión, y ya, bótalo, quiebra el plato, vas a tener que lavarlo muy bien y miraba el plato, lo miraba así, que estuviera así como impecable, incluso llegué a lavarme las manos con cloro, me llegué a lavar la boca con cloro, ni siquiera yo... ni siquiera mis mismas manos me las podía pasar por la boca, entonces ya fue demasiado feo y ... y ya fue tanto, tanto, tanto que mi mamá consiguió un... un psicólogo particular para arriba, para barrio alto y yo todavía andaba en la onda y todo, y... dije yo mamá no quiero ir para allá porque es del barrio

alto y que es cuico y la cuestión y no me interesa ir, y después hablamos por ahí, conocimos personas que me dijeron que había un COSAM que estaba antes, estaba un poco más allá, todavía en ese tiempo era COSAM, ahora hacen fichas de ese COSAM, y... bueno ahí me entrevistaron y todo y un psicólogo, ya, dijo que este niño está mal, está mal, está totalmente mal, así que llegó hizo una ínter consulta y todo y urgente mandó ya, para el Félix Bulnes, y bueno llegué ese día acá, presenté mi caso y todo y la señora, la psicóloga, me saludó y me pasaba la mano y tampoco me quería sentar en la silla porque creía que la silla era de cuero, y no (risas) era sintética, y me dijo ella, siéntese, es que no quiero sentarme y no me senté, no me senté, entonces ya y, ahí me dijeron abra la puerta, y ya este niño está mal, está mal, entonces allá me dijeron ¿te querí hospitalizar?, me preguntaron si, y yo lo pensé hartito, la pensé hartito no sé si será pa mejor o no y... y yo vi a mi mamá llorando y toda la cuestión y dije bueno ya por mi mamá lo voy a hacer en ese momento no pensé por mí, pensé por mi mamá dije yo, por mejorar a mi mamá para que ella esté bien, esté tranquila, me voy a hospitalizar, Félix Bulnes, quinto piso, ahí estuve, o sea, ahí volví a comer carne, pollo, pescado, toda la cosa, tuve cerca de un mes, algo así ahí, y ahí... estaba el doctor Varas en ese tiempo, ¿ustedes conocen al doctor Varas?, él estuvo aquí, los primeros años que yo llegué aquí, estuvo aquí el doctor en el diurno, entonces él fue mi ... el tomó el caso mío, él ha sido mi médico de cabecera hasta hoy día, o sea yo no estoy con él, como hace tres o cuatro meses ya no estoy con él, estoy con la doctora Vera, pero él me trató de la enfermedad y todo entonces mi mamá igual se movió hartito y habló hartas cosas arriba, siempre iba a reuniones, porque igual había visita los martes, jueves y domingos y había reuniones que hacía la asistente social arriba, que eran los días jueves creo, entonces él hablaba del

espacio de acá, porque a mí me iban a dar de alta, me iban a mandar para la casa, entonces mi mamá no, pidió eso que no era muy considerable y se interesó por este lugar, bueno yo llegué aquí, explicaron mi caso y todo, pero igual seguía con mis síntomas, tratando de no tocar nada, nada de contaminación porque estaba comiendo carne, ya pasó, estuve aquí como catorce semanas, y me dio como un cargo de conciencia, porque dije que yo ya estoy comiendo carne dije yo , no sigo lo que yo pensaba antes dije yo y porque lo estoy haciendo, estoy arrepentido y todo, y bueno pasó esto ya, eh, paso tres semanas acá y un día me intenté suicidar, fue un intento, ehm, tomé pastillas, no sé que pastillas tome en ese tiempo, no me acuerdo, total que, me las iba a tomar y no me las tomé porque las tocaba con la mano y la cuestión, ya llegó otra vez, yo estaba entonces desesperado y todo el cuento, y no me importó que las tomara con la mano, fue todo, o que otra personas las tocara, total que me tomé como 20 o 30 pastillas, tomé, fui a la farmacia y pedí pastillas para dormir, me dijeron tiene que venir con receta, yo le dije y me puede dar algo equivalente o igual, si me dijo son relajante muscular, bueno, los compré, por ese día vine y me las tomé en la calle, en Carrascal y de repente empecé a sentirme mareado, mareado, mareado, mareado, mareado y como que no se me bajó la cuestión, y dije mi mamita va a quedar sola, mi otra mamá va a (...) a mi otra mamá, mi abuelita, y yo y mi mamá, y no es justo para qua haga esto yo, y que ellos se queden sufriendo dije yo, entonces no sé, lo único que me acuerdo es que me dirigía a este lugar y ahí no me acuerdo más, hasta que estuve hospitalizado arriba en el quinto piso y con camisa de fuerza (ríe), así, entonces ahí estuve un mes más, y bueno me hacían comidas especiales, puras comidas vegetarianas y bueno, ahí estuve ese mes, ya de ahí pa adelante empecé a mejorarme, empecé a tener avances, y de ahí como que ya mi rumbo

cambió y quedé más tranquilo, ya empecé con el tiempo a poder saludar a la gente, darle la mano, saludar de beso igual me costaba un poco porque, igual tuve, después que salí del quinto no estaba tan bien, total que... de repente igual le decía a los chicos que un día expliqué en terapia, chiquillos por favor dije yo, no me den la mano, no me toquen, cosas así, o sea poco a poco fue pasando y empecé a saludar, saludar a la gente, empecé a tocar cosas, pero lo que sí no superaba, es que por ejemplo, yo estuviera comiendo vegetales aquí y en la silla de al lado estuvieran comiendo carne, a mí eso me angustiaba, porque creía que iba a toser, que iba a saltarse a mi plato (ríe), o iba a poner la cuchara e iba a saltar una gota a mi plato y cosas así, todos los síntomas tuve hartos tiempos (suspira), tuve como medio año, un cuarto de año así con esos mismos síntomas, y ya me empecé a mejorar un poco, empecé a mejorarme un poco, empecé a relacionarme con las personas, es que igual por ejemplo, ya mi mamá empezó a comer carne en la casa, empezó a cocinar carne, igual me angustiaba su resto que ella estuviera con carne al lado mío, pero igual le pasaba un poco, lo pasaba, igual mi mamá, por ejemplo ella cocinaba y, y yo le decía mamá no pruebes la comida y me decía y por qué, porque no sé tú ayer o antes de ayer comiste carne entonces quedan las sustancias le decía yo, igual tuve varias peleas por eso con mi mamá porque mi mamá trataba de entender, o sea, entendía, pero no sé le daba impotencia o le daba rabia y se enojaba conmigo y ya un día peleamos por eso en la mañana y ella probó, probó la comida y yo la vi, dije que no voy a comer porque usted la probó, probó la comida, pero cómo no voy a comer y la cuestión si yo la cociné y la cuestión y se va a perder, es que peleamos (...) llegué a la casa y yo, estaba sentido poh no sé, ahí llegué como a las tres de la mañana a la casa, como desde las doce del día, llegué a las tres de la mañana y como desde las doce del día

en la calle, callejeando pa allá, pa acá, pa acá, pa acá, y a las tres de la mañana estaba volviendo a la casa, además que se largó a llover más encima y hacía frío, mi intención era quedarme toda la noche afuera, la intención mía era como castigar a mi mamá por el motivo ese de haber preparado carne y haberse enojado conmigo, y yo me iba a quedar toda la noche afuera y volver al otro día, yo ya lo había hecho antes, cuando era punk me arranqué de la casa estuve una semana afuera, dormía en la calle, dormía en las bancas de la calle, no sé, en las plazas, no comía, estuve con frío, con sueño, dije yo estuve una semana en la calle, viviendo en la plena calle, cómo no voy a estar un día, total que ya, total que volví a la casa, y ya , le dije a mi mamá que tuviera un poco más de cuidado con la idea de preparar las comidas y todo, y ahí ya poco a poco fue pasando eso y ya empezó ella a comer carne al lado mío y a mí ya no me daba cosa y, y eso poh, hasta llegamos al día de hoy , que ya por ejemplo puedo ir a comer, puedo ir a comer, puedo ir a la carnicería e ir a comprar carne, no me da angustia, puedo tomar la bolsa con carne y llevarla pa la casa, por ejemplo mi mamá come carne y tiene bebida en un vaso, y por ejemplo un chiquillo me ofrece un cigarro, querís fumar mi cigarro, bueno, no hay problema, eso y...

¿Antes de venir acá estaba en el colegio?

Sí, estuve en el colegio, estuve como un mes en tercero medio, y no me salí por la enfermedad, me salí porque no quise estudiar, de repente dije yo no quiero estudiar porque estoy aburrido de esto, que los estudios son parte del sistema y la cuestión, y dije no voy a estudiar más y no estudié más y me salí, la otra vez siempre también estaba con los síntomas, ya estaba estudiando gastronomía, bueno igual hoy día igual me arrepiento de haber dejado ese colegio porque, por ejemplo yo en mi

casa hago tolo lo de mi casa yo, entonces eso, mi mamá trabaja todos los días afuera y eso me dio lata esa vez, por ejemplo llegar a cocinar, llevo a lavar la loza; hacer las camas, a hacer el aseo, esa es la rutina diaria que tengo que hacer todos los días, y bueno y eso, ahora me siento bien, otra cosa si que fue un retroceso, años atrás eh, estaba súper bien bien igual, o sea no estaba tan bien como ahora, pero estaba bien, estaba estable, me sentí bien y dejé de tomar los remedios, no me los tomaba, estaba con la Clozapina, y los tomaba de repente cuando mi mamá estaba mirando y cuando no, bueno no me los tomaba y un día revisó el botiquín que tenemos en la casa, mi mamá me lo revisó y yo me quedaban cualquier sobre de pastillas, a mi me dan 300 pastillas para el mes, y cómo se llama, sobran hartos sobres, sobran más de la mitad, y mi mamá me dijo te estay tomando las pastillas y yo le dije, sí a veces no más me las tomo y a veces no y toda la cuestión, y un día le pasé las llaves del portón de la casa a mi primo que vivían ahí cerca de nosotros, ya poh me las pasó en la mañana y yo fui y pesqué las llaves y fui al baño y abrí la llave del baño y empecé a lavar las llaves, lavarlas, ya mi mamá cachó y ya otra vez la misma cuestión, fue un retroceso de nuevo, retrocedí, no caí hospitalizado, pero retrocedí gran parte de mi avance.

¿Eso fue después de la hospitalización?

Sí, después.

¿Y qué lo motivó a venir al hospital diurno?

¿Cuándo estuve aquí?, mi mejoría, pensé, pensé en mí dije y, y ojalá esto dije yo salga bien, salga adelante, porque igual dije no es gracia dije yo estar con ésta

enfermedad, de no tocar las cosas, cosas así dije yo, ojalá me mejore, me mejoré, tengo buenos recuerdos aquí, todos me ayudaron bien, entonces recibí ayuda mucha mucha ayuda de aquí, estoy agradecido de eso, o sea pasar por éste, no sé, lugar fue una bendición para mí, o sea, es una bendición todavía.

¿Acá tuvo psicoterapia individual?

Sí, con ah... la psicóloga se llamaba Catalina, trabajaba en Avenida La Paz, con ella estaba tratándome yo.

¿Y en psicoterapia grupal?

La hacía... la señorita Andrea (Terapeuta ocupacional), ¿la conoce?... no, bueno, estaba ella en ese tiempo, don Mario Barahona (enfermero) también nos hacía terapia, ese lo conocen ustedes sí, don Mario ¿quién más estaba en ese tiempo?, la señora Cristina igual nos hacía terapia...

¿Y la terapia de grupo quién la hacía, no era la señorita Ximena?

Ah sí, Ximena, igual hacía terapia de grupo.

¿Cómo era la relación con los compañeros en la psicoterapia grupal?

Buena, de primera como siempre uno llega indiferente, por el hecho que uno no los conoce y todo, después de hecho empezamos a conversar, a dialogar y al final como teníamos el mismo diagnóstico y todo, como que nos entendimos entre cada uno, y bueno, inicié una gran amistad con todos los chiquillos, o sea no voy a decir

con todos, sí éramos todos amigos, sí igual muchachos que no tenía más amistad con ellos, hasta el día de hoy seguimos siendo amigos, nos juntamos y toda la cuestión.

¿Qué era lo difícil de iniciar esta terapia?

Mis síntoma, eso, era muy difícil.

¿Y la relación que había con los profesionales cómo era?

Bonita, sí, había hartito entendimiento, harta, harta comprensión, si ellos nos tenían que explicar mil veces, nos explicaban mil veces las cosas, si teníamos dudas y queríamos preguntar, aquí vienen para aprender, para mejorarse y si esto es parte de su mejoría que repetir mil veces las cosas lo vamos a hacer si que...

¿Y en la individual?

Es que yo estuve poco tiempo con ella, súper poco tiempo, no me acuerdo cuánto estaría con ella, un mes no sé, no creo, de ahí ella abandonó este lugar y se fue no sé a otra parte, de ahí que no quería tener individual, hasta que tuve individual con la señorita Andrea, individual de repente conmigo e individual con mi mamá porque con mi mamá peleábamos mucho, entonces con ella tuvimos terapia, cómo se llama, tuvimos terapia, cómo se llama, tuvimos terapia, yo solo, ella sola y de repente los dos, porque hasta el día de hoy peleamos con mi mamá mucho, de repente no sé, de repente prefiero estar sólo en la casa a que llegue ella, de repente pienso lo contrario, la hecho de menos, es que de repente hay sentimientos encontrados ahí y, por ser estoy trabajando en jardinería ahora y tengo una pensión y la otra vez peleamos tanto tanto con mi mamá que bueno, me voy de la casa, me voy a vivir sólo, me voy a

arrendar una pieza o algo dije yo, un par de frazadas, una cocinilla, una cama, una lavadora así, voy a vivir sólo, y lo comenté con mi, con el asistente social, Gerardo, con él, ¿no lo conocieron?, sí, con él, y bueno me dijo, me escuchó, me dio consejos, me dijo no se vaya, me dijo aguante un poco más, comprenda a su mamá, porque a lo mejor está estresada con la pega, esta bien le dije yo que este estresada de la pega, pero que no venga a desquitarse conmigo, eso no me gusta a mí, si llega estresada de la pega le molesta algo y se enoja todo el día, toda la noche y me reta y que culpa tengo yo de que ella esté estresada de la pega, dije yo igual trabajo, yo igual hago cosas y no, y no es, no llego a la casa enojado y a retarla, o a poner malas caras, me las aguanto.

¿Recuerda que actividades le hacían en el diurno?

Una vez estuvimos un tiempo con la señorita Karina, no me acuerdo como se llamaba ella, el apellido, no sé si conocían ustedes a la paramédico que había aquí, no, bueno, eh, llegábamos el lunes del fin de semana, por ejemplo, si teníamos un tema teníamos que informarnos bien informados de lo que está pasando en el mundo, en el país y todo, teníamos que leerlo en el diario o ver las noticias y los días lunes acá cuando empezábamos cada uno tenía que dar una noticia y analizarla entre todos, bueno esa era una de las cosas que hacíamos, eh, hacíamos mucho taller igual de cosas manuales, hacíamos música terapia, hacíamos para relajación, nos ponían un libro o ponían una música, y empezábamos, no sé a pensar y no sé, decía imagínense qué está pasando y después cuéntenos qué imaginó, qué sentimientos le vino a la cabeza, eso, cosas así, no igual habían hartas terapias de otras cosas, por ejemplo, él, Don Mario nos daba clases de los medicamentos, para qué servían, cuáles son los

efectos secundarios, cuando fue la primera vez que se creó este medicamento, hace cuantos años están los medicamentos nuevos, eso... terapias así hacíamos...

¿Y qué opina de estas terapias?

Eran buenas, sí... como interesante, como que aprendíamos cosas... por ejemplo igual hacíamos actuaciones, por ejemplo de la misma enfermedad, los síntomas, eso, también con don José Luis hacíamos actuaciones, esquech de los derechos de uno, por ejemplo respeto a los derechos de uno, por ejemplo respeto a los derechos, hacíamos hartas cosas así por ejemplo representando eso...

¿Y don José Luis en ese tiempo hacía psicoterapia grupal también?

Sí, debe haber sido individual creo, pero creo que llegó después él poh, y y ya todos los antiguos se habían ido ya.

¿Estuvo al final?

Sí, don José Luis llegó el año pasado o antepasado, no me acuerdo muy bien, no me acuerdo muy bien... antepasado, sí, es que igual los años pasan rápido, no me doy ni cuenta como... sabe que hubiera estado ayer cuando hubiera estado aquí, estuve aquí... y hacen años como cuatro o cinco años ya.

¿El año 2004?

Sí... ah sí.

¿Siente que la psicoterapia grupal le ayudó?

Sí, igual (suspira) uno se igual, igual se, como nos hablaban, nos decían que uno se descarga las cosas y después nos explicaban por qué esto acá, igual servían hartos y aprendía cosas.

¿Estaba con sus compañeros también?

La relación con los compañeros fue buena y todo y... bueno ya pasó su tiempo y yo entré a la tarde a los R, los R se fueron antes de que ustedes llegaran, sí estaba R1 y R2, yo estaba en R1, para mí, yo estuve como cerca más de un año, un año y medio más o menos y yo era el último de los antiguos, después, después me fui para la tarde y ahí estuve haciendo terapias igual, cosas así.

¿Y la terapia individual sintió que le ayudó?

¿En ese tiempo?

¿Mientras estuvo en la mañana?

¿Individual? Es que la única que me hizo individual fue la señorita Catalina poh, y yo no estuve mucho tiempo con ella.

¿No lo recuerda como algo importante en su tratamiento?

No.

¿Qué es para usted una psicoterapia individual en el hospital diurno?

Haber, es el comienzo de un avance, (ríe), algo así, ¿me entiende?, es como en la terapia grupal uno va aprendiendo, se va haciendo más cosas, se va, se va liberando, de las terapias uno va ya mejorando y tiene muchos avances.

¿Y podría decir qué es para usted también la psicoterapia individual?

Primero terapias individuales lo encuentro, no sé si mejor, pero más directa, más directa con uno, porque con uno le dan como la oportunidad de uno contar sus cosas y que sea individual, porque con uno le dan como la oportunidad de uno contar sus cosas y que sea individual, o sea, es como más directo, o sea, toma el problema de raíz, es como privilegiado la terapia individual, porque creo que es más avance la individual que la grupal porque a uno el problema en individual se ve el problema de una sola persona, por ejemplo un problema de mí, y en individual me dan tiempo, tiempo, tiempo y solamente es de uno entonces que toman más en cuenta a uno y más eso más directo.

¿Le hubiese gustado tener acá una terapia individual más larga?

Sí, creo que es mejor que terapia grupal.

¿Qué esperaba de la psicoterapia grupal?

No, no entiendo.

¿Qué se imaginaba que era la psicoterapia grupal antes de conocerla?

Lo que antes de tener terapia me imaginé, no sé que, o sea, es que yo me acuerdo que no tenía mucho interés en terapia, incluso recuerdo que yo llegaba aquí

al diurno, o sea no llegaba al diurno, llegaba tarde y de repente, al comienzo, antes que empezaron todas las cosas no tenía interés de llegar acá, de empezar grupales, o sea, no me interesaban las terapias, yo no sé lo que pensaba, bueno y después yo iba a terapia y tuve opinión, es que pensaba que no servían.

¿Y de individual pensaba lo mismo antes de conocerla?

Antes de conocerla pensaba que servía más, tomaba el caso de raíz entonces que con terapia individual tenía más avances pensaba yo.

¿Y eso lo sigue pensando?

Sí.

¿Algo que recuerde que le llamaba la atención de la psicoterapia grupal?

(Silencio) no sé... que recuerde... bueno son muchas cosas, pero algo importante, algo que sobresalga, no sé... bueno, haber, no sé si tiene que ver con eso, lo que sí me recuerdo hartito y fue bonito, fue cuando uno por ejemplo estaba de cumpleaños, siempre los demás chiquillos hacían una tarjeta o escribían cosas, cosas bonitas, tarjetas hermosas, eso, recuerdo eso uno y lo otro cuando me fui de alta igual, todavía tengo en la casa recuerdo varias cosas que me escribieron, eso es lo más bonito.

¿Algo que recuerde de individual aunque haya sido poco tiempo?

Es que igual terapia individual es como que uno puede confiar más, está más en confianza, más en privado, eso...

¿Recuerda qué temas fueron trabajados en psicoterapia grupal?

Primero nos preguntan a nosotros cada uno cuales eran los síntomas y como empezaron los síntomas y si hay gente que nos apoyaba, que nos entendían y nos decían chiquillos no se sientan mal por esto, esto igual, o sea no, tampoco es buena que estén enfermos ni nada, pero con esto van a hacer aprendizaje, van a ser mejores personas, van a ver más compañerismo y con el tratamiento van a poder enseñarle a más gente que ya está empezando y se sienten perdidas, que sea como una experiencia...

¿Y en individual qué temas fueron trabajados?

No recuerdo.

¿Qué lo motivó a terminar de venir acá?

Darme cuenta que estaba mucho mejor y que yo podía salir adelante, que tenía el apoyo de personas que me querían, igual por ellos, por mí y por ellos, para demostrar que yo podía y todo, y saber que yo podía mejorarme, que todos estuvieran bien.

Si usted tuviese que contarle a alguien que no conoce cómo es este lugar ¿cómo se lo describiría?

Que es un lugar mayor primeramente que nada, que vas a aprender muchas cosas, te van a enseñar muchas cosas, que vas a ver un feeling entre todos increíble, o sea, es lo más grande que me ha pasado en la vida, lo que me ha pasado, y, recuerdos

bonitos de todo al personal, lo van a ayudar lo van a entender, esto va a ser una familia para todos, así lo tomo yo, así lo tomo cada día como una familia, una segunda familia en los que se puede confiar el uno en el otro y nos podemos entender.

¿Qué ha hecho después de salir de este hospital?

Ahora estoy en el COSAM de Quinta Normal, estoy con terapias allá.

¿Cuánto lleva allá?

Estoy desde comienzos de año, como en Marzo y llevo en terapia, hacía terapia allá don Gerardo, después llegó un psicólogo, igual les pasó un problema y tuvieron que irse, ahora hay otra psicóloga y una asistente social, que se llama Javier y Vania no sé como, ellos están allá ahora y estaban ellos dos hasta el momento y antes de ayer llegó una terapeuta que se solicitó a comienzo de año y no llegaba, no llegaba, y antes de ayer llegó.

¿Usted también está con actividades de jardinería?

Sí, en la mañana.

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en jardinería?

Debo llevar un año y medio o menos, igual estoy sacando mi tercero y cuarto medio para trabajar en otra cosa, voy a ver si me la puedo trabajando unas horas de corrido, porque por ejemplo ahora, otra cosa na que ver, pero tengo un primo, trabaja en la construcción y necesita hacer una ampliación y yo le ayudé, trabajamos de las siete de la mañana, trabajábamos, trabajábamos, hasta las cuatro de la tarde,

almorzábamos a las cuatro y cuarto para las cinco estábamos trabajando de nuevo, hasta las ocho de la noche, entonces eran varias horas de corrido y aguanté, aguanté bien (ríe) y eso que es pega pesada de construcción, y no cualquier compadre la aguanta y yo aguanté y ahí me di cuenta que puedo trabajar en alguna cosa así, que puedo darme el tiempo y puedo tener la capacidad para aguantarme en un trabajo entre comillas normal.

¿Si tuviese que decir qué es hospital diurno en una palabra?

Grato, si grato.

Muchas gracias.

Bueno, ya poh.

¿Ahora va para su casa?

Si, para la casa, tengo que pasar donde un amigo mío que es de una agrupación de nosotros, ah... no les conté, tenemos una agrupación de pacientes, entonces él es el presidente y él está enfermo entonces lo voy a reemplazar yo, yo no soy el vicepresidente, soy el tesorero.

¿Cómo se llama la agrupación?

“Unidos por el futuro” igual estuvimos un tiempo bien mal, lo que pasa es que don Gerardo tomó esa responsabilidad, algo así, de tomar la agrupación de nosotros, apoyarla, y ya estaba todo bien y tuvo que irse y los chiquillos perdieron la confianza y no querían pagar las cuotas, dejaron de ir a reuniones, es que don Gerardo dejó un

plan hecho de las cosas para sacar casas en un tiempo, se fue él y todo ya, los cabros se fueron pa abajo, no, si no, que no queremos casa, que no está don Gerardo él nos dejó la enseñanza y hay que tirar pa adelante dije yo, voy a hacer mis cosas sólo aparte, total yo ya tengo la libreta abierta para la vivienda, yo ya estoy depositando, y ahora el miércoles pasado íbamos a hacer una reunión de nuevo para ver que pasaba con la agrupación de nosotros, si iba a seguir o no, bueno siguió por hasta el momento.

Bueno un gusto hablar con ustedes...

#### ***4.2.9.- Entrevista a Daniela:***

##### ***Historia:***

Daniela es una joven de 21 años, quien desde los 10 años empezó a tener problemas para andar en la calle sola y estar con más niños de su edad, poco a poco fue desarrollando un carácter muy tímido. A los 13 años tuvo atención psicológica por ser muy “nerviosa”, ahí dejó de juntarse con amigas y desarrolló mucha apatía. Se retiró del colegio a los 15 años pero regresó luego, con más retraimiento.

A los 18 años tuvo un episodio de angustia primaria e inquietud que fue interpretado como “Crisis de pánico”. La madre la llevó al COSAM de su comuna donde fue tratada periódicamente, luego fue derivada al policlínico del HFB, en Marzo del año 2006, fue derivada al HD. Egresó del HD en Agosto del año 2006.

Al momento de la entrevista se mostró muy dispuesta a participar. Su lenguaje era coherente, sin embargo, su actitud y sus movimientos eran más infantiles que su edad cronológica.

***Entrevista:***

Primero algunos datos, como ¿la edad?

21.

¿Estado civil?

Soltera (ríe).

¿Hijos?

No.

¿Escolaridad?

Hasta 4° medio, o sea terminé completa.

¿Alguna hospitalización?

Nunca.

¿Algún antecedente de consumo de sustancia?

No.

¿Sabe su medicamentación?

Sí, Quetiapina una en la mañana, dos en la noche, cada una de 100 gr.

¿Cómo llegó al diurno?

El doctor que me atiende me trasladó aquí y me estuve atendiendo con la doctora del diurno y después volví ahí.

¿Por qué razón llegó donde ese doctor?

Yo pedí hora, me atendió un doctor X y él me trasladó al doctor Cuturrufo que me vio en el COSAM de Renca y ahí yo me empecé a ver con una doctora, porque él quería dos opiniones y después me seguí viendo con él y él me trasladó aquí.

¿Y ésta primera consulta que hace va con su mamá?

Sí.

¿Y por qué consultan?

Porque yo estaba teniendo unos pensamientos extraños y me atormentaba y yo le dije un día a mi mamá ya no puedo más quiero ir donde un psicólogo a verme qué es lo que tengo, y eso, y fui con ella le expliqué al doctor y el me trasladó al psiquiatra.

¿Antes de venir al diurno qué actividad estaba haciendo?

No, no estaba haciendo nada.

¿Y cómo era la situación antes de venir al diurno?

Con mis padres buena, pero eh, los pensamientos eran muy como, me atormentaban, entonces no me dejaban salir de mi hogar, no podía salir a la calle, es decir, salía a comprar pero siempre con pensamientos que no los quería, entonces prefería estar en mi casa que salir, las micros me ponían incómodas, me daban nervio, sí, eso.

¿Cómo partió toda esa situación?

Partió por algo que me pasó después de que salí del colegio en verano, una cosa X y me dio a la semana siguiente como un ataque de pánico y después como que iba saliendo, era así de un pensamiento como que se arreglaba el pensamiento, ya no me atormentaba más eran dos días de descanso y después otro pensamiento volvía a mi cabeza y me atormentaba hasta un punto X, se pasaba y era así y cada vez era más largo, más largo, más largo, eso.

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Bueno, yo no quería venir, pero el doctor me dijo que era necesario y que aquí iba como a encontrar soluciones y ya al final vine y me gustó y me quedé harto tiempo (ríe).

¿Probó venir entonces?

No, él me dijo vas o vas.

¿Fue por obligación entonces?

Sí, porque yo le decía no quiero hacerme nada, no quiero hacerme exámenes, pero no tampoco obligándome, sino que yo sabía que tenía que hacer eso para sanarme, o sea, yo mitad quería y mitad no y ganó la mitad que sí.

¿Cuándo venía para acá tenía psicoterapia grupal, quién la hacía?

La señorita Ximena.

¿Y cómo era la relación con los compañeros en la psicoterapia grupal?

Era buena, habían personas que por ejemplo X que como que interrumpían un poco eso de, uno está contando algo extremadamente fuerte y había, y eran personas X que se reían, tal vez por nerviosismo, pero eso incomodaba a las personas que querían contar algo serio y ellos se reían... había algunos que sí estaban interesados, y otros que definitivamente no ponían atención.

¿Qué pasaba cuando no ponían atención?

Por ejemplo los que se reían los mandaban para afuera o tenían que hablar con otra persona, y a los que no ponían atención la verdad que no ponían atención por su enfermedad no los hacía poner atención, entonces por eso esas personas no me molestaban que no pusieran atención, porque yo sabía que ya no, o sea, ahora han evolucionado pero en ese tiempo no, incluso había personas que se quedaban dormidas, por las pastillas y porque dormían mal, entonces uno tiene que entenderlos... nunca les llamé la atención por hacer eso, a los que se reían sí, pero a las personas que no ponían atención no les decía oye pon atención, no...

¿Y la relación con los profesionales dentro de la psicoterapia grupal, cómo era?

Era buena, súper buena, con la asistente ocupacional también era súper buena, con la psicóloga, ah y la señorita Cristina que nos hacía el cierre.

¿Y la psicoterapia grupal?

Era como de piel ella, era muy cercana a nosotros, siempre eh mi niña y así, y siempre era de piel, era súper como buena onda (ríe), y nos decía las cosas pan pan vino vino, ero era como delicada a veces, entonces eso, sí.

¿Qué actividades le hacían acá en el diurno en general?

Por ejemplo antes que yo me fuera, o sea, cuando yo me fui, o sea, hicieron muchas cosas que a mi me hubiera gustado haberlas tenido, cuando yo, por ejemplo, nosotros empezamos, cuando yo estaba, estaban empezando a hacer este taller literario, dibujar unos días, pero solamente el que quería, no era obligación, por ejemplo tejer, también tejíamos y me hice hartas amigas, sí sí.

¿Recuerda otras actividades?

Sí, bueno siempre nos hacían una especie de tareas, me gustaba el ejercicio que se hacía en las mañanas, con la paramédico y era súper buena, muy simpática, siempre nos apoyaba y ella era la que ponía las reglas, no se hace esto, se hace esto y era buena, era bueno tenerla a ella, como que pusiera orden, eso...

Y dijo que cuando se estaba yendo empezaron a hacer actividades que le hubieran gustado hacer ¿cuáles eran?

Sí, por ejemplo, bueno, con las enfermeras hicimos hartas cosas, eh, no sé, dulces, no me acuerdo como se llamaban, pero hacíamos cosas, actividades, con la señorita Sonia hacíamos por ejemplo mímica, juegos simples, pero cuando me fui empezaron a hacer talleres de greda, todas las cosas que me gustan, entonces eso, de pintar, y de hacer cosas entretenidas.

¿Y de esas actividades qué opina usted?

Ah, yo hacía todo lo que me decían, que por ejemplo pedían votación de quién quiere hacer esto y casi la mitad no quería hacer nada, entonces yo tenía que estar, ah no, hagámoslo no más y con las que me juntaba éramos las que más hablábamos y las que más hacíamos actividades, las que no nos aburríamos aquí (ríe), porque había mucha gente que se aburría, lo único que querían eran irse, nosotros, ah que no se acabara (ríe), entonces... me gustaba las actividades y nunca falté, que falté unas dos veces no más, de siete ocho meses que estuve.

¿Tuvo psicoterapia individual acá?

Sí, dos veces, una primero con la señorita Ximena y después cuando pasé a R me hacía la señorita Fernanda.

¿Pensando en la que tuvo con la señorita Ximena, sintió que le ayudó, en qué?

Sí, hartito, por ejemplo en trabas que tenía de chica, eh y eso y me ayudó caleta, y después con la señorita Ximena, o sea, con la señorita Fernanda ya no abarqué esos temas porque los tenía cerrados.

¿Y la psicoterapia grupal sintió que le ayudó?

Sí, porque yo opinaba hartito y siempre como que me daban una respuesta, nunca me dejaron de responder, ah y con los remedios don Mario siempre fue, me enseñó mucho, yo me sé todos los remedios que me tengo que tomar, los menores los mayores, entonces aprendí todo.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal?

Es como un este de apoyarse en el otro, por ejemplo de confiar algo al otro y que el otro lo tome, eh, con seriedad y que no lo difunda, que quede ahí en la psicoterapia de grupo, eso.

¿Qué es para usted la psicoterapia individual?

Es muy importante, me hace falta, sí, muchas veces, sí, sí...

¿Cómo la describiría?

Necesaria.

Si tuviese que contarle a alguien que no sabe lo que es la terapia individual ¿Cómo le diría que es?

Que es buena, por ejemplo, yo me encontré una niña que dijo que no quería que le ganara el psicólogo o el psiquiatra, que solamente el psiquiatra y el psicólogo era para medicarlo, el psicólogo no, pero el psiquiatra era para medicarlo y ella no se iba a abrir a ella como en el juego, y yo lo encontré una tontera, porque si uno va al

psicólogo o al psiquiatra le va a contar los problemas y ellos tratan de ayudarlo, no lo contrario, no a medicarte para dejarte atontada ahí, entonces eso me dio rabia...

¿Antes de venir para acá qué esperaba de la psicoterapia de grupo?

La verdad es que yo tenía miedo, y yo pensaba, no sé, que los esquizofrénicos eran como locos, entonces no sé, yo mucho tiempo tuve mucho miedo, entonces no me abría a que podía esperar de aquí, no sabía a lo que venía, de que se trataba, que hacían, de cuando me dijeron tiene que venir de las nueve hasta las tres, dije tanto, yo no puedo estar tanto tiempo, porque había pasado dos años con la enfermedad que no era atendida entonces yo dije como que no iba a aguantar, yo dije cómo iba al colegio tantas horas y después que me dijeron de las nueve hasta las tres aquí, yo dije qué hago, entonces tenía mucho miedo, después como que me fui, las primeras semanas, y después como que me fui, fui evolucionando, incluso me venían a buscar y a dejar, y, y después fui de a poco, ya me venía sola y me venían a buscar y hasta que definitivamente me pude trasportar sola.

¿Recuerda algo en específico que haya sido importante de la psicoterapia grupal?

Hartas confesiones como fuertes de los demás y yo decía uh yo no tengo nada parecido y tan grave que me pongo por cualquier cosa, y las otras personas han sufrido mucho, yo he tenido una suerte tremenda con mi familia, porque nunca, como que he estado protegida, entonces que eso me sirvió como que mi enfermedad no fuera tan terrible como las demás personas, tienen muchos, muchos problemas con su familia y este lugar era como un escape, era como el hogar que no tenían en su casa, y para mi eran mis dos hogares.

¿Algo en específico de la psicoterapia individual que recuerde?

Mmm, quisiera antes de responder eso, quisiera decir que hubo un tiempo que me daba miedo venir aquí, no, yo ya había pasado esto, ya me gustaba, pero entró una persona que por ejemplo no me, me daba miedo el ataque que le daba a él, yo no lo, quizás nunca ni siquiera los doctores pudieron entender lo que le daba, entonces los primeros dos ataques que le dieron, eh, para mi, yo no estaba, una vez estaba en el baño y sentía gritos, y después eh estaba en la cocina y lo vi, lo vi por un segundo, pero no vi lo que hizo, quebró platos, era como que su personalidad cambiara, cuando volvía a ser, al sí, no sabía que había hecho, entonces para mi me daba un miedo terrible, cuando lo internaron en el quinto piso para mi fue un descanso, después cuando volvió yo dije ah va a volver a lo mismo que me daba miedo, entonces después no, después se mejoró y no tuvo más ese ataque, pero en uno de los ataques justo me toca a mi trabajar con él y yo dije ojalá que no le de un ataque y yo estoy en frente de él y le empieza a dar, oh que terrible y no y eso fue una de las experiencias muy, y yo alcancé a correrme como para que no me hiciera porque como perdía el conocimiento de lo que hacía se volvía más agresivo, se le ponía la cara roja y lloraba y hacía cosas sin eh, eran inexplicables, ni siquiera los doctores nos pudieron explicar por qué le pasaban esas cosas así y yo decía, porque yo todo lo que veía antes, por ejemplo, ah esta, ah, no sé, se cortó, y, ¿yo haré eso?, y sí, ah! Ojalá nunca llegara así y, y pensaba que me iba a dar lo que las personas tenían entonces mucho... y las terapias grupales a mi yo las encontraba buenas porque uno se podía desahogar.

La pregunta era si ¿en las psicoterapias individuales hay algo que recuerde de importante?

Por ejemplo, en las individuales, eh, como que, eh, no sé uno trataba como de esconder porque como que me daba vergüenza, pero la psicóloga sabía, entonces uno como que después ya lo decía porque ella ya los había entendido, entonces era, y además que después llamaban a nuestros padres y todo súper bien.

¿Qué temas fueron trabajados?

Temas, por ejemplo mis miedos, eh, qué más?, problemas, es que lo que pasa es que yo desde muy chica, de los 5 años, me daban unos tiritones, siempre me daban en la noche, yo los superé por homeopatía, me daban gotas y después cuando fui creciendo eso se transformó al asco, cuando yo estaba muy nerviosa al tiro me daban ganas de vomitar, entonces lo que hacía ella era ver por qué era mi reacción esa, de ganas de vomitar, y aquí hubo un tiempo que como que se me agrandó ese problema y yo lo único que quería era vomitar vomitar, me paraba corriendo pero nunca lo hacía, después empecé y después vomitaba, entonces me dio miedo y ella me fue tratando esa cosa del vomitar, del por qué vomitaba.

¿Y temas que recuerde de grupal haber trabajado?

Eh, bueno, temas hubieron muchos, pero haber, no me acuerdo de ningún tema pero sí confesiones muy fuertes, más que eso no.

¿Qué la motivo a terminar de venir acá para completar el tratamiento?

Ah, porque yo quería recuperarme, sí rehabilitarme y poder hacer las cosas normales como siempre cuando era chica, cuando estudiaba, porque cuando estudié nunca se me presentó tan fuerte, si no que eso del nerviosismo no más porque era muy nerviosa, y el colon me afectaba, pero nunca así de tener esos pensamientos tan estrafalarios así, ya extremadamente locos, incluso tenía, no sé, estaba esto de, tener miedo, eso era tener miedo de hacer cosas que yo no quería y que mi cuerpo me lo pidiera, pero nunca sentí ninguna voz decirme cómetelo, cómetelo, no, si no que el miedo solamente, ni tampoco ninguna alucinación, nunca en mi vida, entonces cuando me dijeron que yo tenía esta enfermedad yo decía pero yo no tengo, no tengo esas características que siempre muestran en las noticias, pero me dijeron que era leve, que estaba como protegida y que no había madurado así como tan fuerte, sino que siempre fue leve en mí.

¿Cómo describiría si tuviese que contarle a alguien que no conoce lo que es un tratamiento en el hospital diurno?

Yo le diría que es un lugar donde uno tiene una protección, por ejemplo ya, con el psicólogo uno puede hacer actividades que puede que le agraden y puede que no, que puede que le gusten y puede que no, que no le guste el tema, pero ahí uno lo va profundizando y va como viendo la perspectiva de qué es lo que esta, en qué estoy fallando, mmm, los otros especialistas nos dan otros, por ejemplo, por qué tenemos miedo a, a trabajar, a estudiar y otras personas eran como, nos veían, nos daban apoyo cuando estábamos tristes, entonces ahí uno se puede desahogar y arreglar sus problemas, no eso yo les diría que uno va a mejorar, no a empeorar.

¿Después de salir del diurno que ha estado haciendo?

Bueno, he estado en el COSAM, ahí nos hacen unas terapias, un poco diferentes y he venido acá, como que ahora me he movido por ejemplo para buscar trabajo, ahora estoy buscando, entonces también he hecho muchas cosas, por ejemplo, me he hecho cargo de mi casa, porque mi mamá no puede y mi papá está, duerme en el día, porque en la noche tiene que trabajar, entonces yo he tenido que preocuparme de la casa, por eso no he podido salir a pedir trabajo, pero porque me tengo que encargar del aseo y todo, y, pero he dibujado y escrito más que en otros tiempos, porque antes con la enfermedad no me dejaba ni siquiera pensar, no tenía ganas de hacer nada, pero ahora yo ocupo todo mi tiempo en escribir, pintar y hacer la cuestión de la casa, sí, he pintado mucho, y he escrito y he participado en concursos y todo, aunque no he ganado pero...

¿Si tuviese que decir qué es el hospital diurno en una palabra, qué diría?

...rehabilitación, pero puede ser en bastantes sentidos, porque viene de distintos tipos de personas, por ejemplo mi rehabilitación no era de droga o de otro sentido, si no que era algo psicológico, y para otras personas era de eso, entonces puede abarcar muchas cosas la palabra rehabilitación, porque aprendemos de nuevo a hacer las cosas que hacíamos antes cuando no se había presentado la enfermedad.

¿Cuándo fue su alta en el hospital?

Fue en Agosto, 21.

¿Desde esa fecha hasta ahora viene al taller literario?

Por ejemplo estuve como Septiembre y octubre no venía para acá, lo que pasa es que como yo me reincorporé porque hicieron una obra en el diurno cuando yo no estaba y necesitaban una persona de uno de los papeles protagónicos, entonces yo vine y entre comillas me quedé (ríe) y venía, y ah! Puedes venir a los talleres literarios y ahí venía y lo hago.

¿Qué la ha hecho venir a ese taller?

Eh, salir de mi casa, porque yo antes yo, no no quiero salir de mi casa, y ahora yo salgo y me entretiene, y vengo, salgo y es para, no sé, para despejarme un rato del entorno de la casa e ir a un lugar distinto.

¿Y antes no podía salir de la casa?

No, porque no me daban ganas, no quería ir a ninguna parte, vamos a comprar, no, vamos a dar una vuelta, entonces ahora vamos, me acompañas, y yo sí, chum, salgo al tiro, hasta tengo nuevos amigos, aunque no son de mi edad pero salgo con ellos y todo.

¿Son mayores o menores?

Menores, es que yo soy como, tengo apariencia de menos edad que la que tengo, entonces igual tengo como un pensamiento como más de niña, que de la edad que debería representar en mi personalidad.

¿Todos estos cambios de salir y tener nuevos amigos tienen que ver con haber venido para acá?

Sí, porque yo me había alejado de todos mis amigos, inclusive de mi misma familia, yo iba siempre siempre, todos los, incluso todos los días y de repente me encerré y no salía, hasta comprar me daba lata y decía mamá tengo frío, eh, tengo mucho calor, no sé y cualquier excusa para no salir, ni siquiera conversaba con mi sobrino entonces...

¿Usted piensa que gracias a este lugar se pudo?

Sí, sí porque ni siquiera conocía las calles que colindaban con mi casa, no me sabía nada, solamente que vivía en una calle tanto, y cómo llegamos a tu casa, eh, de qué está cerca, no sabía los nombres de las calles, nada y ahora como me transporto me sé muchas calles, incluso este año fue la primera vez que fui sola al centro, antes nunca había ido sola al centro, todas mis amigas iban al mall siempre y pasaban y yo nunca había ido sola, no me había atrevido nunca, ahora he ido sola, no me había atrevido nunca, ahora voy a cada rato (ríe), voy sola ahora, pesco una micro y ah y me voy sin decirle a nadie, pero llaman por teléfono ah voy acá, voy llegando acá, ahora estoy como más independiente.

Muchas gracias.

Gracias a ustedes.

## Anexo 5:

### Segmentación y la Codificación.

#### 5.1.- Códigos y Categorías:

<i>Código</i>	<i>Categoría</i>
<b>DHDP</b>	Definición de HD y tratamiento.
<b>DPIP</b>	Definición de psicoterapia individual. (concepto y objetivo)
<b>DPGP</b>	Definición de psicoterapia grupal. (concepto y objetivo)
<b>CPIP</b>	Complicaciones en psicoterapia individual.
<b>CPGP</b>	Complicaciones en psicoterapia grupal.
<b>EUPS</b>	Expectativas de pacientes en psicoterapia (grupal e individual)
<b>CHDP</b>	Opinión acerca del compromiso de los pacientes.
<b>EXAP</b>	Experiencia relacionada con pacientes AUGE.
<b>ALP</b>	Antecedentes laborales del psicólogo.
<b>RPH</b>	Rol del profesional en el HD.
<b>APU</b>	Antecedentes personales del usuario.
<b>ACU</b>	Antecedentes clínicos de usuario.
<b>ACT</b>	Actividades desarrolladas en el HD.
<b>OACT</b>	Opinión de actividades desarrolladas en el HD.
<b>TTG</b>	Temas trabajados en psicoterapia grupal
<b>TTI</b>	Temas trabajados en psicoterapia individual
<i>Código</i>	<i>Categoría</i>

<b>PIU</b>	Participación en psicoterapia individual desde usuario.
<b>PGU</b>	Participación en psicoterapia grupal desde usuario.
<b>CPIU</b>	Complicaciones en psicoterapia individual
<b>CPGU</b>	Complicaciones en psicoterapia grupal
<b>EPIU</b>	Experiencias significativas en psicoterapia individual.
<b>EPGU</b>	Experiencias significativas en psicoterapia grupal.
<b>DPIU</b>	Definición de psicoterapia individual (concepto).
<b>DPGU</b>	Definición de psicoterapia grupal (concepto).
<b>DHDU</b>	Definición de HD y tratamiento (concepto).
<b>CHDU</b>	Compromiso con el HD. De los pacientes
<b><u>A</u></b>	Temas
<b><u>B</u></b>	Dinámica de trabajo
<b><u>C</u></b>	Uso del espacio físico
<b><u>D</u></b>	Horario
<b><u>E</u></b>	convocatoria
<b><u>F</u></b>	Contextualización del trabajo, temas
<b><u>G</u></b>	Contextualización del método
<b><u>H</u></b>	Clima de la sesión, todo lo fuera del tema central
<b><u>I</u></b>	Descripción trab presentado x pac
<b><u>K</u></b>	Inyectar sentido
<b><u>M</u></b>	Evaluación contingencias

## ***5.2.- En Observación Participante: Psicoterapias Grupales:***

Las observaciones participantes que mostramos a continuación se realizaron en las sesiones de psicoterapia grupal a cargo de un psicólogo en el HD, éstas fueron llevadas a cabo desde finales de Marzo hasta finales de Noviembre del presente año. Asistimos a cada una de ellas debido a que nos encontrábamos, además, bajo el contexto de la práctica profesional en el HD, sin embargo en el siguiente escrito se han seleccionado sólo algunas de ellas, por cierto las de mayor relevancia para nuestro estudio.

*Las sesiones se realizaban los días Lunes y Miércoles desde las 11 AM hasta las 12 AM en la sala de psicoterapias grupales. Dentro de las sesiones se dieron algunas dinámicas que resultaron ser una constante, ya sea porque eran parte de las exigencias para poder hacer psicoterapia grupal o porque se dieron de forma natural.*

*Las sesiones se realizaban con todos sentados formando un óvalo, así todos podían ver el rostro de cada uno de sus compañeros. El psicólogo ocupaba algo parecido a la cabecera dentro de la circunferencia (para un mayor entendimiento remítase a descripción física del HD. Fig. 2). Cuando fue necesario dibujar o utilizar algún material, se disponían las mesas de modo que lo anterior no se perdiera y se trabajaba de igual forma.*

Otra de las constantes fue la metodología que utilizaban para trabajar los temas generales de las sesiones. *Los temas en los cuales nosotros participamos*

fueron: los autorretratos del presente, el alta, los autorretratos del futuro y un recuerdo de los cero a los cinco años; en cada uno de estos temas generales la forma de trabajarlos era que cada paciente hacía un dibujo siguiendo la consigna correspondiente. Luego de esto durante las sesiones que seguían, voluntariamente cada paciente decidía cuando se trabajaba su dibujo. Entonces, al inicio de cada sesión se preguntaba quién quería revisar su dibujo, alguno levantaba la mano y decía yo, se buscaba el dibujo que estaba guardado por el psicólogo y se pasaba de mano en mano, cada uno observándolo detenidamente en todos sus detalles, para que así una vez que todos lo hubiesen visto se pudiera dar paso a una ronda de comentarios. El dibujo se colocaba en un lugar donde todos pudiesen verlo y cada uno comenzaba diciendo qué le llamó la atención de lo que vio, qué sensación le dio, qué pregunta le gustaría hacer o qué se imaginó, así el autor del dibujo escucha atentamente y contestaba las preguntas, al final decía qué le hizo sentido de lo que se dijo y se sacaba una conclusión. Es decir, en base a todas las observaciones de los propios compañeros es que se podía llegar a una interpretación que sería validada o rechazada por el autor del dibujo.

También, a menudo ocurre que durante la sesión se escuchan ruidos que provienen desde afuera, como las micros que pasan, los perros que ladran, la música de algún vecino, alguna conversación desde la oficina de la dirección y el equipo ante lo cual es necesario avisarles, también se escuchan ruidos desde la cocina o salen olores debido a la cercanía de la hora de almuerzo con el de la psicoterapia grupal, etc.

5.2.1.- Miércoles 21 de Marzo de 2007.

El psicólogo parte puntual la sesión, hubo 17 pacientes que participaron de la sesión, antes de entrar a la sala de psicoterapias grupales ellos estaban fumando en el patio, el psicólogo los llamó y rápidamente comenzaron a llegar a la sala y se fueron sentando en los sillones y conformando un círculo u óvalo con ayuda de las sillas, uno de ellos quedó muy adelante sentado y los mismos compañeros le dijeron que se echara para atrás para poder ver. También uno de ellos llegó un poco más tarde y se sentó más atrás que el resto, nadie le dijo nada, él se ve mayor que el resto del grupo (C.O. parece que él no se siente integrado al grupo, no habla con nadie salvo que alguien le pregunte algo, podría verse afectado por la diferencia de edad).

El psicólogo inició la sesión saludando con un “buenos días, ¿cómo están?”, en conjunto contestan bien, pasó un segundo y uno de ellos dijo “yo estoy preocupado porque tengo que ir a buscar el hemograma ¿puedo ir?, porque me va a ver la doctora hoy”, le contestaron que terminando la sesión podía ir, que ahora tenía que participar de la actividad porque la opinión que él podía dar a sus compañeros en la actividad era importante para el grupo, el paciente dijo “bueno” y se quedó tranquilo en su asiento.

El psicólogo dijo y preguntó “bueno chiquillos hoy tenemos psicoterapia grupal ¿quién recuerda en qué estamos trabajando?”, primero se produjo un silencio y varios miraron al suelo, pero luego uno de ellos dijo “los autorretratos”. Entonces el psicólogo complementó y explicó en qué consiste la actividad que desarrollan en este momento, dijo “sabemos como funciona esto, ¿verdad?, hace un tiempo dibujamos un autorretrato pensando en cómo nos vemos actualmente y entonces

ahora los estamos revisando en conjunto, ¿verdad?”, cada vez que él dice verdad alguno le mueve la cabeza diciendo sí o le contestan con un sí vocal.

Entonces preguntó “¿quién quiere comenzar?”, uno de los pacientes contestó que él quería (C.O. este paciente usualmente llega atrasado a esta psicoterapia, viene sólo a esta actividad y a psicoterapia individual porque está en proceso de alta y se ha propuesto un trabajo diseñado para él y sus necesidades). El psicólogo buscó el dibujo entre todos los que tenía guardados y lo miró atentamente, luego lo pasó al paciente que tenía sentado a su derecha, luego dijo “saben como funciona esto, primero miran el dibujo atentamente y luego lo pasan al compañero de al lado, una vez que dé la vuelta dan su opinión del dibujo y luego el autor nos cuenta si está de acuerdo con lo que se dijo o no, ¿de acuerdo?”. El dibujo corrió entre las manos de los pacientes, algunos lo miraron con atención y se tomaron su tiempo, otros muy rápidamente, de igual manera mientras el dibujo dio la vuelta algunos conversaron sigilosamente, otros aprovecharon de cerrar los ojos y otros jugaron con la gata que habita en el HD, en una gata a rallas color café claro con amarillo (C.O. esta gata llegó a principio de año al diurno a tener a sus gatitos y se quedó a vivir, los pacientes parecen integrarla bien en general, le aceptan que de vuelta en los sillones donde ellos están sentados, que duerma allí y durante las sesiones le hacen cariño. Sin embargo hay algunos que no les gusta que se acerque y la echan).

Una vez que el dibujo dio la vuelta el psicólogo preguntó “¿qué opinan chiquillos, quién quiere comentar qué les llamó la atención?”. El dibujo está hecho en una hoja de oficio y ocupa todo el espacio del papel, es una calle que atraviesa en diagonal la hoja, al lado izquierdo se ven locales abiertos con personas dentro, tres

personas separadas en la vereda, una de ellas pasea un perro, no se distingue rostro en ellos ni sexo, en el techo de uno de los locales un gato (C.O. parecen sombras en la noche), dibuja el alumbrado público encendido y una polilla alrededor del foco, al fondo en el lado derecho se divisa una micro que está cruzando la calle, avanzando por la calle viene un auto con el conductor, se ven sus luces, el auto viene en dirección del autor del dibujo que es el único que está caminando por la calle y no por la vereda como el resto de los personajes, está de espaldas al auto, a él si se le ve la cara y los detalles de su ropa, es un hombre con short y polera, de pelo corto (C.O. él tiene pelo largo, muy largo como de metalero), además entre el auto que viene hacia él y él, dibujó una flecha apuntando hacia el hombre que dice “yo” (C.O. la verdad es que esta descripción que se ha hecho del dibujo es muy parecida a lo que fueron diciendo los pacientes, así es que se recalcará lo que más llamó la atención dentro de lo mencionado).

Los comentarios de los pacientes recalcaron que el dibujo les inspiraba la bohemia, que se parecía a las calles del barrio Brasil y se habló de que ‘parecía solitario en esa calle con tanta actividad, que él estaba de los primeros en el dibujo pero estaba todo ese paisaje detrás de él, como que no estaba integrada la realidad a él, como que el mundo pasaba. Que era bastante observador, porque dibujó cada detalle de lo que ocurría, la polilla, el perro, el gato, los negocios abiertos, la ciudad funcionando y él parado, sin embargo, no se sabe de qué son los locales, quién es la gente que aparece o quién maneja el auto’. Particularmente un paciente dijo “que el auto como que lo va a atropellar sin que él se de cuenta, qué el auto va directo a él”, mencionó que era que él estaba parado y el mundo pasaba detrás de él sin que se viera afectado, pero que también estaba consciente de todo lo que

pasaba, entonces que se podía sentir un poco perseguido con las cosas que sucedían en la ciudad.

Los comentarios surgieron espontáneamente, porque dijeron “es raro que él haya hecho un autorretrato donde aparezca la ciudad, todos los autorretratos que hemos visto tienen una persona dibujada o una cara, no un paisaje” (C.O. pareciera ser que lo original del dibujo según lo revisado hasta ahora motivó el diálogo entre los compañeros, además el autor de este dibujo es más bien aislado y el dibujo le permitió al resto de sus compañeros conocerlo un poco más). Los pacientes desarrollaron sus percepciones del dibujo, sin embargo mientras lo hacían no dejaban de lado las ganas de cerrar los ojos por algún momento o sus movimientos involuntarios de manos y pies o el balancearse sobre las sillas y apoyados en la pared.

A pesar que la mayoría del grupo siguió la línea de la conversación, entremedio de esta, alguno pidió permiso para ir al baño, a otro que estaba echado en el sillón el psicólogo le dijo que se fuera a lavar la cara y que se sentara bien para que pudiese participar, este obedeció, pero no participó salvo cuando se le preguntó directamente qué opinaba. También hubo una paciente que salió sola de la sala sin pedir permiso ni avisar y no volvió más (C.O. esta paciente suele hacer esto, inclusive a esta psicoterapia grupal es una de las pocas a la que entra, sin embargo no aguanta toda la hora y sin avisar sale a la calle a mirar árboles y “conversar con los pajaritos” como dice ella. El grupo ya parece estar acostumbrado a esta situación, inclusive dicen “es que ella no está muy bien, siempre hace lo mismo, a ella no podemos tocarla porque a ella no le gusta, se enoja”. El grupo pareciera

*respetar a esta paciente y cuidarla de alguna forma en lo que ella demanda y lo que no).*

*El psicólogo se encargó de moderar lo que cada paciente iba diciendo, dando paso a que hablara cada uno según su turno y también se encargó de aclarar algunas ideas que no podían ser expresadas del todo claras por los pacientes, luego de cada aclaración les preguntó si era correcto como lo estaba explicando o le había entendido mal, cada paciente le decía que estaba bien lo que decía. Luego de que todos dieron su apreciación el psicólogo le preguntó al autor del dibujo “¿qué le parece todo lo que le han dicho sus compañeros?”, él comentó las ideas que le parecieron con más sentido para él, recalcó que estaba de acuerdo con su gusto por la soledad y la bohemia, que sus compañeros habían hablado bien de él.*

*El psicólogo dijo también al grupo que como el autor del dibujo era reservado y más introvertido dentro del grupo, además de que lo veían menos porque no iba todos los días, con este ejercicio habíamos podido conocerlo un poco más. Luego, el psicólogo preguntó si alguien quería decir algo más antes de terminar, nadie dijo nada, entonces terminó la sesión.*

### **5.2.2.- Lunes 2 de Abril de 2007.**

*En esta sesión hubo 15 pacientes, según la asistencia del HD hubo 16, pero una de estas luego de las actividades de la mañana salió del HD, como hace casi todos los días y no volvió, como ha ocurrido varias veces.*

El psicólogo fue a buscar al antejardín a los pacientes, lugar donde se reúnen, y les dijo “chiquillos vamos a empezar”, la mayoría de ellos estaba con el cigarro a medias y dijeron “ah, ¿podemos terminar de fumar?”, se les dijo que lo apagaran porque era la hora de la sesión y había que comenzar, entonces lo apagaron y lo guardaron.

Cuando entraron a la sala cada uno se ubicó en un asiento, algunos se adelantaron para ocupar los sillones, dicen que son más cómodos (C.O. a pesar que dicen que son cómodos, los que se adelantan a ocuparlos son los que se quedan dormidos en las sesiones, entonces parece ser que son más cómodos para dormir que para poner atención a lo que ocurre en la sesión). Entró el psicólogo de los últimos, se había quedado verificando si habían entrado todos, entrando dijo “permiso, vamos a comenzar” y apagó la televisión que estaba viendo el grupo de pacientes que no fuma y se queda dentro de la sala (C.O. algo así como los que no salen a recreo y se quedan en la sala, los más pernos del curso), ellos suelen ver videos musicales en un canal del cable.

El psicólogo preguntó “¿cómo están, cómo estuvo el fin de semana?”, varios contestaron que estuvo bueno, uno comentó que estuvo con su familia en una comida familiar, otro dijo que fue a “Lourdes” a misa, otro que estuvo cuidando a su abuelito, otra que estuvo en el campo con sus papás, otra que fue a ver a su hijo que está con sus abuelos, otro dijo que se sintió desganado, otro que estuvo inquieto, otro que hizo ejercicio, otra que fue a su casa porque vive en un hogar protegido y otros no dijeron nada, sólo miraron mientras los otros hablaron (C.O. estos temas ya habían sido abarcados por la asistente social que realizó la bienvenida en la

mañana, sin embargo los pacientes muestran disposición para contarlos nuevamente).

Luego recordó en que actividad se encontraban, dijo “recuerdan que estamos en los autorretratos, todos saben de qué se trata, ¿verdad?”, todos contestaron que sí, algunos con la cabeza, otros con la voz. Entonces dijo “bien, ¿quién parte hoy?”, inmediatamente uno de ellos dijo “yo”, se buscó su dibujo y el psicólogo lo observó detenidamente, luego lo pasó al paciente que estaba junto a él y comenzó a dar la vuelta para que cada uno de los pacientes pudiesen verlo, inmediatamente al verlo muchos le dijeron al autor del dibujo “dibujai super bien”, el respondió “no”. El dibujo consistía en la mitad de arriba de un cuerpo de hombre joven que se encontraba con los brazos levantados y las manos abiertas, llevaba polera; esto ocupaba toda la hoja, su rostro estaba serio, con cierta expresión de preocupación. Sobre la cabeza salían dos pensamientos encerrados en burbujas, uno decía “padres, familia” y en el otro decía “diseño gráfico y leer” además este llevaba un dibujo de un computador completo, un libro abierto y un cuadro. En la mano derecha tenía una burbuja que decía “estudio” y en la izquierda otra que decía “trabajo”. De su oreja hacia abajo salía otra burbuja que decía “diurno y salud” y dibujó dentro un sándwich, un cigarrillo prendido y una tira de pastillas, en esta misma burbuja aparecía borrada la palabra “padres”.

Una vez que todos terminaron de mirarlo se dio paso a los comentarios o preguntas en relación a lo que habían observado, y comenzaron diciendo de a uno voluntariamente “se ve que tiene hartos proyectos”, “tiene hartas ganas”, “quiere estudiar”, “quiere trabajar”, “dibuja super bien”, “tiene algunos vicios como el cigarro y le gusta la comida”, “esta con los brazos arriba como queriendo alcanzar

algo”, “se ve serio, como triste o preocupado”, “quizás preocupado por lograr lo que quiere”, “se parece a él”, “quizás tiene miedo de no poder lograr lo que quiere”, “quizás no sabe cómo lograr lo que quiere” (C.O. parecía que cada uno decía una frase que inspiraba al otro a asociar otro pensamiento en relación al dibujo). También se dijo “mi dibujo no quedó tan bonito como el de él”, ante lo cual el psicólogo dijo “recuerden que esto no es una competencia de quién hace el mejor dibujo, no es un concurso de dibujo, sino que es una forma de expresarse, una forma para decir cómo nos vemos hoy, no tiene que ver con la técnica, sino con que nos inspira, que nos está diciendo el dibujo que hace cada uno de ustedes. Así es que quédense tranquilo y ya revisaremos el suyo ya le tocará y podremos decirle que nos parece lo que usted ha dibujado, ¿le parece?”, un bajo “bueno” se escuchó y luego un silencio.

El psicólogo retomó la idea repitiendo lo que ya habían dicho los pacientes, se preocupó de repetir lo más cercano el comentario a como fue dicho, además nombró a cada uno de los pacientes que mencionaron las idea y luego las repitió, dijo “mire todo lo que le han dicho sus compañeros, XXX le dijo que usted se veía un hombre con muchos proyectos y XXX le dijo que parecía preocupado por no poder cumplirlos” (C.O. mencionó algunos otros también) “entonces, ¿qué le parece a usted lo que le han dicho sus compañeros?”. El autor del dibujo dijo “creo que tienen razón, quiero hacer muchas cosas y creo que puedo hacerlas, quiero estudiar, quiero trabajar, quiero ayudar a mi familia, pero me da miedo, siento que yo tengo las ganas pero no hay dinero, se ve difícil, mis padres dicen que es mejor no estudiar, pero yo creo que si puedo ¿por qué no voy a ser capaz?”.

Entonces uno le preguntó “¿y qué quieres estudiar?”, él dijo “diseño gráfico”, otro dijo “¿y por qué no estudias eso?”, él dijo “es que mis papás no están de acuerdo, además dicen que no hay plata, igual yo ya estudié una vez en la universidad, pero en ese tiempo estaba mal así es que me salí”, le preguntaron “¿y cuánto tiempo estuviste?”, él dijo “casi un año, me salí antes porque estaba mal en ese tiempo”.

*Luego de este tipo de preguntas y diálogos se intentó encausar nuevamente la conversación, el psicólogo dijo “parece chiquillos que a veces existe un vacío entre dónde estoy y dónde quiero ir, para eso las metas nos ordenan y nos enfrentan a miedos y angustias, y parece que en esto se encuentra usted ahora y seguramente muchos de ustedes también deberán estar pensando qué van a hacer una vez que salgan de aquí”, varios están de acuerdo y afirman lo que el psicólogo dijo, se les dijo también “es importante no desconectarse y estar atento a eso, porque es clásico, característico de la enfermedad el que uno empiece a desconectarse sin darse cuenta, entonces hay que saber qué hacer cuando tenemos proyectos, porque si no se pueden quedar en una idea y luego se vuelven lejanos, irrealizables, casi imposibles y uno se va quedando aislado sin hacer nada, o no chiquillos, ¿les ha pasado?”, algunos contestan que sí y recuerdan algunos episodios de sus vidas donde esto ha ocurrido, por ejemplo dijeron que a otros también le ha pasado que han intentado estudiar y no lo han logrado por la angustia que les produjo el sólo hecho de pensarlo, otros dijeron lo mismo pero en relación a buscar un trabajo o al haber durando a o más una semana en el trabajo.*

*El psicólogo comentó además “es importante diferenciar lo que es propio de los problemas de la vida y lo que es propio de la enfermedad”, pensando que es*

comprensible que cualquier persona que ha estado distanciada, por ejemplo, de lo que es estudiar o cumplir horarios sienta alguna inquietud o angustia al respecto, además de miedos (C.O. el tema de enfrentar los proyectos que uno tiene y los miedos que esto acarrea es un tema en común para los pacientes, cada uno de ellos ha pasado por esto en algún momento de sus vidas o pronto pasará por esto cuando inicien proceso de alta).

También se contó una historia que les ayudó a comprender el tema que se trabajó relacionando los proyectos y metas con el proceso por el cual están pasando ahora, es decir, su tratamiento en relación a un diagnóstico en común. La historia decía que podíamos imaginar esto como lo que les pasa a los jugadores de fútbol, entonces se pidió que imaginaran un jugador de fútbol que se lesionaba en un partido, entonces el doctor le dijo que necesitaba seis meses de reposo para recuperarse; el primer mes lo acepta sin problemas y cree que es lo mejor, pero al tercer mes ya está cansado y quiere trabajar y hacer las cosas que hacía antes porque se siente bien, entonces si se lanza a trabajar eso va a ir en desmedro de él, contra él, porque sin su salud no podrá hacerlo bien a la larga.

A continuación el psicólogo tomó la idea de que es necesario hacer todo a su tiempo, que si bien es importante que se piense en trabajar, hay que darle su tiempo a ese proyecto o a estudiar, y hay que preocuparse de sanarse antes para luego llevar ese proyecto a cabo sin problemas y sabiendo que hacer en los casos que antes no se había cómo tener un auto-cuidado, dijo “todos los tratamientos requieren mucha paciencia y no podemos pensar en trabajar o ayudar con dinero en la casa o estudiar, porque es necesario sanarse para poder seguir con nuestras vidas como nos gustaría” (C.O. muchos de ellos parecen reflexionar al respecto, para algunos es un

*tema más sensible que para otros, porque algunos están pensando en el alta, otros vienen recién llegando al HD, entonces algunos parecen no poner atención, siempre alguna se queda dormida u otro pide permiso para mojarse la cara o ir al baño o a tomar agua, o es necesario decirle que se siente bien para que no duerma, etc.)*

*Así concluyó el tema de esta sesión y el psicólogo dijo “bien chiquillo, hay hartas cosas para reflexionar, ¿verdad?, ¿algo más que agregar chiquillos?, bien, entonces nos vemos la próxima sesión”. Se pararon y fueron a fumar al antejardín.*

### **5.2.3.- Miércoles 11 de Abril de 2007.**

*En la sesión había 17 pacientes. El psicólogo comenzó preguntando “¿cómo están chiquillos?”, algunos de ellos se miraron y comenzaron a comentar un episodio vivido el jueves pasado (C.O. el psicólogo ya estaba enterado de lo sucedido, había estado ese día luego de lo ocurrido, lo que sucedió fue que el jueves pasado, a primera hora en la mañana cuando habían pocos pacientes y por motivos excepcionales sólo se encontraba la directora en el hospital, una de las pacientes del hospital llegó comentando que estaba más o menos y en un momento se fue a la cocina, rompió un vaso contra el suelo y con los restos de los vidrios cortó sus brazos quedándose en el lugar impávida, en esto uno de los pacientes se dirigía a la cocina y la vio en esta situación, inmediatamente dio aviso a la directora y otro de los pacientes que había llegado temprano le ayudó a llevar a enfermería a la autora del acto. Esto generó un revuelo en el hospital los días siguientes y se ha hablado de aquello en algunos momentos como grupo, al parecer para tratar de comprender la*

*situación, sin embargo, en esta oportunidad se vuelve a tocar el tema y a explicar la situación ).*

La conversación giró en relación a preguntas que tenían los pacientes, como “¿cómo está?”, “¿qué le pasó?”, “¿quería matarse?”, “¿fue un accidente?”, “¿ustedes cómo la veían?”, “¿dónde está ahora?”, “¿tenía problemas?”, “¿se la llevaron al quinto?”. También se sucedieron una serie de comentarios como “se veía bien”, “había venido y nos habíamos reído”, “estaba mal ella”. El paciente que la encontró en la cocina y dio aviso fue uno de los más insistentes en preguntar (C.O. parecía no comprender la situación, buscaba explicaciones que no tuvieran relación con que ella se hubiese querido hacer daño, sino que lo atribuía a una casualidad. Él habla como que no modulara y se ve en su cara aún el impacto y el no poder creer lo que le tocó vivir). Él dijo “es que yo llegué temprano y fui a tomar agua a la cocina y ahí la vi, tenía todo el brazo con sangre, había una posa con sangre en el suelo y puros vidrios, como que un vaso se había caído, y yo le dije oh que te pasó y no me contestó, había sangre, una posa de sangre, así es que fui a avisarle a la señorita Cristina que estaba en la entrada y ahí se la llevaron a enfermería... (¿?) yo tuve que ir a limpiar, recogí los vidrios, pero la señorita después limpió la sangre, había mucha sangre... (¿?) yo creo que ella estaba tomando agua y se le cayó el vaso entonces rebotó en el suelo y se quebró entonces los pedazos saltaron y le cayeron en el brazo, así se tiene que haber cortado... (¿?) no, no creo que se haya cortado, para qué iba a querer hacer eso... usted cree que se cortó, ¿y para que lo hizo?”.

*Se conversó sobre la situación, se explicó que ella ese mismo día había sido llevada al quinto piso y que estaba hospitalizada allí hasta que se calme y los doctores evalúen que ya se encuentra estable para volver al diurno. Un paciente preguntó “¿cómo los doctores saben que uno tiene EOZ, yo les puedo mentir?” y varios dieron su opinión al respecto además del psicólogo, la pregunta fue “¿para qué mentirle al doctor si uno siente la angustia en ciertos momentos y ellos podrían ayudar?”, dio la impresión de que esto le hizo sentido al grupo.*

*Se conversó sobre lo frágiles que los podía hacer sentir esta situación a la cual se enfrentaban por primera vez en el HD. Algunos comentaron que en algún momento de sus vidas también se habían cortado y explicaron que era por la angustia que se sentía en el momento, que eso los aliviaba y que al momento de cortarse no sentían dolor (C.O. esta situación de compartir algo de lo cual no todos*

*tenían experiencia enriqueció la sesión, además el tema había afectado a todo el grupo de diferente manera, esto hacía un especial interés en cada uno de ellos, generando la espontaneidad de presentar el tema y de desarrollarlo durante la sesión con un notorio interés). Los pacientes que nunca se habían auto-agredido escucharon con atención a los compañeros que contaron sus experiencias y les hicieron preguntas directamente a cada uno de ellos, no mediando con el psicólogo las preguntas como es lo habitual, es decir, generalmente las preguntas están hechas hacia el psicólogo y él da el pase para que se le pregunte directamente a compañero, en esta ocasión se preguntaron cada uno de ellos directamente.*

*El psicólogo les explicó que “el corte es una salida frente a un estado de algo”, que generalmente es una angustia a la cual no se le ve salida salvo la del alivio mediante un corte. Algunos de los pacientes comentaron “pero ella fue super valiente al cortarse, yo no soy tan valiente”, ante esto el psicólogo les dijo que el cortarse era ponerse del lado de los problemas por no poder ver salida (C.O. como que a algunos les pareció esta idea y a otros no, algunos se quedaron con la idea de la valentía). Luego de esto el psicólogo les contó una historia para tratar de hacerles comprender la situación por la que pasó la paciente, les dijo que se imaginaran un bosque muy frondoso, bello, verde y que este tenía un camino que llegaba a una casa hermosa, a la casa de ellos que se divisaba desde lo lejos porque recién íbamos caminando por el camino del bosque; entonces de repente aparecía una niebla espesa que cada vez dejaba ver menos y queríamos llegar a nuestra casa, pero sabíamos por donde porque no podíamos ver y no sabíamos que hacer. Entonces les dijo, “con la niebla parece que las cosas desaparecen, pero pareciera que sí, sólo no se ven, eso pasa con la angustia, pareciera que no hay camino, que no hay casa, no*

*hay lugar de llegada, no se ve la casa y no se ve la salida”, entonces se conversó que puede hacer uno en situaciones así, se habló del avanzar por el camino aunque no se viera este y no se supiera por donde caminar, pero que la posibilidad era irse lento por el camino, porque así se iba a llegar en algún momento a la casa para poder ver con tranquilidad y calma; pero que en el caso de lo que pasó parece que ella no se fue lento, si no que la angustia la habría paralizado en el camino y que por ejemplo no habría avanzado hacia su casa o lugar de refugio, sino que vino el frío y se congeló.*

*La sesión concluyó dejando la idea de que “la niebla no dura todo el año, se disipa en algún momento”, entonces lo que hay que aprender es que “los vestigios de ciertas ideas no necesariamente se van a ir, lo que hay que saber es ¿qué hacer con eso?”.*

#### **5.2.4.- Miércoles 2 de Mayo de 2007.**

*En esta sesión nos encontramos con 17 pacientes. El psicólogo entró a la sala una vez que llamó a todos para que entraran, apagó la música que estaban escuchando los pacientes diciendo “permiso, vamos a empezar”, era un rock clásico del cual es fanático uno de ellos, el psicólogo le comentó “es bueno el grupo este”, el paciente le habló del grupo un poco.*

*Una vez que todos estuvieron dentro de la sala, salvo una paciente que se daba vueltas por ahí y decía que no quería entrar, el psicólogo dijo “¿recuerdan en lo que estamos trabajando?”, varios de ellos se miraron y no dijeron nada, uno de*

ellos le dijo el alta, “claro” dijo él, “estamos viendo el alta porque hay muchos de ustedes que están viviendo este proceso, ¿verdad?, bueno, entonces tenemos que revisar algunas preguntas antes de partir como por ejemplo ¿cómo me voy?, ¿en qué momento de mi vida estoy?, ¿en qué momento de mi enfermedad estoy?, ¿qué significa el alta?, ¿qué voy a hacer con mi futuro?, ¿qué he hecho aquí?, etc. ¿verdad?, entonces la forma que elegimos para contestar estas preguntas fue que cada uno escribió tres palabras que le vinieron a la mente al pensar en el alta y las hemos estado revisando, ya saben como funciona, ¿verdad?, bueno, entonces ¿quién quiere partir?”.

Uno de los pacientes le dijo “¿puedo ir al baño?”, el psicólogo le contestó “pero si acabamos de entrar, por qué no fue antes, ¿se puede aguantar o es muy urgente?”, él dijo “sí, muy urgente”, le dijo entonces que fuera pero rápido. En este momento desde la oficina de dirección y del equipo se escucharon unas risas y conversaciones, el psicólogo dijo “permiso chiquillos vengo inmediatamente”, entonces salió de la sala y cuando volvió ya no se escuchaban las voces (C.O. ha pasado algunas veces que desde aquella oficina se escucha hacia la sala, ha sucedido que son integrantes del equipo que están conversando o también ha ocurrido que los ruidos son parte de reuniones familiares que se llevan a cabo allí. Al avisarles que se escucha ya no vuelve a suceder durante las sesión).

El psicólogo retomó y dijo “¿quién quiere partir entonces?”, uno de los pacientes dijo “yo”, su voz era muy fuerte (C.O. hablaba como gritando), se buscaron sus palabras y se le entregaron, las leyó fuertemente para todos, dijo “esfuerzo, disciplina y perseverancia”, luego agregó “siempre me aguanté para ser de los últimos, para dar la oportunidad a mis compañeros, pero ahora dije que quería partir”, se le dijo que estaba bien que partiera, se le preguntó por qué aguantarse si tenía las mismas

condiciones que sus compañeros para poder participar de las sesiones, no contestó (C.O. su voz era muy fuerte, sonreía al hablar, pero parecía algo culposo en su forma y en lo que decía).

Se le dijo que explicará el por qué de esas palabras, él dijo “esfuerzo, disciplina y perseverancia son necesarias para la vida, para sanarse, para estar saludable y a mi me falta un poquito de esas para poder estar bien”, se le dijo “parece que estas cosas tienen más que ver con qué hacer para que me den al alta”, se habló de que había que aprender a diferencia entre lo que era necesario y lo que era suficiente, por ejemplo, se dijo “la disciplina es necesaria pero no suficiente”, se dijo “el alta es algo digno de sentirse orgulloso, es como una meta, tiene que ver con cosas concretas, tiene que ver con temores e incertidumbres”.

Luego se siguió con las palabras de otro paciente, porque el psicólogo dijo “alcanzamos a ver otro más ¿quién sigue?”, un paciente levantó la mano, sus palabras eran “trabajo, estudio, pololear e irse a EEUU”, se le dijo “las cosas que usted quiere parecen cosas razonables, pero es necesario pensar ¿en qué momento de su vida está usted acá?, parece que falta un trabajo previo de perseverancia y adecuación para luego poder pensar en eso ¿verdad?” (C.O. este paciente está llegado hace poco al diurno, comenzó viniendo desde hospitalizado y aún no se ve muy bien, constantemente está escuchando voces y teniendo alucinaciones, incluso durante las sesiones, muchos de sus compañeros quedan mirándolo cuando esto ocurre, dicen que les asusta un poco, porque es difícil estar con él en esas situaciones ya que generalmente es lo que se dice “un amor” y cuando está productivo se vuelve un tanto obstinado. Hoy no está del todo bien, no se le toma lo que él trae porque no parece estar muy concentrado y parece estar escuchando voces, pero se toman sus temas para ser trabajados con el grupo). Él ríe y dice que quiere pololear y viajar a Estados Unidos para eso necesita trabajar, porque necesita dinero para conquistar a la polola y dinero para viajar (C.O. se ve como ido).

*El psicólogo comentó “el alta no es sólo hacer lo que no se puede hacer en el diurno, sino que hacer lo que ya se ha hecho, los logros que se han alcanzado acá... con las metas y objetivos empezamos a proyectar y olvidamos lo que pasó, olvidamos la hospitalización y no recordamos que uno no lo estaba pasando bien, siempre van a quedar lados frágiles de esto dentro de nosotros... por eso el trabajo es positivo, pero no es lo más importante, y parece que hay una idea fija en esto de que lo único que nos valida es el trabajo y parece ser la única opción, entonces, si ésta es la única opción y esta no resulta uno se queda sin nada, entonces mejor tener hartas opciones, está la idea de que las posibilidades son salir de alta, trabajar o se va al vacío ... no caigamos en cosas ilusorias de que hay cosas mágicas como el trabajo que sanará todo o que este HD y el alta sanarán todo, como si el que se va de alta es porque se sanó... la sensación de la gente que empieza a venir acá, generalmente es preguntarse ¿por qué estoy aquí si debería estar trabajando?, eso hace aterrizar el que hay existencia de una enfermedad... entonces es necesario tener conciencia de que este es un proceso y que no va a salir rápido... ¿es el trabajo lo único valorable después del alta?... con el alta se piensa cómo volver a ser normales y tener casa, trabajo, auto, etc. y se desconsidera el trabajo personal que se ha desarrollado hasta ahora”.*

*Se cerró la sesión reflexionando entre lo que dijo el psicólogo y lo que comentaron los paciente “con todo esto que estamos pensando nos damos cuenta que todo es un proceso, no es al tiro, además hay una gama de opciones para hacer una vez que se salga, no sólo trabajar, por eso es necesario darle un valor a lo que ocurre acá y no sólo a lo que ocurrirá cuando uno salga”, un paciente agrega “acá he aprendido a aceptar la enfermedad, y eso me ha hecho más cuidadoso de mi”, el psicólogo agregó “está bien que nosotros tengamos un saber y los acompañemos y los escuchemos en este proceso, pero nosotros no hacemos nada si ustedes no quieren recuperarse, no somos sanadores, no desconozcan la propia pega que ustedes hacen aquí”.*

Al finalizar el psicólogo le preguntó al segundo paciente que presentó sus palabras si quería recostarse porque se veía mal, este le dijo que sí, que estaba escuchando voces y tenía pena por lo que le decían, porque él no era malo.

#### **5.2.5.- Lunes 14 de Mayo de 2007.**

12 Pacientes asistieron hoy, el psicólogo nuevamente inició su sesión preguntando “¿cómo están?”, uno de ellos dijo que bien y que andaba con sueño porque ayer había ido a un cóctel, inmediatamente al decir esto todos lo miraron, el psicólogo le dijo “mire que bien, ¿a un cóctel de qué?”, él dijo “ah, es que mi papá me llevó, él en el diario busca dónde hay cócteles gratis de cualquier cosa y vamos, comimos bien rico y mi papá tomó vino... era un cóctel de una presentación de un libro allá en el centro, fuimos en micro”, entonces comenzaron las risas de los compañeros y las “tallas”, le dijeron “ah que soy importante tu, en un cóctel andabai paseando con la gente importante y con mozos”, se rieron y se le dijo dentro de las tallas también que invitara para la otra, pero que avisara antes y no después, todos se rieron.

Luego, el psicólogo dijo “bueno chiquillos hemos estado revisando qué pasa con el alta en este lugar, qué nos hace pensar y cómo lo entendemos, ¿verdad?, porque hay muchos que están viviendo el proceso de alta de este lugar y se están preparando para salir de este lugar, entonces es bueno trabajar las ideas con las cuales van partiendo, ¿verdad?. Así es que la forma en la que hemos estado trabajando ha sido que ustedes anotaron en una hoja tres palabras que les vinieran a cada uno al pensar en el alta y desde ahí comentamos qué nos hacen pensar esas

*palabras, ¿verdad?, bueno, entonces ¿quién quiere partir hoy?”. La verdad es que nadie levantó la mano y nadie dijo yo, pero el psicólogo recordó que dos de los pacientes que estaban ahí hoy partían esta semana de alta y no habían presentado su trabajo, así es que les dijo que ellos tendrían que ser los que presentarían su trabajo hoy. Ellos rieron y dijeron “ya poh”, “yo parto ” dijo uno.*

*El autor de este trabajo escribió las palabras “recuperación, metas, relajo y alegría”, primero las leyó ante los compañeros y luego se le pidió que dijera algo en relación a la elección de esas palabras, él dijo “recuperación porque aquí cambia positivamente la personalidad, estoy menos para adentro, me siento contento, más animoso, más despierto... mi mamá y papá me han notado que estoy mejor, escucho voces pero poco, todo ha sido un proceso para mí, lo que me complicaba eran las voces, pero ahora me he sentido mejor, no escucho nada... acá me han hecho pensar más, yo salí del colegio y no tomé más un lápiz, y al hacer dibujos acá me doy cuenta de que puedo, antes me decían en mi casa hacete un dibujo y me sentía mal y no hacía nada”.*

*Se le preguntó por su segunda palabra “metas”, dijo “es que ahora estoy más seguro de lo que quiero, lo tomo más con responsabilidad”, el psicólogo le preguntó si metas estaba asociado a trabajo, dijo “sí, me gustaría trabajar como independiente con ropa, vendiendo en el persa... me encuentro bien, ni un problema”. Se le comentó que parecía que el alta era como retomar algo que había sido dejado en pausa y se le preguntó si metas era pensar responsablemente en un trabajo, dijo que sí, “llegar a la hora, ser atento, dinámico”, se le dijo “pero también parece que es comprometerse consigo mismo, porque cualquier estrés produce voces, ¿o no?”, dijo “todo lo tomo con calma, voy con otra disposición, tengo que parar los nervios, el sistema nervioso... cuando yo llegué aquí pensé que no iba a ser capaz, tomar el lápiz... yo decía tengo que ir porque es por el bien mío... en este tiempo que me queda poco lo estoy tomando con relajo, me pongo un poquito*

nervioso”, se le dijo que parece que veía todo positivamente, pero que también era necesario ver si había algo negativo del alta, entonces se le dijo “es necesario preguntarse si hay un lado negativo del alta”, él dijo “todos le tienen un poquito de recelo a salir, están nerviosos al salir, a mí no me pasó, yo voy a lo más concreto, pienso que voy a trabajar”, entonces el psicólogo le dijo “a qué voy a dedicar mis días no es fácil preguntárselo, estamos alegres porque estamos mejor, pero hay que tener claro lo que vamos a hacer en ideas y conductas, en ideas está claro lo que quiere, se ve proyectado, está clara la meta, ahora hay que ver cómo hacerlo, ¿verdad?”, contestó “sí” y se le dijo “hay que tener cuidado porque pueden venir bloqueos y así se hace difícil pensar ciertas cosas”.

(C.O. en esta situación la conversación se hizo más directa entre el psicólogo con el paciente, no hubo tantos comentarios desde los compañeros. Da la impresión que este paciente posee muchos recursos y es uno de los cuales no se les nota la enfermedad, salvo por la mirada un poco ida a veces. Pareciera entonces que la conversación pudo darse a un nivel un poco más directo y rápido en comparación a lo que el grupo puede seguir, de todas maneras, algunos de sus compañeros también opinaron, pero sus comentarios iban más por el lado de desearle buena suerte en lo que quiere emprender que siguiendo la línea del psicólogo que le exigió reflexionar un poco más en todo esto que parecía tan claro.)

Luego de comentar su trabajo, como había sido acordado al inició le tocó a su otro compañero que partía de alta presentar su trabajo, mientras lo buscaba el psicólogo algunos pidieron permiso para ir al baño, se les dijo que sí, pero que fueran rápido. Desde la cocina, por la hora, ya aparecía un olor del menú del día, a varios le empezó a estimular el apetito aquella situación, inclusive lo comentaron entre medio.

El psicólogo le entregó las palabras que había escrito el segundo expositor y este las leyó frente a todos, sus palabras fueron “independencia, felicidad, trabajo y

alegría”. Se le pidió entonces que primero comentara por qué eligió esas palabras, él dijo “si trabajo quiero vivir solo y así tendría mi independencia”, dos de sus compañeros opinaron que “es mejor no vivir solo todavía por las recaídas”, otro agregó “uno puede ser independiente viviendo con los papas”. Entonces el psicólogo dijo “parece que la idea de independizarse es buena por donde se mire, lo complicado es el momento en el que uno se encuentra, ¿verdad?, poder saber cuándo es el momento adecuado o cuán listo uno está para eso”. El paciente autor de las palabras dijo “mi madre también quiere vivir sola... yo nunca he invitado amigos a mi casa y me gustaría invitar amigos, porque lo encuentro interesante para mi vida, no coincidimos en eso con mi madre”, varios le dijeron que obviamente eso era interesante para su vida y que también era necesario, se habló la idea de lo complicado que es hacer cosas que uno quiere cuando se vive con los padres y estos tienen sus mañas o sus costumbres. El paciente agregó “independizarse sirve para prepararse para la partida de los padres” (C.O. para él parecía más complicado aún el tema, porque tiene 34 años y volvió a vivir con su madre después de haber estado casado y con hijos, el resto siempre había vivido con sus padres).

Luego se le preguntó por la palabra “felicidad” y la palabra “alegría” que habían sido escritas por él, se le preguntó por la diferencia entre estas, él dijo “felicidad es lo que todos buscamos, la felicidad llena el cuerpo, la alegría es momentánea”.

Esta sesión concluyó con muchos temas para reflexionar, algunos se llevaron algunas preguntas que aparecieron aquí para ser trabajadas dentro de sus espacios de psicoterapia individual, esto se les dice “recuerde esta inquietud que tiene para que la trabaje con su psicólogo en su psicoterapia individual”, a ellos parece agradecerles cuando ocurre esta situación, siempre dicen que sí.

Terminó la sesión y todos partieron a fumar.

### 5.2.6.- Lunes 11 de Junio de 2007.

*En esta sesión se presentaron 11 pacientes (C.O. parece en los meses de invierno hay más inasistencias por el frío. Es un día de lluvia así es que los pacientes están fumando en el pasillo, es más fácil llamarlos desde ahí porque es como una extensión de la sala de terapias grupales).*

*En esta ocasión fue una de las pacientes la que se paró a apagar el televisor, miró al psicólogo y le sonrió, el psicólogo le dio las gracias, luego dijo “¿cómo están?, hay personas nuevas hoy” y miró a uno de los pacientes que estaba sentado un poco más atrás en el grupo, él sólo movió la cabeza. El psicólogo le preguntó si quería contarle a sus compañeros por qué había vuelto al HD (C.O. él es un paciente que estuvo en el verano en el HD y ha vuelto porque volvió a consumir drogas y esto afectó nuevamente el que pudiese seguir estudiando y poder sacar la enseñanza media, lleva dos semanas en esto y se conversó que el HD podría ser un lugar de protección mientras se veía qué estaba pasando), él guardó silencio harto rato, el psicólogo insistió en la pregunta y este respondió “no hablo porque me da vergüenza estar aquí”, el psicólogo le dijo entonces “parece que no es fácil hablar de lo que ha pasado”, el paciente movió la cabeza diciendo no. Entonces el psicólogo le dijo a los pacientes que él estaba pasando por un momento difícil y que como protección para que se cuide va a venir por unas semanas solamente.*

*El psicólogo retomó la pregunta inicial “¿cómo están?”, uno de los pacientes dijo “el sábado salí a carretear y me tomé 4 cervezas y llegué a la casa curado, vomité en el baño y mi papá se enojó conmigo, igual me sentí mal después, no quería*

vomitara”, se le preguntó al respecto, los compañeros también le dieron opiniones y él dijo “yo quería carretear porque me sentía aburrido y cansado... quedaron rastros de lo que hice”, se le dijo que esto podría conversarlo con más profundidad en su psicoterapia.

Luego se les preguntó nuevamente cómo estaban a los demás y uno de ellos comentó un incidente que hubo el viernes (C.O. resulta que uno de los pacientes que fue dado de alta hace poco de hospitalizado del HFB aún escucha voces y le molestan, dice que escucha a su vecino que le dice improperios y que su vecino también le tira ilusiones, lo ve y lo escucha, también algunas otras cosas, pero el viernes se desesperó y angustió porque estaban muy agudos los síntomas, entonces dijo que iba a ir a matar al vecino para que deje de molestarlo, este comentario lo dijo delante de todos sus compañeros en otra sesión grupal, por lo que muchos de ellos quedaron preocupados).

Recordó lo ocurrido y les contó lo sucedido a sus compañeros que no habían estado ese día, dijo “estaba preocupado por lo que hablaba él, me asustaba lo que decía... no sé cómo ayudarlo para que esté bien... no tenemos como ayudarlo, está en él no más, está en su mente... ¿cómo ayudarlo si uno le decía que era de su imaginación la voz y él no entendía?”. El psicólogo le dijo “cuando ocurren cosas fuertes o emotivas aparece la idea de cómo ayudar al otro, y rápidamente aparece también la idea de la frustración del no hacer nada y así se nos olvida lo que sí hacemos por el otro... he ahí la importancia del apoyo, del escuchar sin reclamos, estar ahí para el otro, disponible, y si el otro no lo quiere así, entonces respetar su soledad y con eso lo apoyamos”. Además se recalcó que era bueno conversar estos temas que quedaban dando vuelta y que este era el espacio para hablar de ellos, porque en este espacio se habla cosas de uno que pueden ser escuchadas por otros que nos pueden aportar en algo, dijo “traigo esto para conversarlo, porque cuando pasan cosas así cuesta hablarlo y le pasan cosas al que le pasó y al resto también porque lo vive”. Se explicó que aquel paciente no estaba bien y que ahora está en el quinto piso nuevamente hospitalizado, lo están estudiando para ver que se puede hacer.

*Mientras se habló de esto todos estábamos sentados alrededor de la estufa que tenía un calor de hogar, inclusive la gata entró a la sesión nuevamente y se recostó entremedio de dos pacientes, parece que buscaba calor y cariño, cuando se despertaba y se ponía inquieta paseándose entre los pacientes el psicólogo la sacaba o le decía a alguno que lo hiciera y se cerraban todos los accesos, porque buscaba por dónde entrar. Las pacientes que estaban sentadas junto a la estufa buscaron ese lugar cuando entraron a la sesión, acomodaron la estufa entre ellas y durante toda la sesión calentaron sus manos frente a ella.*

*Luego de todo esto que se había conversado hasta ahora el psicólogo dijo “aún nos queda tiempo chiquillos, hemos conversado de varias cosas que eran necesarias, y aún nos queda tiempo para revisar uno de los trabajos que tenemos para hoy, entonces ¿quién quiere presentar su dibujo?” (C.O. en esta ocasión la actividad es dibujar cómo nos vemos en el futuro y la dinámica para ser revisado es la misma de siempre, todos lo ven luego comentan y se ve qué hace sentido para el autor). El mismo paciente que dijo haber carreteado el sábado al inicio de la sesión lanzó un “yo”, fue ubicado su dibujo y comenzó a correr por las manos y los ojos de sus compañeros.*

*El dibujo era una sala de ensayo (C.O. es sabido lo buen músico que es él y autodidacta, ha demostrado varias veces su voz y su habilidad con la guitarra durante los ratos libres en el HD), la sala se ve como un cubo al cual se le dibujaron sólo dos caras, no tiene techo, sólo suelo y dos paredes. En ella al lado derecho, de frente, hay un piano con un asiento adelante; luego hay dibujado una caja de enchufe; más a la izquierda, pero al centro de la hoja hay un amplificador por el cual salen notas musicales y le hizo un efecto de que tiene sonido, este está enchufado a la corriente además de a la guitarra que él tiene en sus manos parado junto al amplificador más al extremo izquierdo. Se dibujó con su ropa habitual, pero con pelo largo (C.O. él lo tiene corto). En el extremo izquierdo está la pared dibujada, en la parte de abajo apoyado en ella un violín y en la parte superior de la pared una ventana cerrada, parece que no se puede abrir, desde ella no se ve para afuera.*

*Los compañeros dijeron diferentes comentarios como “es un estudio de música”, “a él le gusta la música”, “no se parece a él”, “se ve solo”, “está solo y con muchos instrumentos, ¿todos los vas a tocar tu solo?”, “falta la banda para todos los instrumentos”, “tiene el pelo largo y él tiene el pelo corto, no se parece”, “está tocando guitarra”, “él toca super bien”, “tiene una ventana, pero no se ve nada para afuera, como que no le importara el resto, está como aislado en la sala de música”. El psicólogo fue repitiendo los comentarios de los pacientes y recalca quién lo había dicho originalmente, luego de tenérselos frescos en la mente al paciente autor del dibujo, le preguntó “¿qué le parece lo que le dijeron?”, él dijo que el dibujo era su sueño, que a él le gustaría poder tener un estudio de música en su casa y poder tocar ahí sin que lo molestaran, dijo que le parecían bien los comentarios y que él antes tenía el pelo largo, que con la hospitalización su mamá se lo cortó y él no quería, que volver a tener el pelo largo es parte del sueño que tiene también. Luego hizo referencia a la banda que le dijeron que faltaba y dijo “sólo es más fácil, incluir a otros es difícil”, se le dijo “quizás la banda con varios sonaría mejor que con uno”. Se intentó relacionar esta metáfora de la banda con su vida y su soledad (C.O., parecía muy complicado para él, no sabríamos decir si algo de esto le quedó por lo menos como duda o pregunta siquiera). También se le intentó dejar la idea de que no se veía por esa ventana, ni siquiera se veía la puerta en la sala, entonces eso también hablaba de su soledad, su aislamiento y su desconexión con el mundo, síntomas característicos en el de la enfermedad (C.O. tampoco sabemos si estas ideas movieron algo en él o más bien en los que escuchábamos).*

Así terminó la sesión.

**5.2.7.- Miércoles 11 de Julio de 2007.**

Hubo 14 pacientes en sesión, todos muy calentitos alrededor de la estufa, un par de ellos se aseguró de quedar al lado y poder calentar sus manos y sus pies desde sus asientos durante toda la sesión, otros para capear el frío no se sacaron sus parcas. El círculo u óvalo habitual de sentarse se mantuvo.

*Al iniciar la sesión llamó la atención un nuevo visitante del lugar, la verdad era una nueva visitante del lugar, una pequeña perrita negra de pelaje corto recién nacida llegó con una polera pequeña puesta, estaba toda mojada por las lluvias, fue la sensación del HD, ya había aparecido antes por ahí, pero sin aquella polera. Una de las pacientes al verla le sacó la polera y se la lavó, venía embarrada, luego se la secaron durante la sesión en la estufa. A todo esto la perrita se instaló en la sesión en el suelo al lado de la estufa y se echó a dormir durante toda la sesión, no hubo paciente que se resistiera a mirarla por ciertos ratos ni a llamarla ni a hacerle cariño, era muy juguetona, hasta el psicólogo le hizo gracias, al final de la sesión ya se había elegido el nombre de la perrita, fue propuesto por un paciente y a todos les gustó, la llamaron "Sombra". La única que no estuvo de acuerdo y le incomodaba su presencia fue la gata que se llama "Pelusa", al ver que la perrita estaba dentro de la sala, se quedó parada en la puerta mirando antes de entrar y para entrar se dio la vuelta más larga para no topársela y se subió al sillón y se acurrucó junto a un paciente. Con todo este revuelo comenzó la sesión el día de hoy, esto generó buen ánimo de parte de todos y inclusive risas por las reacciones de los animales.*

*De todas maneras, a pesar de lo ocurrido e interferido de la psicoterapia el psicólogo preguntó "¿cómo están chiquillos?", nuevamente el mismo paciente de hace un tiempo dijo que había ido a un cóctel con su padre, dijo que ahora va cada vez que se puede, que van como tres veces a la semana y que le gustan, porque comen gratis y ha tomado vino, que el papá cuando va toma mucho en los cócteles y que en uno anterior su papá había conseguido llevarse a la casa una bolsa gigante de dulces*

*que les repartió a todos. La historia de los cócteles causa risas en los pacientes a penas él los menciona, más de alguno le “echó una talla” al respecto, él también se ríe (C.O. pareciera que los pacientes sintieran algo extraño de estas historias que cuenta este paciente, da la impresión que en un principio sonaba a algo cultural la actividad, pero con el tiempo parece algo compulsivo y un poco bizarro. Pareciera que el paciente no nota lo que implican las tallas de los compañeros y sus risas).*

*Luego de esto se dio paso a la actividad en la cual han estado trabajando este tiempo. El psicólogo dijo “chiquillos, ya sabemos en lo que estamos trabajando, ¿verdad?, entonces ¿quién va a partir hoy?” (C.O. en estas semanas se ha trabajado la consigna que dice que hay que dibujar una mochila que dentro de ella tenga escrito lo que se carga en esa mochila, cuál es el peso que tiene al mochila que cargamos). Un paciente dijo cándidamente “yo”, se buscó su dibujo y una vez más, como es lo habitual comenzó a dar la vuelta entre sus compañeros (C.O. este paciente tiene como aires de grandeza, a veces parece creerse Dios ante todos, como superior, generalmente utiliza palabras complejas que sus compañeros no entienden y sólo si le preguntan explica de qué se tratan, además utiliza algunos neologismo habitualmente).*

*El dibujo era un rectángulo alargado hacia abajo con contornos redondeados que dentro de él llevaba las palabras “amor, paz, paciencia, ternura, virtudes, familia, universo, infinito, justo, ufoalpiadosin, luto familiar, salud, bienestar, economía, opinión, certeza y celeridad”, estaba hecho en el centro de la hoja y no ocupaba todo el espacio. El borde del rectángulo tiene los colores amarillo y azul y sobre este tiene los números “5677”.*

Se le dijo a sus compañeros que dijeran lo que veían y dijeron “es un saco”, “tiene hartas palabras, no deja espacios”, “no hizo una mochila”, “¿por qué tiene esos colores?”, “¿por qué tiene ese número arriba?”, “su mochila tiene harto peso”, “le pesan hartas cosas que son positivas”, “podría ser un pergamino también”, “un pergamino con una declaración”, “¿qué significa ufoalpiadosin?”, “¿qué significa celeridad?”, “no entiendo qué significan todas las palabras”, “es más incómodo llevar un saco que una mochila”. Luego de esto él dijo explayadamente su opinión en relación a la opinión de sus compañeros, dijo “el mío es un saco... (¿?) no tengo mochila, hay que arrastrarlo, son más incómodos, podría ser también un rollo abierto, un pergamino, una declaración... el saco me da la sensación de que lo llevo en la espalda, con una mano, a veces con dos, hay que acomodarse a llevar un saco, es distinto a la mochila... (¿?) Sí, me pesan las cosas positivas, porque las cosas positivas que pesan son de responsabilidad, el ser una buena persona es ser sobre-exigido... (¿?) Ufo de ovni y alpiadosin de virtud, entonces significa protección para todos los niños, lo supe en un sueño que tuve (C.O. neologismo)... (¿?) Azul y amarillo porque son los colores de protección de los niños... (¿?) Celeridad es no perderse, no desviarse versus lo justo...”, se le preguntó si hay cosas negativas en su mochila ya que no las puso y dijo “consecuencias de seguir un juicio, haber dado cabida a un sentimiento de odio en el corazón de la familia y mío, no quiere ver el perdón la mamá, eso perjudica nuestro amor... lo más simple y lo más complejo es el amor” (C.O. este paciente se descompensó hace un tiempo por la muerte de su hermano en un accidente, por esta razón la familia sigue un juicio buscando culpables, todo esto ha generado una desestabilización familiar, la cual relata de esta forma él).

Luego de este trabajo se revisó el trabajo de un nuevo compañero que decidió voluntariamente compartirlo hoy, aún había tiempo, la dinámica es la misma. **El olor a**

*comida se siente más que otras veces, el frío hace tener todo cerrado y la cocina está conectada con la sala.* *El dibujo muestra en toda la hoja una escalera con muchos peldaños, delante de la escalera hay un hombre de espalda con los brazos hacia arriba como intentando subir, en su espalda lleva una mochila, dentro de ella están las palabras “sentimientos, proyectos, ideas, estudio, preocupaciones, metas, familia, salud y temores”.* *Sus compañeros le dijeron “es un hombre tratando de subir una escalera”, “está de espalda”, “sólo ve la escalera, no ve detrás de él”, “quizás sólo quiere lograr sus metas”, “se ve difícil subir”, “no tiene suelo el dibujo”, “no se sabe dónde llega la escalera”, “busca alcanzar el éxito que se representa en las escaleras, lo busca aunque le cuesta alcanzarlo y llevando una mochila pesada”, “se ve duro el dibujo, pero hay que poner corazón para que no se haga tan pesada la mochila”, “ya subió los brazos, avanzó, ahora faltan los pies, un peldaño día a día, no la escalera completa”, “como que le da miedo caerse”, “se parece a spiderman (súper hombre)”, “al hacer una escalera puede indicar que se toma la vida con más dificultad”, “la escalera termina en un punto”, “los temores están al fondo de la mochila, pueden ser que pesan mucho, que están que se fugan o que hay que esconderlos, ahora, si uno esconde los temores después molestan inconscientemente, hay que saber reconocerlos”.*

*Él contestó “La escalera son las metas que tengo que alcanzar, tengo que hacerlo, así es la vida, uno tiene que luchar... los proyectos son un peso, pero también me dan entusiasmo, si no, no tendría motivación, los temores que llevan los proyectos son el fracaso, eso me pasó una vez, no resultó y me dio miedo enfrentar de nuevo lo que quería hacer... pero si uno ya tiene una mochila no saca nada con quedarse parado, hay que avanzar... aquí he logrado cambiar el sentido de las cosas y la personalidad en desplante, ahora converso, no me aíso, ahora pienso mejor las cosas, estoy como despierto... me pongo exigente, pero sé que puedo lograrlo”. Luego el psicólogo hizo una pregunta a sus compañeros en relación al dibujo y que obviamente lo implicaba a él y él dijo “ya poh,*

nada más, pasemos a otro”, al preguntarle dijo que era un tema complicado y que ya le habían dicho suficiente para pensar (C.O. parece que los comentarios de los compañeros fueron muy acertados para él en esta oportunidad). Entonces se redondearon las últimas ideas y terminó la sesión.

#### **5.2.8.- Miércoles 1 de Agosto de 2007.**

En esta sesión participaron 17 pacientes, la gata Pelusa no estaba (C.O. parece que son los primeros efectos del mes de Agosto). El psicólogo al entrar a la sesión comenta lo que se está viendo en la televisión y luego de que termina la escena que comentaron la apagó, rieron al compartir algo de ese momento con él.

Uno de los pacientes hacía un sonido con la nariz (C.O. como sorbeteando los mocos), era molesto para todos los que estaban sentados cerca de él, inclusive para el psicólogo, cada vez que lo hacía todos lo miraban y él los miraba de vuelta con un movimiento involuntario de cabeza como afirmando algo, entonces el psicólogo le dijo “vaya a sonarse”, y el dijo “no, si estoy bien” (C.O. parece que este también es como una especie de tic que tiene), entonces se le dijo que no hiciera más eso si es que no tenía que sonarse, de todas maneras el paciente sacó un pañuelo (C.O. la verdad un papel higiénico que dejaba bastante que desear) y se sonó.

Continuaron con la actividad de las mochilas y el peso que se lleva en ellas. La dinámica fue exactamente la misma a las sesiones anteriores.

Una paciente decidió que se trabajara su dibujo, este era una mochila grande que ocupaba toda la parte central de la hoja, ella misma dijo “el mío es el de la

*mochila grande”, era una mochila cuadrada con tirantes que le colgaban a cada lado, tenía un bolsillo chico en el frente, en la parte de arriba se veía el carril del cierre, este no tenía broche para poder abrirlo. En la parte de arriba de la mochila tenía escrito “padre ausente, abandono, trabajo, hermana, la enfermedad” y en la parte de abajo dentro del bolsillo pequeño llevaba las palabras “estudio, soledad agresividad del padrastro y autoestima”, estas dos últimas palabras se salían del bolsillo y se cortaban quedando “agresividad” dentro del bolsillo y “del padrastro” fuera de este, también “auto” quedaba fuera y “estima” quedaba dentro. El bolsillo chico sí podía abrirse.*

*Le dijeron “no se puede abrir el cierre”, “que grande su mochila”, “que fuertes sus palabras” (C.O. no se las esperaban de ella, porque es bien tímida y como buena persona, y estas palabras sonaban agresivas y con dolor), “no tiene color”, “¿por qué padre ausente?”, “¿por qué abandono?”, “¿por qué la hermana es un peso?”, “¿qué agresividad del padrastro?”, “se siente sola”. Ella contestó reservadamente a las preguntas, salvo cuando se le preguntó por la hermana, allí explicó la situación que tiene con ella, la hermana se fue de la casa hace un tiempo porque se casó, pero no le ha ido bien en el matrimonio y parece ser que le exige a su hermana, a ella, que vaya a verla y vive lejos y ella tiene que ir a verla cuando ella quiere aunque ella no tenga ganas. Entonces, la paciente en relación a lo dicho dijo “yo tengo que saber partir para acompañarla... es complicado decir que no, sobretodo a los seres queridos... es difícil poner límites entre los problemas de uno y los de los otros... los problemas van a estar siempre allí... hay problemas que no se van a solucionar nunca”.*

*Un paciente agregó a lo que se estaba conversando “el copete sirve para olvidarse un rato del problema”. El psicólogo le dijo “todo lo que sale ahora surge a raíz de los problemas que tenemos, por ejemplo, maquillaje para la fealdad, copete para olvidar, play station para la entretención, etc. pero cuando uno identifica aquello que le pasa es más fácil resolverlo, cuando logro identificar qué es lo que me pasa o pesa, entonces puedo estar preparado para saber lo que me va a pasar en esa situación o en ese momento”.*

*En relación al conflicto que más le pesaba a esta paciente el psicólogo le dijo “hay unos que tienen que aprender a hacer las cosas, otros tienen que aprender a no hacerlas... en este caso tenemos una hermana casada que cuando se queda sola pide compañía, entonces aquí vemos dos problemas uno de la hermana (ajeno) y uno personal, de usted, saber decir que no”.*

*Mientras se conversaba esto un paciente comenzó a sentirse mal y pidió permiso para salir un rato, se le dijo que sí, peor que le avisara a la paramédico para ver si se podía recostar en la camilla.*

*Luego se pasó a otro dibujo, este era de un paciente joven. El dibujo era parecido a una caricatura de un joven con ojos grandes como desorbitados, se parece bastante a él en los rasgos notorios de su rostro y su corte de pelo, de hombros encogidos con una mano estirada como pidiendo plata, los pies abiertos y le da sobra hacia delante. La mochila la lleva en la espalda, a penas se ve un costado de esta, es lo único que está pintado en el dibujo de color naranja. El dibujo tenía las mismas expansiones que él tiene. Fuera de esta están escritas las palabras “eskisofrenia y rabia”. Le dijeron sus compañeros “está bakán el dibujo”, “es como una caricatura”, “¿por qué pintaste sólo la mochila?”, “¿por qué las palabras están afuera?”, “esas palabras yo creo que las compartimos todos nosotros”, “está como pidiendo plata”, “se ve como perdido”, “como que tiene cara de perdido, como de un mochilero que hace dedo”, “quizás está cansado de las cosas que pesan, por eso las*

pone afuera de la mochila”, “podría querer que se ve a la persona y no la enfermedad”, “podría estar inconforme con el diagnóstico”

Entonces él dijo “prefiero esconder, no demostrar que tengo esa enfermedad”, un compañero agrega “uno se deprime en privado” y el psicólogo preguntó “¿qué significa demostrar que tiene esa enfermedad?, parece que pensar en angustia y en EOZ pareciera que es pensar que todo está perdido”. El paciente respondió “es que siento rabia porque a uno la familia lo trata diferente, yo no me siento enfermo, pero no voy a volver a ser el mismo de antes... me gustaría ser el mismo de antes para mi familia... la vida me pasó la cuenta de las cosas que hice antes”. El psicólogo le contestó “bueno, ese mismo de antes tampoco lo pasaba muy bien, habían cosas que igual le molestaban sólo que ahora hay un diagnóstico... fácilmente nos olvidamos de las cosas que nos hacen mal y nos cuesta agarrar lo que nos hace bien... Todos tenemos cosas en el pasado que son dolorosas, acá no sólo se habla de remedios, de sentirse enfermo, sino que también de cuidarse y no cuidarse... la EOZ tiende a reducirse a que significa sólo no consumir más (alcohol y drogas), y la verdad es que implica muchas otras cosas que no queremos ver, por ejemplo ocupar el pasado para aprender de eso, y no sólo recordarlo como que lo pasaba bakán, porque también lo pasaba mal y es doloroso recordarlo, ¿se les borró todo con la EOZ?, no, les queda el pasado”.

Un paciente le dijo “yo antes la pasaba bien carreteando, ahora no sé como divertirme sin carretear, se extraña el copete que te deja más alegre, con personalidad”, otro agregó “en el pasado no miraba p’ ningún lado, sólo le daba p’ adelante”. El psicólogo les preguntó “¿qué es pasarlo bien?”, varios contestaron “reírse, disfrutar, compartir, pinchar, hablar estupideces, andar arriba de la pelota, desahogarse”. Una paciente dijo “con la enfermedad nos estamos invalidando como personas, hay que hacer de todo sólo saber medirse y aprender a divertirse con otras cosas”. El psicólogo agrega “es una ilusión que sólo yo tengo que limitarme y el resto lo pasa chanchito, todo en exceso

tiene limitaciones, porque todo en exceso es malo... cuando en la tele sale la media mina en el comercial de cerveza y los minos conquistándolas es una ilusión, hay un comercial que dice “prende tu mente” con la cerveza, eso es vender una ilusión, nos desconecta de la realidad, uno lo idealiza, es bien ilusorio esto del carrete y el copete, parte desde los comerciales que venden una ilusión... por eso divertirse está asociado a tomar... si quiere un pito al mes hágalo, pero sepa usted que se puede descompensar y si aún quiere entonces hágalo... pero debe ver ¿cuánto se pasa bien y cuánto mal?, ¿qué pesa más?”.

Esta sesión terminó intensamente con un tema que es sensible para estos pacientes sobretodo porque son jóvenes en su mayoría y muchos tienen antecedentes de consumo de alcohol o drogas.

#### **5.2.9.- Miércoles 28 de Noviembre de 2007.**

En esta sesión hubo 13 pacientes. Al iniciar la sesión grupal, el psicólogo mencionó “como ven hoy día nos acompañan Leo y Nydia” (C.O. cada uno de los pacientes ya nos ha visto y nos ubican, sin embargo en esta ocasión la situación es diferente a las anteriores debido a que ya terminamos nuestra práctica profesional en el HD hace más de un mes, por esta razón es que desde ese tiempo no hemos participado de las psicoterapias grupales como era una constante anteriormente).

Luego retomó el trabajo que han estado realizando hace algunas sesiones, dijo “estamos nosotros en como se llama esto, parece que no tiene nombre, pero quién recuerda en qué estamos”, los pacientes escuchaban atentamente y uno de ellos dijo “en el pasado y en el futuro”, el psicólogo dice entonces “exactamente,

estamos viendo la línea de vida, por eso comenzamos por el pasado cuando éramos chiquititos". **Mientras él explicó esto algunos de ellos comenzaron a inquietarse, en especial un par de niñas adolescentes, una de ellas buscaba algo dentro de su bolso, él le llamó la atención (C.O. la verdad es que su búsqueda distraía al resto); la otra niña, sentada en el sillón de enfrente, dijo que le dolía la espalda, algunos, incluyendo el psicólogo, le dieron consejos, el más mencionado fue que fuera al doctor.** Seguido de esto retomó nuevamente y dijo 'estamos en el pasado, estamos trayendo recuerdos de nuestros años de cero a cinco años, para eso cada uno hizo un dibujo o un colage o lo que quería, ¿verdad?'. Luego de que le confirmaron lo que dijo recordó los trabajos revisados en la sesión anterior, indicando que habían sido muy interesantes, recordó los trabajos de tres pacientes. Del primero dijo que había sido un recuerdo más o menos triste, más bien como un trauma, como que algo había quedado en su mente sin poder sacarlo. El paciente también se encontraba en esta sesión y afirmó con la cabeza todo lo que el psicólogo dijo de su dibujo. Del segundo dibujo dijo que se había hablado de la lejanía y la cercanía del paciente con su madre, que algunos habían visto lejanía y otros cercanía y que después el autor del dibujo les dijo que su recuerdo venía de una foto que tiene en su casa, una foto que sacó su padre donde estaban en una playa con su madre, cada uno en una roca. El paciente también se encontraba en la sesión y afirmó lo que él dijo. Del tercer dibujo dijo que hablaron de los juegos que la autora tenía con su mamá, también cómo la peinaba con "unos cachos", cuando dijo esto un paciente completó la idea que el psicólogo venía desarrollando, dijo que se había hablado del cuidado materno.

Luego de este recuento el psicólogo preguntó "¿a quién le gustaría comenzar hoy?", una mano de una paciente se levantó (C.O. fue una levantada de

mano bastante tímida, como queriendo parecer que era una casualidad y que si no se daban cuenta mejor aún). Se buscó el dibujo, una vez encontrado un paciente se levantó rápidamente y estiró su mano como para recibirlo, el psicólogo le dijo que esperara porque debía dar la vuelta para que todos lo vieran y se pudieran fijar en los detalles, entonces el paciente dijo que bueno y volvió a su silla.

El primero que miró el dibujo fue el psicólogo, este en un momento se lo acercó mucho a la cara, como viendo los detalles, un paciente le dijo que estaba “piti”, entonces el psicólogo le respondió que ya iba a ver por qué se lo acercaba, y se lo pasó, el paciente lo vio y dijo “ah verdad” y agregó diciéndole a la autora que el dibujo era igual a una representación que habían hecho de la familia de ella.

Mientras daba la vuelta el dibujo, el psicólogo le dijo a un paciente que había pasado el dibujo rápidamente a su compañero “véalo bien, para que después no diga que está bonito no más, véalo bien para que tenga opinión”, entonces volvió a mirarlo y en seguida miró al psicólogo y le dijo “está bonito”, el psicólogo rió y le dijo “¿me está agarrando para el leseo?”, luego de esto varios rieron, incluyendo al paciente afectado. Luego de esto otro paciente que estaba sentado junto al psicólogo le empezó a hablar, desde el resto del óvalo no se alcanzaba a escuchar que decían (C.O. parece generarse cierta inquietud cuando los pacientes deben esperar a que el dibujo dé la vuelta por cada uno de ellos, cada uno espera ansioso el recibirlo, pero hasta que no llega a sus manos conversan, opinan sobre distintas cosas).

Una vez que todos lo vieron el psicólogo preguntó “¿a quién le gustaría comenzar?”, entonces aparecen voces que lanzan comentarios, por ejemplo dijeron: “están en un cumpleaños reunidos”, “se me imagina que es la obra que

hicimos la otra vez de su familia”, le preguntaron a la autora si era un cumpleaños, ella dijo que si, también le preguntaron si había recibido hartos regalos, ella dijo que no recordaba. En esto llegó un paciente que no había estado dentro de la sesión, por lo que el psicólogo le preguntó “¿dónde estaba?”, él dijo que la señora de la cocina lo había mandado a comprar pan y que se quedó esperándolo pero se vino por que no salió nunca el pan. Luego de esto se retoma el tema central. Anteriormente, durante la sesión grupal, otra psicóloga había ido a buscar a este paciente para que tuvieran su psicoterapia individual, al no haberse encontrado ella llamó a otra paciente que si se encontraba.

El dibujo de la autora consistía en cuatro personas sentadas alrededor de una mesa, había platos en la mesa y en la parte de abajo del dibujo había una palabras borradas decía algo así como mi cumpleaños de los cinco años y mi pastel. Comentaron y le preguntaron a la autora diferentes cosas como quiénes eran las personas del dibujo, qué comida era la que estaban comiendo, ella contestó a todo e hizo hincapié en que el pastel que le habían dado era chico y que no alcanzó a convidarle a sus amigas que eran sus vecinas.

El tema que más se tocó fue a raíz de que un paciente dijo que el no recordaba sus cumpleaños, el psicólogo le pregunta “¿por qué cree que le pasa eso?”, él asocia esto a su antiguo consumo de drogas, dijo que los recuerdo que tiene son solamente en relación a las drogas, que eran malos recuerdos. Sin embargo, luego de que dijo esto recordó cuando jugaba a la pelota de pequeño, allí se le volvió a preguntar y dijo que estos eran buenos recuerdos. Así conectó el psicólogo nuevamente a la autora del dibujo y le preguntó si su dibujo proviene de un buen recuerdo, ella dijo que sí, pero que no recordaba más de lo que había dicho, porque

el dibujo era de una foto que tenía en su casa y que en el dibujo no salían las amigas, que ella las había agregado.

El paciente que había mencionado que no tenía recuerdos buenos insistió, “nosotros sólo podemos recordar cuando vemos fotos”, el psicólogo le dijo “¿nosotros quiénes?” y él respondió, “nosotros los pacientes”, se le preguntó por qué creía eso y dijo “la enfermedad no nos deja pensar”, el psicólogo preguntó entonces si se refería a que es la enfermedad la que no los deja tener recuerdos, él paciente le dijo que sí. Al decir esto el psicólogo les pregunta al resto de los compañeros que escuchan en silencio que qué opinaban de lo que este compañero decía, uno de ellos contestó “yo sí tengo recuerdos” y todos guardaron silencio, el psicólogo volvió a insistir “¿qué opinan?”, al encontrarse nuevamente con el silencio comenzó a preguntar con nombre, la paciente a la cual le preguntó contestó que ella sabía que los TEC (tratamiento electro convulsivo) borraban recuerdos. Luego de esta respuesta el psicólogo insistió “¿qué opinan, están de acuerdo?”, algunos dicen que sí, que borra el pasado o algunas imágenes, otros que no, otros guardan silencio. Se les preguntó entonces “¿a quién le han hecho TEC?”, varios contestaron que sí, y continuó “¿creen que con eso perdieron recuerdos?”, dijeron que no sabían, el psicólogo contestó entonces “debe ser terrible que se olvide el pasado”, el paciente que dijo recordar solo cosas malas dijo “a mi me gustaría olvidar el pasado”.

El psicólogo explicó qué eran los TEC y dijo “son para que la mente se calme porque se ha visto que hay alteraciones del pensamiento con la enfermedad, son para poder tener control de la mente”, también mencionó “el día después de los TEC uno anda mareado y no se acuerda, pero después se recupera”.

Nuevamente el psicólogo encausó y retomó la pregunta “¿la enfermedad borra recuerdos?” y le pregunta a un paciente directamente, este le dijo que a veces sí, y quedó en silencio, entonces el psicólogo insiste “¿cómo es eso?”, el paciente contesta “como se escuchan voces uno está pendiente de otras cosas que después se olvidan”, el psicólogo le dice que le hace mucho sentido lo que dijo, entonces le pregunta al grupo “¿con los síntomas de la enfermedad hay tiempo para pensar en el futuro o en el pasado o es pura angustia?”, varios contestan que “no hay tiempo para pensar”. Le preguntó a una paciente que qué opinaba de lo que dijo su compañero, ella dijo que no escuchó, entonces el psicólogo le repite lo que se había dicho, ella respondió no sé, se le preguntó si entendió lo que se dijo, ella dijo que sí y calló, se insistió, pero ella no habló. Se le preguntó a otro paciente “¿qué opina usted?”, este dijo “¿de qué?”, entonces fue necesario repetir nuevamente de lo que se estaba hablando, y él contestó “no es la EOZ la que produce eso” y calló, otro dijo que podía ser que fuera (C.O. da la impresión de sentir una angustia con el silencio de los pacientes, como que no pescaran la sesión, contestan sólo si se les pregunta directamente. La angustia parece vivirse porque el psicólogo está haciendo esto para ellos y son ellos lo que tienen que contestar desde su experiencia, pero parecen no pescar, con excepción del paciente que ha dicho que sólo recuerda cosas malas, él parece brillante en sus comentarios y atento a como se desarrolla la sesión, el resto aunque se lo intenta conectar no parecen lograrlo).

Se retomó la idea diciendo que este espacio era justamente para recordar y reflexionar. Ante esto un paciente dijo que para él la música en inglés le ayuda a recordar, porque él sabía inglés y lo entendía, otro paciente dijo que a él le pasaba lo mismo pero con rancheras y con música romántica. Se les preguntó “¿es bueno

tener recuerdos?, porque recordar la historia es recordar quién es uno”, el paciente que ha estado más atento dijo que uno podía tener buenos y malos recuerdos, que había que aprender de la experiencia. Así se terminó con el dibujo , se le agradeció el dibujo a la autora y se le dijo que permitió que se abrieran varios temas.

Luego se preguntó nuevamente “¿quién quiere seguir?”, uno de los pacientes pidió permiso para ir al baño, se le dijo que sí y se le dijo a otro de ellos que había pedido permiso durante la sesión que fuera ahora si quería, no lo habían dejado ir antes, le dijeron que era importante que escuchara lo que se estaba hablando, aunque él argumentó que nunca pedía permiso para salir. También otros dijeron que querían ir al baño, el psicólogo dijo “hagamos la sesión en el baño entonces”, algunos rieron.

Mientras tanto el dibujo de un nuevo paciente daba la vuelta, era el dibujo del paciente que ha estado atento durante la sesión (C.O. él es un re-ingreso momentáneo al HD debido a que está pasando algunas situaciones conflictivas en su hogar y como medida de precaución también ha sido hospitalizado en el 5º piso voluntariamente). El dibujo era un círculo con un parque en él, con dos personas que estaban en los juegos. El mismo paciente de antes le conversó al psicólogo mientras el dibujo daba la vuelta. Volvió una paciente que había ido a psicoterapia. La psicóloga llamó al paciente que andaba buscando anteriormente. Algunos bostezaron mientras el dibujo dio la vuelta.

Luego de que todos lo han visto se preguntó nuevamente “¿qué les hace pensar el dibujo?”, unos dicen que es un parque, que parecía que lo pasaba bien cuando era chico, que cuando chico le gustaban los jardines y ahora que es grande es jardinero, entonces el mismo paciente que comentó esto le dijo que encontraba

difícil que se le borrarán los recuerdos porque algo de lo que le gustaba antes aún le gusta. Mientras esto ocurre hay un paciente que comenzó a chispear los dedos. El psicólogo comenzó a preguntar focalizadamente a los pacientes, una dijo que no sabía, se le preguntó que si se le ocurría algo, dijo que no. A otro que se le preguntó y dijo que no se le ocurría nada. Otra dijo que no había mucho que decir, pero que eran bonitos recuerdos.

El autor de este dibujo comenzó a recordar en la sesión diferentes momentos buenos que había compartido junto a su padre cuando niño, el psicólogo lo escuchó y le comentó sobre sus recuerdos, se habló de cómo un recuerdo lleva a otro recuerdo y se va armando una historia, siendo que al principio parecía que no se podía pensar porque todo estaba bloqueado. Mientras se estaba en esta reflexión una paciente, la misma que estaba inquieta al inicio con el bolso comenzó nuevamente con esto, se le dijo que parara. Se preguntó si alguien quería opinar algo sobre el dibujo, apareció un comentario que dijo que la plaza de su dibujo parecía un planeta, él dijo que no, pero que cuando chico ese era su planeta. Otra paciente agrega “¿eso es un reloj?”, él le contestó que no, que era una plaza (C.O. este comentario de que si era un reloj dejaba la impresión que algunos no habían prestado atención en nada, porque ya se había dicho de qué se trataba el dibujo).

Se comentaron algunas conclusiones, el autor del dibujo y principal exponente de la sesión dijo que hay que exigirle un poquito más a la mente y focalizar recuerdos, que no es malo recordar y que antes creía que sí lo era, luego habló de su consumo anterior y como le cambió la vida indicando que ahora sí tiene sentido su vida.

*El psicólogo estaba terminando la sesión cuando uno de los pacientes dijo “continuamos el viernes”, el psicólogo le dijo que él nunca ha venido los viernes al diurno y que las sesiones son sólo lunes y miércoles, el paciente agrega que mañana irán a la Quinta Normal (C.O. la verdad es que este paciente que dijo esto lleva meses en el hospital, sabe perfectamente que los viernes no se realizan psicoterapias grupales, seguramente se vio afectado por la emoción del paseo y debía decirlo de alguna manera).*

Cabe recordar también que durante la sesión el ventilador estaba funcionando y algunos de los pacientes se distrajeron o porque el viento les molestaba, pero el compañero de al lado lo quería o viceversa.

### *5.3.- En Entrevistas a Profesionales Psicólogos:*

#### *5.3.1.- Entrevista a Psicólogo A:*

¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el hospital diurno?

[REDACTED]

¿De qué está encargada en el hospital diurno?

De qué estoy encargada en el hospital diurno, de ehm, soy la directora del hospital diurno y eso significa como estoy encargada de que los aspectos clínicos de este lugar estén coordinados, que se hagan, que tengan sentido todo el aspecto de esa coordinación clínica y encargada como de también la administración, son dos aspectos.

¿También está considerado tener terapias individuales?

No, no, no, siempre lo pensé, no, que en mi lugar de encargada o directora tengo un lugar que no es compatible con la terapia individual de ningún paciente, eh, y las cosas, las situaciones como han sido puntuales, localizadas a, con los pacientes ninguno, nunca he estado con ningún paciente en algo que se parezca a un proceso de psicoterapia, con la familia sí y desde un lugar desde directora, pero también como desde algo muy puntual, o sea, nunca me he planteado hacer psicoterapias aquí, no,

no forma parte, no es compatible ambos lugares.

¿Cuáles son los objetivos de la psicoterapia individual en el hospital diurno?

Los objetivos de la psicoterapia individual en este lugar, haber, la psicoterapia es un proceso que yo no sé si podría llamar psicoterapia en particular, partiendo por eso, eh, creo que es un acompañamiento, es un acercamiento, es un proceso de alguna intimidad respecto de todo lo que se hace grupal aquí, esto, eh, focalizado, eh, y que en el mundo de la psicosis no es compatible con el nombre de psicoterapia, así propiamente tal, y por lo tanto es más bien espacio, espacio de alguna intimidad de poder dialogar algunas cosas, eh, que sean de mayor, valga la redundancia, de intimidad, eh, poder ponerle algún nombre, parecerlo, comprenderlo, en un proceso así corto, así que no le llamaría de partida un proceso de terapia individual.

¿Pero desde el lugar esta comprendido como psicoterapia individual?

Desde el lugar, estoy hablando desde el lugar, eh, creo que un proceso de psicoterapia individual en un paciente psicótico es muchísimo más amplio, requiere muchísimo más tiempo, eh, que los que hacemos aquí, eso.

Sin embargo estamos pensando en que en las actividades programadas esta comprendido ese espacio con el nombre de psicoterapia individual.

Sí, es cierto, pero hablando aquí los tres, creo que es un nombre muy grande para el proceso digamos, ehm, eso, creo que es un nombre muy grande hablándolo así, ehm, creo que a lo mejor buena pregunta para pensar en cambiarle el nombre, porque yo creo que es un concepto muy amplio para lo que hacemos y para los

objetivos que tiene.

¿En qué aporta al tratamiento la psicoterapia individual?

(Silencio) Lo primero que diría es que depende de cada situación, creo que aporta cosas distintas según sea la persona que está en terapia individual, y también aporta según el terapeuta y yo creo que tiene que ver con el encuentro con la formación, eh, y eso apunta a que puede aportar cosas distintas, marco general, ehm, en algunos casos es bien difícil el diagnóstico con el paciente, por lo tanto creo que el, ese espacio como de mayor intimidad, les vuelvo a insistir, no sé, hablo mucho de la palabra, creo que tiene en este torbellino muchas veces de estímulo, de grupo, etcétera, creo que es un espacio que podría ayudar a poder pensar algunas cosas que quedan rezagadas en el espacio grupal, sobre todo eso, ehm, sea cuales sean ellas y sean quien sea quien esté pensando eso, más que esas cosas más individuales puedan tener alguna cabida, alguna posibilidad de pensarse en ese espacio.

¿Cuáles son los objetivos de la terapia grupal?

Ehm, yo creo que es poder pensar en grupo, a través de cada una de las personas que están allí, algunos temas que son de importancia para cada una de las personas que están allí, si, ehm, con la convocatoria en ese momento de unos más que otros, eh, en pensar en esas cosas, pero de temas que puedan, eh, que los reúnen, como de dificultades comunes o como que tengan sentido para las personas que allí están, digamos, sí, eh, no sé, el dolor, el sufrimiento, la historia, los síntomas, la enfermedad, que son temas que, eh, de alguna manera, todos tienen algo que decir y todos pueden escuchar del otro lo que tiene que decir y que hace sentido, eh, eso... ,

sin embargo, todas estas cosas que estoy diciendo también las estoy pensando como en la historia y yo creo que también, eh, también tiene que ver con los terapeutas, quienes, ehm, quienes más pueden abordar o no abordar, eh, ciertos contenidos, ehm, estoy hablando más que de capacidades técnicas, estoy pensando en capacidades personales también, eh, de abordar temas que son tan complicado, eh, sí, eso está en la posibilidad, eh, también está en el grupo y también está en el terapeuta, de la riqueza de esa experiencia, creo.

¿Cómo es la relación que se establece con los pacientes en psicoterapia individual?

Cómo es la relación que se establece con los pacientes... (silencio)

mmm, amplia pregunta, eh, yo creo que las personas que estamos aquí,

eh, estamos con el, deseo, de establecer una relación con el otro de

cuidado y de respeto, eh, eso, algunas veces lo hacemos más que otras,

eh, es momento de cada uno en, no sé, también según las personalidades,

eh, de respeto y de cuidado, porque aquello que el otro dice tiene valor,

que para comprender su historia, para entender lo que le pasa y, que sea

que es material cualquier frase, que es material para poder servir para la

comprensión, frases que en psicoterapia, que en ambos espacios pueden

ser, eh, utilizados para establecer una cadena de significados respecto de

lo que le pasa a esa persona, digamos, que se van, en el mejor de los

casos (ríe) encadenando, para tener una mayor comparación de lo que le

pasa a este otro, y eso, por lo tanto, son como de cuidar que aquello que es dicho tiene como valor, aun cuando de repente aparezca disgregado o sin suficiente coherencia en cualquiera de los dos espacios, digamos, sí.

¿Qué se espera de cada paciente en psicoterapia? tanto en psicoterapia grupal como en individual.

Ehm, estaba pensando que es difícil, eh, tú me haces la pregunta de ambos espacios, y me cuesta porque de repente me, me pillé en esto de buscar las palabras, los significados y los fragmentos de sentido, pensé no sé en un dibujo, o en comentarios cualquiera sea de los otros espacios, pero bueno, me es difícil, desde aquí, desde mi lugar digamos, eh, no, no, no, también pensar en estos otros espacios de literatura o de pintura, digamos, o qué sé yo... eh, qué sé espera, esa es la pregunta, qué se espera, ehm, ¿qué se espera?... ehm... se espera que pudieran, que difícil contestar la pregunta... se espera que pudieran encontrar aquí, en este espacio, por eso estaba pensando como en el conjunto, yo creo que me cuesta separar, pero creo que en este espacio de ambos, psicoterapia individual y grupal, eh, un lugar de, donde se pueda existir, eh, lo más eh, tranquilamente posible con lo que se es digamos, sí, ehm, eso, existir primero que nada, el XXX haciendo sus cosas ahora, que no sé, podremos después ir canalizando, pero ha ido como existiendo, quizás más cerca de lo que tendría que ser un XXX a esa edad de como lo que estaba, primero yo creo que esa idea de existir me hace mucho sentido, eh, por lo tanto primero existir y segundo poder llevarse, incorporar, algunas frases, algunos fragmentos, algunos gestos, algunos, ehm, momentos que fueran útiles en el futuro, en donde estén, eso, es como

eso, eso, pensando en que, eso, que, que, yo sólo creo que puede en eso, algunas frases, algunos momentos que pueden ser rememorados en algún otro lugar, en algún otro espacio que sea de utilidad de llevárselos, dentro de, incorporados.

¿Cómo espera que funcionen las psicoterapias?

Haber, la terapia grupal es como el marco diría yo, el encuadre más general, eh, creo que, es un espacio que permite medir la distancia con el otro en los pacientes, por lo tanto creo que es adecuado en un comienzo, eh, eh, por lo tanto, o sea, todo el tratamiento esencialmente tiene una base grupal donde, mira se me ocurrieron unas referencias bibliográficas, yo soy mala para eso, porque soy tímida en realidad, porque no sé los nombres entonces para que (ríe), pero la idea es medir la distancia con el otro en un espacio grupal donde claro uno puede estar más en silencio o no, o el acercamiento más distante o no, y ese espacio grupal es la base del tratamiento, porque tiene esta, está técnicamente conectado, digamos, me parece a mí, y creo que sólo cuando, y ahí habla Récamier, estoy pensando en Récamier cuando les hablaba de esto, que es más de mis autores preferidos en este tema, que yo alguna vez les hablé de un psicoanalista que hizo un libro que se llamaba "Psicoanalista sin diván" tenía que ver con, con el tratamiento de los pacientes psicóticos sobre todo en las instituciones sin ser un miembro de lo que es la psicoterapia institucional, él es estrictamente freudiano y su trabajo muchos años con esquizofrenia lo llevó a este documento que siempre me pareció muy interesante, y él hablaba entonces y allí lo citó claramente, es que es este espacio indiferenciado que es banco, personas, comida, mesa, indiferenciado del comienzo va como haciéndose esculpido dice ahí, en esa realidad informe, sin forma, van siendo esculpidos algunos, algunos miembros,

algunas cosas, algunos objetos, algunos lugares, algunos, qué se yo, no se, algunos espacios de ese lugar, eh, que se va haciendo progresivamente eso y que entonces el lugar de la psicoterapia individual tendría que ver con, con ese espacio después de un tiempo donde se van esculpiendo con formas, donde se podría pensar, digamos, en que hay algo de sujeto en ese otro y algo de sujeto en sí mismos, digo, sí, como para establecer un diálogo, eh, de una psicoterapia individual entonces en ese marco grupal es que después de un tiempo, algunas veces a mi me parece más importante, con los objetivos de la psicoterapia, poder fomentar este vínculo, que algunas veces me ha parecido más importante que se haga de inmediato con personas que puedan tolerar, pero si no la gran mayoría, yo creo que lo tolera mal desde un comienzo y que tolera mejor el espacio como de mayor intimidad y por lo tanto mayor posibilidad de paranoia, persecutoria, o invasiva de un otro sea después de un tiempo de estar acostumbrado a hacer con otro y medir las distancias, no se si...

¿Cómo esperas que funcione este otro espacio individual?

(Suspira) Sí, yo creo que es la misma lógica de la que estoy hablando, como un espacio de mayor diferenciación, eh, donde pueda ser tolerada la presencia de un otro sin, sin la angustia paranoia, eh, o sea eso, de partida para que funcione algo, eh, y de esta posibilidad de algún diálogo, pueda, lo que decíamos antes, digamos, que algunas frases, o algún tema, o alguna experiencia pueda ser compartida, elaborada, pensada con ese otro eh, sí, diría a veces a penas diferenciado, sí diría en un comienzo, pero tolerando al menos y que se requiere como todo estos espacios previos que preparan este encuentro terapéutico, yo creo que en la gran mayoría de los casos, eh, en el diálogo de la psicosis propiamente tal, yo creo que no, no se tolera

desde un comienzo, yo creo que requiere de esa preparación de estar con un otro algo tranquilo, como para poder después ir a ese otro espacio y diferenciado también de lugar, de la salita de atrás, con un otro, eh, diferenciado, más diferenciado, y eso pasa después de algún tiempo y otras veces no pasa nada nunca tampoco, no.

¿Qué crees que motiva a los pacientes a iniciar un tratamiento en el hospital diurno?

Yo creo que la motivación no es, no hay motivación al comienzo, la motivación está en otros, no en ellos, eh, yo creo que se van haciéndose, si es que se hace, progresivamente y con el tiempo, creo que hay posibilidades, yo creo que lo más cercano a una motivación es, eh, y que los pacientes lo dicen, es como de esa soledad y aislamiento, yo creo que lo que más se puede como hablar es de, de, es de esa situación de aislamiento en la que están, y que a sí les hace sentido venir a un lugar donde se pueda estar con otros aunque esa situación les provoque mucho temor, pero lo más cercano a la motivación, diría yo que es esa, esa posibilidad de pensar de venir a un lugar donde se puede estar con otro en un comienzo, eh, que, que ya es súper bueno, pero no creo que haya una motivación clara o otra que esa, quizás uno lo dice en las reuniones de ingreso o al comienzo de que haya una posibilidad de aliviarse de... de síntomas, de angustias, pero más bien lo dice uno que ellos, si, eh, yo creo que el aislamiento es lo que más sentido puede hacerle de visualizarse en sus piezas, casas, en el encierro y que se escucha conversar y se ve gente que podría ser una oportunidad positiva, eso.

¿Y qué es lo que les motiva a terminar el tratamiento?

Eh... yo creo que, muchas veces es porque pierde sentido y significado como

se ha perdido significado en muchas otras cosas en la vida de los pacientes, creo que la gimnasia, o creo que la pintura, o creo que cualquier cosa que los, en que uno los invite a participar pierde, eh, luego significado, por lo tanto la invitación aquí a pensar o a lo que nosotros hagamos esta invitación, pierde significado y se neutraliza, se destruye, se deshace, yo creo que esas palabras quizás suenan mejores, se destruye, se neutraliza, se pierde significado, y por lo tanto se instala el aburrimiento como una condición quizás la más aliviadora de la, de la, condición psicótica, digamos, no, de aburrimiento, de nada, de no tomar contacto finalmente con nada, ni afuera ni adentro, eh, y entonces se va haciendo en la cabeza la idea de aburrimiento, yo creo, de eso, de pérdida de sentido, de aquello que una vez tuvo, por lo tanto muchos de los que hay de alta o cuando se empieza a pensar en partir es eso, sobre esa condición básica diría yo que uno hace distintas intervenciones y entusiasmos, con distintos casos, proyectos, qué se yo, pero y que algunas veces algunos se puede entusiasmar y volver a invitar, no, de que hay uno más allá y que puede ser un poco mejor que esto que ya no lo está siendo, ¿sí?, eh, y algunas veces es cierto que así sucede digamos, eh, donde también se siente en algunas ocasiones, más, eh quizás más, tiempo entusiasmado por volver a una realidad que si estuvo suspendida, yo creo que muchas veces esto si es como un puente, y así como desde la casa lo invitamos a, a venir a este lugar, eh, con todos estos estímulos de, de la vida, de, en general digamos yo creo en algún momento que esto pierde sentido y se vuelve a pensar en otro que, se puede estar con cierto alivio, ¿se entiende?...

No mucho.

Haber, es que yo creo que básicamente esto pierde sentido para todos, o sea,

yo creo que es una condición de la psicosis digamos, de esto que es múltiples estímulos que uno los invita a pensar, bla, bla, bla todo lo que sabemos, eh, es un problema, la realidad es un problema en el mundo de la psicosis y por lo tanto esto que es realidad y se va constituyendo todos los días como realidad y también en algún momento comienza a ser posible, sí, eh, porque es parte de la realidad y en ese sentido, uno de los mecanismos, yo creo, más útiles para aliviarse de esta realidad que es jodidísima, que ya sabemos lo jodido que puede ser la realidad, ¿no?, para los pacientes, es como eso, como quitarle significado, distorsionarse, perderle sentido y abrirse así como lo dicen, ¿se entiende o no?, y sobre esa como condición base se instala, diría yo, algunas motivaciones de terminar, eh, de pensar que hay un otro espacio de realidad al cual se está más preparado para, eh, seguir, continuar, ¿sí?, pero que tiene una condición como siempre de gran fragilidad, esa nueva, que se me olvida ¿cómo dicen los franceses?, de ese nuevo pedazo de realidad que se va, que uno empieza a pensar que se va a hacer un, hay, no sé como se dice en español... investidura de un nuevo pedazo de realidad que se va instalando a la salida, que siempre es, frágil, eh, y que también siempre es como una ilusión, digamos, sí, eh, tal cual fue, eh, la venida para acá digamos, sí, y yo creo que en esos movimientos es que yo creo que en esta condición súper dolorosa de la psicosis se está salvando digamos, y por lo tanto, por eso creo que tan importante el que hayan espacios como este, eh, y otro, eh, porque yo creo que es absolutamente necesario que exista digamos para, para este progresivo retornar el gusto o las ganas de poder ir a otro lugar, sí, de poder ir investido a otro lugar, eh, eso así como en la base, y todo eso está acordado, diría yo, por nosotros, que nosotros pensamos, proyectamos, invitamos, todas las cosas que hacemos como en el dibujo de XXX y nosotros, eso (C.E. en el dibujo aparecen unas

manos levantadas en los psicólogos, como de motivación) y así como invitamos acá, invitamos a pensar que hay un otro espacio que podría tener alguna gracia también para vivir, eh, mezclado, y cuanto le pertenece a cada uno yo creo que ahí hay cosas distintas, eh, de lo que nos pertenece a nosotros y de los que les pertenece a ellos, porque en esa partida está también nuestro empuje de que alguna manera la vida hay que, las leyes de la vida es que eh, hay que irse de este lugar, que uno no puede quedar en este lugar, creo que forma parte de las leyes de la vida, no sólo de las leyes de administración, sino que de las leyes de la vida, eh por lo tanto, en esa partida nosotros estamos de algún modo influyendo en muchas cosas.

¿Qué complicaciones y dificultades encuentra en la psicoterapia por parte de los pacientes?

Eh, ehmm, dificultades y complicaciones de la psicoterapia... la tolerancia, creo que tiene una, hay que, yo creo que una dificultad que puede ser para nosotros, ¿por qué la pregunta es para nosotros verdad?, empecé por nosotros, eh... aceptar esta condición, tolerar esta condición tan difícil de la psicosis, eh, tiene que ver con las palabras esas de aceptar y tolerar, eh, estamos invitando a vivir en una vida que puede ser muy jodida, yo creo que afectivamente los pacientes lo pasan muy mal, eh, y que es una invitación como, a veces estamos algo convencidos de que se pueda ser bueno y no siempre estamos convencidos de que pueda ser bueno, invitarlos a, no sé, a participar de este mundo, que, y por lo tanto tolerar toda la, el oposicionismo que pueda haber frente a ese hecho, eh, es una cuestión que, es difícil, encuentro yo, aceptar eso es muy difícil, eh, aprender a discriminar entre qué, en esta invitación que hacemos habrá sólo algunas cosas que podrían los pacientes aceptar y que otros

definitivamente no, me parece que es un ejercicio difícil de hacer con cada uno eh, muchas veces creo que, algunas veces yo he pensado como que hay que ir un paso más adelante, ¿no?, e invitando así como (gesto de la mano), ¿sí?, creo que hay que hacerlo, sin embargo muchas veces uno está en el, cómo se llama..., perdón pero cómo se dice cuando uno está así como en la oscuridad (gesto con la mano) tanteando, eso, yo creo que muchas veces uno está en un camino bastante oscuro y uno no sabe muy bien y vamos tanteando que es aquello a lo cual podemos invitar y abrir espacios y la mente y deseos y ganas a, y que muchas veces es eso, a ir tanteando un paso adelante, si es que vamos un paso adelante, ir tanteando y ese es un ejercicio muy difícil, eh, que es aquello que al cual podemos invitar y eso, eso me parece lo más complicado de esta historia, porque es de una gran responsabilidad, eh, invitar más de la cuenta (ríe) o no invitar cuando se podría, eh, me acordé de un paciente que yo no sé, algunas veces les he hablado, que era un chiquillo que era terrible como el XXX, eh, con dos padres, como muchos padres, la madre le cortaba el pelo durmiendo, esa es otra de las cuestiones que me quedó grabada digamos, porque él no se quería cortar el pelo entonces ella se lo cortaba durmiendo, era el XXX, era como él XXX realmente, menos por esa cosa como académica cómo el XXX pero de un retraimiento, así como XXX eh, y me acuerdo que la madre quería que siguiera estudiando y que interrumpiera el colegio, y la verdad es que yo pensaba en eso de ir adelante, y yo pensé que esa cuestión iba a ser una experiencia que no la iba a tolerar y que lo iba a joder muchísimo, o sea, como me cabe la duda del XXX, como se van a reír, a joder, o qué se yo, y tanto era así que hablábamos con los papás que parecía que no era conveniente que él se integrara al colegio y maravillosamente la verdad es que se integró al colegio y le fue súper bien, qué se yo, bueno hicimos

algunas cosas para que ese paso fuera más fácil como hablar con el colegio nosotros y la cuestión y la verdad que al cabo le fue súper bien, terminó el cuarto medio y tuvo un poco de problemas en filosofía, pero le hicieron trabajos especiales, y ahí es como ha estado un paso atrás, sí, pensando en que no iba a poder hacer vivir esta experiencia, y en realidad, genial, se la pudo, como en algunos casos, y ahí está la XXX, haber pensado que habría dado un paso adelante y que yo creo que no era posible no más y que no deberíamos haber esperado más que este lugar, que se hubiese quedado aquí por mucho tiempo, y que era lo que ella podría tolerar, la familia podría tolerar que viniera, y que yo pensaba que era una invitación, la verdad bastante incisiva a la hora de querer morir, entonces es como súper, yo creo que a eso se resume la máxima dificultad, eh, y en su contraparte con los pacientes digamos, porque ha significado seguir nuestra invitación y que ha significado también no seguirla, o escuchar y decir si la mamá no hubiese hinchado porque fuera al colegio habría pasado un año más acá sin que estuviera estudiando, y ese equilibrio que yo creo que es súper jodido, y eso...

¿Qué es para ti un tratamiento ambulatorio en el hospital diurno?

Un tratamiento, uh, que nos pusimos en otra onda, **tratamiento ambulatorio en el diurno, eh, no sé, tratamiento ambulatorio habla de, de todo aquel tratamiento (rfe) eh, que tiene esta característica de un pasaje, un pasaje casa a algún lugar, cualquiera, o sea, cualquier tratamiento ambulatorio tiene esa característica que hay un pasaje, o sea un ir y venir desde un, de su casa a algún lugar, y claro, el diurno forma parte de eso digamos, de un ir y venir cotidianamente y lo que es bastante más complejo que un ir y venir, eh, más dosificado en el tiempo, eh, eso, eh, yo creo que lo esencial es**

un ir y venir desde la casa, o sea como desde la casa que ya es todo un tema lo que pasa desde la casa y de que se está continuamente en tensión desde ese lugar, pasando por un pasaje yo creo que la palabra pasaje también me hace sentido, eh, de transitar por una realidad, tomar micro, Transantiago, bajarse, qué se yo etc., ver a otros choferes, etc., entonces es un pasaje que no, no exento de dificultades para muchos de los pacientes más, menos, y eh, este otro espacio que es el diurno, el poli, etc., que, no sé poh que tiene características distintas según sea evidentemente, pero que también tiene en lo común un pasaje que es desde lo ambulatorio de la casa pasaje, a un, un lugar de salud eh, eh, muchas veces puesto en significado, no sé en realidad, como algo que puede ser bueno, útil, y odiado también, no sé en realidad, pero con toda esa carga, yo creo con todos esos afectos de casa, pasaje, chofer, odiado, amado, un centro de salud, yo creo que tiene toda esa carga afectiva, eh, y creo que yo creo que es cierto que la, que este tratamiento ambulatorio pueda ser complicado y difícil para los pacientes y yo creo que no lo tolera como la XXX que era angustia extrema de sólo pensar en venir y encontrarse con todo esto aquí, sin embargo, creo que sin embargo creo que técnicamente, eh, es de mucho mayor beneficio de aquello que no es ambulatorio y que significa que es cerrado y que es con largas hospitalizaciones en atención cerrada que es el opuesto del ambulatorio, creo que puede ser de beneficio.

¿Qué es para ti el hospital diurno en una palabra?

Un lugar, un lugar, eso primero que nada, iba a decir espacio pero la palabra espacio no me resulta, no sé qué sería etimológicamente, el lugar (ríe) me sale como lugar, un lugar que es diferenciado de otros lugares, por lo tanto que, tiene un recorte del resto de la realidad y que está cargado, con todo esto que hemos hablado, cargado,

me carga la palabra cargado pero, que otra palabra en vez de cargado, que está  
investido, suena mejor, pero que está ligado, mejor palabra, que está ligado con todos  
estos afectos que hemos estado hablando, no eh... de tremenda experiencia para todos  
los que estamos aquí digamos, y con todo lo que hemos hablado de la experiencia  
muy importante, fuerte, eh,eh.... ligado a muchas experiencias muy fuertes, duras, eh,  
hermosas, emocionantes, emotivas, eh, o sea, está ligado a afectos de más que una  
importancia, de angustia pero, también de lo bonito, cuando pasan cosas bonitas si  
pasan hartas, eh, está ligado a esto, si, no sé, hay muchas situaciones muy bonitas, eh,  
eso, creo, como de emocionar y en ambos sentidos, digo en ambos sentidos como de  
lo duro que todos los que estamos aquí.

¿Se ve diferencia entre pacientes AUGE y los que no lo son?

Emm..., en algunos casos hay como sí, hay como, algo menos pesado diría yo,  
así como más liviano, eh, como algo, esa palabra me hace sentido digamos, como  
algo menos difícil, duro muchas veces, eh, para poder establecer algún contacto,  
alguna esperanza, un diálogo, eh, yo diría que eso, y no con todos digamos, me  
acordé del XXX, que era difícil, pero hablando así en términos generales, en términos  
generales, porque hay pacientes tan crónicos también en pacientes AUGE, eh, que  
suena así de pesado el trabajo que uno pueda emprender con ellos, eh, pero si yo creo  
que en general viene eso con pacientes, menos, eh, menos cronificados, más abiertos,  
a tener la esperanza diría yo de que algo puede elaborarse, eso, eh, o quizás que algo  
puede elaborarse y que quizás más ampliamente puede elaborarse, que así como la  
esperanza de que, no sé, el XXX uno puede pensar que, una cuestión hermosa, que  
está escribiendo un cuento, y eso es una cuestión hermosísima que él va pudiendo

hablar y reconociendo al XXX en tantas cosas que no sabíamos de él, ¿no?, y que va hablando, surgiendo como algo que le pertenece, digamos, a su historia al menos, ahm, y yo sin embargo, a pesar de esa emoción de eso, de ver todo esos avances, los once años de historia son demasiado pesados como para tener la esperanza o entusiasmarse o, o proyectar algo muy distinto de lo que uno puede ver ahora, eso, claro, yo creo que la historia con la que vienen muchos de los AUGES esta más, menos dura, sí, como para pensar en trabajar.

¿Qué esperas como directora en la relación con los pacientes?

Eh, bueno, yo creo que he hablado de esta capacidad de tolerar de buena forma la diversidad primero, pero de tolerar así pero sinceramente, digamos, que haya personas distintas, eso, eh, por lo tanto creo que eso, eso, de tolerar esta diversidad, respetar a esta diversidad, sin embargo, ésta es como la condición base y también se necesita de un recurso personal, eh, porque no es sólo una cuestión como de respeto, así como de buenas costumbres, de tolerar la diversidad, sino que genuinamente hacerlo y para eso significa cierta solidez con uno mismo de poder hacerlo, creo mucho en los recursos personales, creo que es un trabajo muy jodido, que cansa mucho, ya lo sabemos todo eso, eso, como genuinamente poder tolerar y técnicamente, o sea, lo que quiero resaltar es que eso que estoy diciendo no es una condición de buena voluntad de un deber, no sé, de un deber ser digamos, sino que es comprensión genuina de esa diversidad y técnica de esa diversidad digamos como para poder trabajar, digamos eso, eso me parece central, eso. Haber, yo creo en la historia de este mundo de la psicosis, no nos pertenece a los psicólogos, hemos estado alejados, ha sido muy poco en realidad que los psicólogos empiezan a acceder a este



¿De qué está encargado en el hospital diurno?

[REDACTED]

¿Cuáles son los objetivos de tu trabajo en las psicoterapias, individual y grupal?

La individual... yo diría que depende mucho de los pacientes, eh, con algunos es sólo a veces establecer como vínculos..., eh conocerlos un poco más para poder tomar decisiones acerca de la indicación ... o sea indicaciones clínicas, ver que hacer, cómo ayudar, y en otros mantenerse como referente, digamos, entre lo bueno y lo malo, criterio de realidad, etcétera, o sea, no podría decir que hay un objetivo total, así transversal, va a depender mucho de las características de los pacientes, también de que tan crónicos sean, de si es un episodio, etcétera, etcétera... pero en general sería como uno acompañarlos, acompañarlos en lo que les está pasando, resolver dudas, ahm... y como que baje la angustia para que les permita tomar ciertas decisiones a partir de su salud.

¿En los pacientes de primer episodio había algo en común?

Si, ahí llegan mucho más desorientados, y tiene que ver con poner en palabras el diagnóstico, que eso es algo muy mortífero, digamos, si no se trabaja bien, si no se acompaña, es muy distinto un paciente que lleva 20 años con la enfermedad y que ya está como... ya es parte de como él se entiende, como persona es esquizofrénico, en cambio los del primer brote es tratar lo antes posible de recuperar ciertas funciones para que retomen su vida en la medida de lo que se pueda, pero es clarificar,

acompañar, etcétera, etcétera, eso serían los de primer episodio y los crónicos, tiene que ver con temáticas de autocuidado, de mantenerse como un lugar al cual ellos pueden acudir para vivir, digamos, pero también es muy paradójico, porque uno piensa de repente, que bueno, es casi una cosa así como imprescindible en la vida de ellos y después se da cuenta que es totalmente prescindible, o uno piensa que tiene una gran ingerencia en lo que ellos puedan decir o hacer y después se da cuenta que no, así que es un filo muy extraño, no sé si respondo...

¿Cuál es el objetivo de la psicoterapia grupal?

En la terapia grupal, yo creo que un objetivo importante es el que puedan hablar de sus temas, que son muchas veces, guardados por años de años, en conjunto con otros pacientes, no sólo con un profesional, como les llaman, porque eso genera una distancia y una obediencia muchas veces automática, en cambio cuando las cosas y las reflexiones vienen de un par, generan, se generan como reflexiones que son propias de ellos, no que están hechas por un tercero, por un psicólogo, doctor, y eso es muy positivo, también tiene que ver con un socializar, hay muchos pacientes que no hablan hace años, estaban encerrados en sus piezas, que... o que eran muy maltratados, que no eran humanos, digamos, un interlocutor válido, entonces aquí se encuentran con un grupo que están todos hacia un mismo objetivo, bien bien grande y abstracto que es estar mejor, y en el cual se pueden decir las cosas que se piensan, o por lo que se haga, por supuesto que también es muy importante los límites, que eso ayuda a entender que... que no todo es bueno, o sea, (ríe) tener un marco en los cuales se pueden decir las cosas y se puede pensar, pero con ciertos límites, que esa es la

vida digamos, yo creo que esa es la vida digamos, yo creo que eso es muy importante para ellos... o más que para ellos para nosotros...

¿Cuál es la relación que establece con los pacientes en psicoterapia?

La relación en psicoterapia individual es bien brutal, porque es como ... o sea hay procesos muy primarios ahí dando vueltas... como... hay una transferencia que es así ... eh... bueno se me ocurre nada más la palabra brutal, pero es total ... digamos te suceden cosas físicamente, de repente te duele la cabeza, o uno se empieza a quedar dormido, cosas que no pasan con otros pacientes... te empieza a angustiar, o sea es muy difícil, muy muy difícil, sin embargo, también tiene una cosa muy ... eh... , muy, de mucha confianza, pucha no me estoy explicando bien, pero ... si bien tiene este componente de mucha agresividad de repente, o de estas angustias flotantes que depositan en uno, también tiene esta cosa de que están totalmente desvalidos... y que a veces uno si siente que puede hacer una pequeña diferencia, con cosas mínimas, como escuchar, no con sacarles la psicosis, no con volverlos a su vida entre comillas normal, sino en transformarse en un adulto que no abusa, que no maltrata, que sí escucha y que sí está interesado realmente en lo que le pasa, pero que también comprende sus limitaciones, no lo... porque si no estaríamos funcionando como la mamá, que ellos cumplan lo que uno quiere para ellos, no, estar ahí, eso es muy jodido, ... no se si respondo, pero...

La relación respecto al grupo, ustedes lo han vivido, todo el rato te ponen en el lugar del profesor, en el lugar del que sabe, lugar del que sabe todo, que sabe como se siente, que es lo que hay que sentir, que es lo que está bien, que es lo que está mal, eh, todo, todo, todo, ... y con eso se puede jugar, y se puede ... devolverles la pelota , pero

la relación que establezco yo... trato de no comportarme como un profesor, sino que trato de ir motivando que ellos vayan haciendo el trabajo, ese es como mi ideal, que a ellos se les van ocurriendo las cosas, que conforme un grupo lo suficientemente afiatado para que pueda ir hablando, y hablándose los unos a los otros... hay sesiones en que la relación es súper fluida y piensan y opinan y llega la hora y están que lata que llegó la hora, están así con muchas ganas, y hay otras que es como subir una montaña con todo en la espalda, muy, muy difícil, pero yo encuentro que es mucho menos difícil que lo individual, porque ahí hay ... se genera otra dinámica totalmente distinta, en la cual tú no eres depositario de todo, entonces, eso.

¿Qué esperas de cada paciente en psicoterapia?

**Difícil responder eso, espero... bueno, generalizando de nuevo, espero, ehm... espero que puedan utilizar el espacio, que puedan hacer uso de la terapia, o sea, que vayan a su ritmo, preguntando lo que ellos quieran, eh... y eso... obviamente es súper vago lo que estoy diciendo porque puede tomar muchos caminos, puede ser como que alguno te cuente de su vida, y uno le da consejos y los toma y le sirven y otros pacientes que realmente están totalmente intervenidos y que no... y que sirve más para nosotros como equipo conocerlos que para ellos.**

¿Y qué esperas de cada paciente en la psicoterapia grupal?

Lo que dije más o menos al principio, a través de lo que hacemos, los dibujos, los recortes, la música, todas las cuestiones, **vayan pudiendo hablar entre ellos y vayan pudiendo generar un grupo de terapia, esa es como la idea que estamos**

trabajando ahora, que es como una instancia en la cual sí hay otro y sí importa y sí puede decir cosas y yo sí lo puedo escuchar y importa sí es que está o no está, hoy en día eso está totalmente presente con lo que pasó hace poco (C.E. fallecimiento reciente se una paciente), pero ahm... eso, que por lo menos en el espacio de terapia digan yo pertenezco a esto, a este grupo de terapia, o sea por lo menos que eso los ancle, o sea, están perdidos absolutamente en todo, pero hay, yo tengo un espacio, donde tengo el nombre, una silla que ocupo, etcétera, etcétera, etcétera, como una especie de rol, en la vida digamos, aunque después ese rol vaya a acabarse y todo, bueno pero... sino que habría que hacer eso... como ir a vivir con los pacientes en un castillo, y esa tampoco es la idea... eso.

¿Cómo espera que funcione la psicoterapia individual en el tratamiento?

...(Carraspea), la psicoterapia, yo creo que... bueno, se establece como un lugar en el cual se puede lograr un vínculo más cercano entre comillas, cosas que no van a aparecer en otras instancias que son grupales o otras instancias que se ven como más lejanas la relación, entonces en el tratamiento en general hay algunos pacientes, nuevamente la diferencia, hay algunos pacientes que sí la ocupan como un lugar en el cual van a decir lo que realmente les preocupa, aquellos que no dicen para no parecer como loco, o no aparecer como bizarro, y que por supuesto es información súper necesaria para tomar decisiones clínicas, y hay otros pacientes que... ehm... no pueden utilizar el espacio y ahí es como a un nivel de recabar información... sin embargo yo creo que las dos son muy importantes para el tratamiento en general porque dan una mirada más como... podríamos decir, más comprensiva de todo, podríamos quedarnos en los remedios y en lo grupal pero... pero hay que darse el trabajo y la espera y estar

escuchando para que aparezcan las cosas que no... esos tesoritos que guardan poh, si son como tesoros que de repente los entregan, y que muchas veces hacen la diferencia, para ver que se puede esperar, que no se puede esperar.

¿Y cómo espera que funcione la psicoterapia grupal en el tratamiento?

Grupal es como el núcleo del hospital yo creo, el trabajo grupal es lo que... como la, como la actividad principal de acá, que es toda actividad de que converjan, de que escuchen, de que haya otro, de que compartan sus experiencias y eh... es lo que va dando continuidad al trabajo, lo que le va dando pertenencia a los chiquillos acá a los pacientes, sí yo creo que es vital...o sea, tiene que ver con como se entiende este lugar, o sea, si se entendiera distinto yo creo que haríamos cosas distintas, no haríamos... en el fondo no tomaríamos tanto en cuenta a los pacientes, diríamos que se hace, cómo se hace y quizás no serían ni tan necesarias las actividades grupales.

¿Qué crees que motiva a los pacientes a iniciar un tratamiento acá?

...Me cuesta generalizar, porque... pero si pudiésemos así como los motivos más frecuentes... el abandono total yo creo, que están botados en la casa, o botados en la calle, o que no están haciendo absolutamente nada, porque muchos no tienen conciencia de enfermedad, entonces uno no... este discurso de que quiero estar mejor, quiero estar sano, es un discurso que escuchan y repiten, pero hay muchos que vienen para acá para no estar absoluta y totalmente botados... y aquí se encuentran con otras cosas que se les van diciendo, que van apareciendo, pero que muchas veces esto es un lugar para no estar en el vacío total, pero si hay otro, podríamos decir otro como motivación que es el estar mejor, el participar de las terapias y el cuidarse, que

también hay pacientes que están conectados con eso, eh, tomar los remedios, poder dormir, poder trabajar.

¿Qué motiva a los pacientes a terminar el tratamiento?

A terminar el tratamiento muchos pacientes, desde su interpretación, así como bien concreta, piensan que con salir de aquí se les va a solucionar todo, digamos, entonces van a salir a estudiar, van a trabajar, entonces eh... yo creo que por ahí va una motivación, como una cosa imaginaria como que de aquí se les solucionó, recuperaron todo, que tiene que ver con la dificultad de conciencia de enfermedad, que eso es un concepto muy difícil de ver, y eh... hay muchos también que se quieren ir no más, no les hace sentido, no están enfermos, porque no pueden utilizar este lugar, de nuevo, o sea, la capacidad de utilizar este lugar es fundamental.

¿Qué complicaciones o principales dificultades encuentras en psicoterapia?

¿En ambas?, dificultades en individual... ehm... dificultad en individual podría ser... como la... es que se me viene a la mente de nuevo lo que he dicho todo el rato, (risa), de si pueden utilizarlo o no, pero no quiero ser tan repetitivo, eh... bueno, la gravedad de los pacientes, que tan agudos están, esa también es una dificultad muy importante, otros que han tenido 47 psicólogos en su vida entonces uno es uno más y no vas a hacer en ningún caso una diferencia porque ya estas puesto en un lugar, desde el primer minuto, en un lugar que ya está invalidado digamos, pero estos pacientes en específico, yo creo que lidiar con la total dependencia que algunas veces... o sea, con la total que es su manera de relacionarse, o sea, en algún minuto puedes ser el villano más villano que existe y en otro puedes ser dios, que un día se

sintió mejor por tu terapia, entonces tú eres el mejor psicólogo que existe y en otro día se sintió mal entonces tú le hiciste algo mal que le hace pésimo recordar bla, bla, bla, eso... él que dice que está preparado y nunca lo toma a lo personal yo creo que está tratando de hacerse el bacán, porque, imposible, o sea, en algún lugar sí te hace, te llega, si también somos personas y tenemos nuestros rollos, entonces lidiar con eso yo creo que es muy difícil en lo individual, y con la frustración que eso conlleva.

En grupal... las mayores dificultades... he conversado varias veces con... bueno da lo mismo... que hay sesiones en que uno siente que te vas a ir en la angustia con ellos, porque... y eso parece que sucediera más en grupal, como que de repente está instalada la cosa mortífera muy viscosa, y no puedes salir de ahí, y estay ahí, eh, instalado en esta como angustia, no puedes salir, entonces sentís la responsabilidad de que hay que sacar esa cuestión, es muy potente, entonces... claro, porque eso no me ha pasado en individual...mmm, sí, eso yo diría.

¿Qué es para ti un tratamiento ambulatorio en el hospital diurno?

Para mi es un eh... para mi es algo que es un ... o sea yo logro entenderlo, pero yo creo que para los pacientes es muy difícil de entender, está como que hubiese todo o nada, como que hubiese la casa y por otra parte el quinto piso, como que este lugar intermedio no es fácil de entender, yo creo que es bien complicado para ellos entender que como que están hospitalizados, pero están en la casa, no..., por eso aparece el tema del colegio, el tema de la casa, el tema del club, o sea, de cualquier lugar, menos de que este es un hospital, como que la idea de hospitalización ambulatoria en si misma es difícil de transmitir, para mi es... porque también tiene algo de difícil porque tú tienes mucha responsabilidad y a la vez no tienes las herramientas

para agarrar esa responsabilidad, o sea, en el quinto piso, tú, estas ahí, y no se va para la casa, entonces ahí está, están los remedios, y te meten los remedios, o sea no... aquí hay puestas muchas expectativas, sin embargo es... ¿cómo lo puedo decir?... muchas expectativas, pero en la realidad es menos lo que se puede hacer, no digo que ese menos, o sea, lo que hagamos no es significativo, sino que no tiene que ver con las expectativas, muchas veces las expectativas son que vuelva a trabajar, que rearme su vida y todo, bueno, pero eso no se va a lograr, o sea se va a lograr un paso, se va a lograr un paso intermedio entre lo agudo total y lo entre comillas normal, que se apoya mucho a los familiares, que eso es muy positivo, a que entiendan que es lo que está pasando, a ellos, pero... pero si... la hospitalización ambulatoria no es algo fácil... yo encuentro... de pensar, de describir, de operacionalizar..

¿Hospital diurno en una palabra?

(Risa), esto ya es poético... eh... trabajo.

¿Existe alguna diferencia entre pacientes AUGE y los no AUGE?

Claro, o sea, en rigor no es tan así si son AUGE o no, porque hay crónicos que los ponen como AUGE, porque es primera vez que los ven ahí, digamos, pero tienen veinticinco años de... entre los que son de primer episodio realmente y los otros sí, hay una total diferencia... diferencia en como se viven ellos lo que les está pasando, por supuesto diferencias en las expectativas que uno tiene de tratamiento, diferencias en el deterioro, diferencias de que son de otra generación también... y... o sea, sin embargo, o sea, el tema es que entre más vida pre-mórbida tenga, más historia asentada tenga, mejor, y entre más, o sea, entre más aislado pueda ser el brote, mejor, eso es muy, casi inexistente, siempre hay una historia para atrás, pero en los pacientes que son primer brote, y se diagnostica y se empieza a tratar es mucho más eh...

probable que tengan mejor vida que los que pasaron quince años sin diagnóstico y empiezan su tratamiento, eso.

### 5.3.3.- Entrevista a Psicólogo C:

¿Tiempo que llevas trabajando acá?

[REDACTED]

¿De qué estas encargada acá?

[REDACTED]  
[REDACTED]

¿Y de psicoterapia individual?

[REDACTED]  
[REDACTED]

Ya, si nos tuviésemos que enfocar en las psicoterapias individuales ¿Cuáles serían los objetivos de tu trabajo?

Así como objetivos generales que se apliquen a todos los pacientes, el conocimiento del paciente, el conocimiento de la historia de la enfermedad, pero cada uno tiene sus objetivos, podríamos decir que son los mismos objetivos del centro, la reinserción familiar, social, la rehabilitación. Pero con cada paciente es un objetivo distinto.

¿En qué aportaría eso al tratamiento?

¿La psicoterapia individual?... (silencio) haber, yo creo que la mayoría de los casos, de los pacientes de acá, es como el espacio que tienen donde se les trata como indi... como personas, como individuo único digamos, generalmente funciona como grupo, como familia, pero así como individuo único es como la psicoterapia individual es el espacio para identificarse como persona no sólo desde la enfermedad, y yo creo que eso es como lo fundamental es el tratamiento, el contactarlo con los aspectos sanos, el ver las posibilidades reales que tienen, ehm... eso y guiarlos y orientarlos y acompañarlos para que se logre.

¿Cómo es la relación que estableces con los pacientes en psicoterapia?

(Silencio) relación psicoterapéutica (ríe) ehm... (Silencio)... yo diría que en general es una relación cálida de confianza, ehm... (Silencio). Ahora hay que entender que el proceso psicoterapéutico que podamos llevar a cabo es muy cortito, entonces también es como acotada esa relación que se puede, que se puede tener, pero la resumiría como de confianza.

¿Qué esperas de cada paciente en psicoterapia?

(Silencio) Del paciente... que se aclaren, estoy tratando de llevarlo al general ah... ehm, que puedan conocer sus aspectos sanos fundamentalmente, y manejar lo enfermo de manera más adecuada para ellos y puedan asociar.

¿Eso tendría que ver con los objetivos?

Con los objetivos y la concepción que uno tiene de las personas también, claro porque depende de los que uno piense de estas, las personas en general y de estas personas, yo cuando entré a trabajar acá en la entrevista inicial con la directora le dije que lo que me entusiasmaba a trabajar aquí era que aquí dignificaban a los pacientes y que eso no es muy común, por lo menos desde mi experiencia en los sectores de salud pública, y en la privada también, sobretodo en los pacientes esquizofrénicos, y yo creo que comparto esa filosofía con la directora de acá, por lo tanto eso también se trasmite en la psicoterapia y empapa todo, por eso te digo que tiene que ver con el concepto de persona que uno tiene, por eso si el concepto mío fuera de enfermo, ehm, agudo, y que las posibilidades que tiene son muy limitadas, y a veces son muy limitadas, pero aún si esas posibilidades son muy limitadas que para uno parezcan son las posibilidades del paciente. Entonces no sé, frente a la posibilidad de que alguien termine la educación básica por ejemplo eh, trasmite el mismo valor que un magíster, entendí, es como eso, que, no sé, que converse con la mamá más allá de que se tome las pastillas o no, algo que para cada uno pueda ser algo tan básico, tan obvio, para ellos es súper, en algunos casos es muy importante, es como rescatar la importancia y lo valorable de eso aunque sea insignificante dentro de la normalidad.

¿Cómo esperas que funcione la psicoterapia dentro del tratamiento?

Haber, a mi me costó entender que la, me costó entender que esto también podía ser psicoterapia entre comillas, uno cuando habla de psicoterapia piensa como en un proceso psicoterapéutico en que eso implica su tiempo y montones de cosas que acá no tiene, no tiene, ehm..., pero espero, espero con estos pacientes que guarden algo que ellos puedan quedarse con algo, me da lo mismo con que, con mucho con

poco, con todo con algo, a veces uno dice una frase una palabra y están meces o años después como que pueden recurrir a eso y les sirve, eso es lo que espero, que dentro del proceso eh, puedan integrar algo quedarse con eso, aunque sea poquito pero que con algo se queden.

¿Qué crees que motiva a los pacientes a iniciar un tratamiento?

¿De la psicoterapia individual estamos hablando o del tratamiento en general?

Del tratamiento en general.

Yo creo que lo que más los motiva, por lo menos a los de acá, es como el salir del aislamiento y de la fase como autista en la que están a veces a pesar de que, de que no los moleste entre comillas, yo siento que en algún grado a veces eso les dificulta el vivir y el estar mejor y en algún nivel yo siento que eso es lo que los motiva, a veces por las relaciones muy cercanas con la familia, a veces es porque han visto trucado su plan para el futuro, ehm, pero yo creo que el tema como social de relacionarse con otros es lo que más los motiva a la mayoría, a la mayoría, pensando que toda la sintomatología positiva esta disminuida cuando llegan acá.

¿Y en la psicoterapia individual?

Ehm... yo creo que muchos lo toman como parte del tratamiento no más, y tal vez los que puedan pensar un poco más estén motivados, yo no me atrevería a hablar así como que todos tienen una motivación, pero los que logran pensar un poquito más pueden ver los beneficios, entendiendo la motivación como para iniciar el tratamiento, después ya van otras cosas que no voy a enganchar, en un primer instante

es como, eh, conocerse más también, conocerse más yo creo que en algún momento la mayoría como que toma conciencia de las dificultades, de sus dificultades no de las dificultades de la enfermedad, sino de sus dificultades y como ha tenido que ver eso en sus características personales, individuales independiente de la esquizofrenia, en el funcionamiento y yo creo que eso los motiva, y los que no piensan tanto en algún momento también toman conciencia de eso por lo menos eso es lo que yo trato también, es como las preguntas anteriores, como eso, como sacarlos desde el funcionamiento desde la esquizofrenia solamente sino que desde la persona, son las características de esa persona en enfrentar las dificultades, en gozar algunas cosas.

¿Sería lo mismo si pensáramos en psicoterapia grupal?

(Silencio)... Estoy pensando en la psicoterapia grupal que hacen otros profesionales acá, lo mío es como bastante más técnico, concreto en general.

¿Pero en el espacio destinado como psicoterapia grupal acá?

Sí, yo creo que es el pensar, además que es como la consigna nuestra también, aquí estamos para pensar, para construir, pero es el pensar que muchas veces los angustia, porque el pensar significa ver las alucinaciones y pensar en lo que no han hecho, en lo que no van a poder hacer también, ahora en general en la terapia grupal también, ustedes se han dado cuenta de repente hay grupos con los que es más fácil trabajar en forma grupal, porque piensan mejor, piensan más, están más motivados, y otros con los que es más complicado, entonces es como difícil hablar tan en general, si tú me preguntas yo me imagino a cada uno, estoy hablando en lo que es como mayoría, pero a veces la mayoría es otra cosa, nos ha tocado estar compartiendo

donde lo grupal es como, y otros no poh, hay grupos donde hay más pensantes y cuestionan... me cuesta irme a lo general.

Un poco contestaste antes, pero en lo específico ¿Qué los motiva un poco a terminar el tratamiento?

(Silencio) Yo creo que los motiva a terminar el poder continuar, generalmente cuando ingresan acá es porque vienen de una hospitalización y hay como un corte en la vida y este es como el espacio intermedio de retomar y empezar otras cosas, es como eso. Y los que se van antes creo que es porque sienten que esto no les ayuda o no es necesario para ellos, así como hay otros que se quedan y se quedan porque necesitan o creen que necesitan más del espacio.

¿Qué dificultades o complicaciones hay en la psicoterapia con los pacientes?

El pensar, sí, no sé, el tomar conciencia de algunas cosas, los retrocesos en los tratamientos también, ¿dificultades desde el paciente o desde mi, desde qué?

Todo...

Dificultades desde mi como psicóloga son el tema de la frustración que muchas veces uno siente que va bien, que ha habido avances importantes y de una semana a otra eso no está, y es como partir de cero, ehm a veces hay algún evento, algo ambiental, puntual a veces nada y eso ha sido para mi súper difícil. He tenido cómo que trabajarla, la rabia que eso genera, a veces... o casi siempre (risas)

en mí por lo menos, ésta ha sido una de mis mayores dificultades y que he tenido que trabajar, manejar y entender, porque la frustración es alta en esto, con estos pacientes, es súper alta, a mí me ha costado encontrar el sentido del trabajo mío y eso es desmotivante para uno también, y siento que a veces es difícil evaluar si la dificultad está en uno, como profesional, o en los tipos de pacientes, entonces también es importante... no como relajarse con el tema y atribuir todo al tipo de paciente así que hay que estar revisando.

¿Y desde ellos sería la dificultad de pensar?

Desde ellos la dificultad de pensar y desde ellos también el tema de la realidad, si estos pacientes tienen... ese es el tema, la realidad distorsionada, eso yo creo que serían varios problemas, las expectativas reales... (silencio)... la estereotipa frente a las expectativas también, yo creo que el 98 por ciento debe querer trabajar, debe querer estudiar, o sea debe, debe, pero de ahí a que realmente lo van a poder hacer, o qué trabajo, qué estudio, y está la presión de la familia generalmente, a veces va muy ligado con la conciencia de enfermedad, que a veces falta, que en eso estamos acá también mucho, ayudando en esa conciencia de enfermedad en forma positiva, no que no tienen más posibilidades digamos.

¿Qué es para ti un tratamiento ambulatorio en el hospital día?

¿Qué es para mí?, es como la continuidad desde el estar hospitalizado, en cuanto todo lo que es psiquiátrico y farmacológico por un lado, y a la vigilancia entre comillas continua, pasar de estar 24 horas con una enfermera encima, con un paramédico a estar sin ninguna supervisión, como a veces ocurre, no creo que sea lo más adecuado en la mayoría de los casos, por lo tanto la atención ambulatoria que entregamos acá en el hospital diurno me parece que es lo más idóneo para este tipo de

pacientes, porque la reinserción se hace de forma más gradual, acá hay que cumplir con responsabilidades hay normas que hay que acatar desde los pacientes, ehm, y que son normas y cosas que están en la sociedad, entonces este paso intermedio desde estar hospitalizado o de haber tenido una crisis muy grande, o desde estar encerrado en su dormitorio durante meses, es un, es la oportunidad para que tengan más éxito en la reinserción real, y debe contemplar todo el apoyo, como te decía, psiquiátrico, farmacológico y la mirada permanente del resto del equipo, cada uno con su mirada y con su intereses y sus competencias también.

¿En una palabra “Hospital Diurno”?

(Ríe)... posibilidad.

¿En el trabajo de psicoterapia hay alguna diferencia entre los pacientes AUGE y no AUGE?

No la he hecho, no he pensado, no me he dado cuenta, no he estado atenta al tema AUGE, podría desde de lo que me ha tocado a mi trabajar, podría pensar que, ehm, debería haber una diferencia porque los auge son primer episodio, por lo tanto más jóvenes, ehm, con menos deterioro, con tratamiento a tiempo, ehm me imagino que sí debería haber, debería ser más fácil pensar con ellos por un lado, por otro lado, ehm, debe ser más difícil el tema de la conciencia de enfermedad, con ellos y con las familias, sí porque asumir que alguien, que un familiar tiene esquizofrenia es un tema muy fuerte por toda la estigmatización que hay detrás, y todo lo que eso implica, todos los proyectos van a tener un cambio importante, no necesariamente van a quedar ahí, digamos, pero hay que enfrentar un cambio importante, y me imagino que eso debe

ser, de hecho es complicado, entonces como pros y contras, creo, ¿ustedes vieron diferencias?, ¿entre los AUGE y no los no AUGE?

¿Cuál es la importancia que tiene para ti la psicoterapia o el intento de psicoterapia en este lugar?

Ehm, yo creo que va ligado al tema de darle valor a las personas, y yo creo que hay algo en general que es que los pacientes sienten que uno los está viendo y mirando cuando los llama a psicoterapia individual, ya, a veces cuando uno los saca de la terapia grupal y los trae a ese espacio como que se sienten distintos, se sienten importantes además, sienten que hay un trabajo con ellos, hay una intención, hay una preocupación y una acción con ellos y con su tratamiento y yo creo que independiente de los logros que uno pueda tener como profesional, si cumplió o no cumplió los objetivos, eso es ya un gran logro y creo que es un aporte importante a la rehabilitación del tratamiento del paciente, eso creo, independiente de que uno logre de que vuelvan a trabajar o no sé, como cosas más prácticas, que eso también está muy presentes en este espacio, ehm, pero ayuda mucho, yo siento que ayuda mucho, por eso lo hago (risas) .

#### ***5.4.- Entrevistas a Pacientes:***

#### 6.4.1.- Entrevista a Luis:

Primero queremos saber algunos datos generales como ¿la edad?

23.

¿Estado Civil?

Soltero.

¿Hijos?

No.

¿Escolaridad?

Cuarto medio.

¿Tiene algunos estudios posteriores?

Ah, si, entré a la universidad y me salí, estuve unos seis meses ahí, unos talleres de capacitación también, eso...

¿Y cual fue la carrera en la universidad?

Era ingeniería en informática.

¿Número de hospitalizaciones?

Una

¿Tiene antecedentes de consumo de sustancias?

Pero qué sustancias ¿alcohol también?, sí, alcohol.

¿Sólo alcohol?

Es que hace poco también consumí marihuana y casi me morí también.

¿Esa fue la primera vez?

No, la primera vez fue cuando caí al quinto piso y ahora por pensar, dije por qué me pasó eso, dije voy a probar de nuevo y me pasó lo mismo, es como un efecto de locura, como de desesperación, de gritar, de correr.

¿Sabe cuáles son los medicamentos toma?

Olanzapina de 10 miligramos, una en la noche, y a veces me da distonía, ni los médicos saben por qué me da, tomo Alprazolam de 0.5 miligramos, eso no más.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Llegué, me traían cuando yo estaba hospitalizado, en la mañana como a las diez y volvía a las doce al hospital poh, y después me dijeron que, cuando salí de la hospitalización, que tenía que asistir al diurno y yo igual no sabía en qué consistía, no me explicaron bien, sabía que era de terapia de rehabilitación y yo no entendía por qué tenía que ir a rehabilitación, eso no, y pasó el tiempo y yo no vine poh, cuando salí del, y no me acuerdo porque, que al final tuve que, al final decidí venir, pero los primeros días no me gustaron para nada, al contrario, hacían cosas como de niño, infantil, entonces eso es lo que no me gustaba, pero después con el tiempo fui

acostumbrándome, a parte me servía para, como estaba haciendo nada, me servía también para despejarme, y además que, después con el tiempo empecé a ver que, que me ayudaba...

¿Antes de estar hospitalizado qué estaba haciendo?

Parece que fue ese mismo año de cuando me salí de la universidad, fue como en, en Junio, y, y ahí en Octubre, Septiembre, caí al hospital, pero en ese tiempo no estaba haciendo nada, estaba en la casa no más.

¿Qué lo llevó a consultar a un doctor o pasaron directo al Félix Bulnes?

No, pasamos como por tres lados antes, porque..., ¿le explico lo que pasó de la marihuana?, que yo fumé marihuana entonces me vino esa sensación de, como de locura así cuando fumé y desesperación y llegué al hospital y... me decían que estaba medio, medio grave, o sea, estaba bien pero me inyectaban, me daban pastillas, me hicieron un electrocardiograma, todo eso, y se me pasó, y lo que pasa es que después, días después me empezó a dar el mismo, los mismos síntomas, pero sin fumar nada, entonces eso me paso, y era súper fuerte lo que me daba, desesperación, así, no podía estar tranquilo y decidimos consultar y fuimos a una psiquiatra particular en Avenida La Paz parece, y era carísimo, después fuimos a otro lado, no sé a donde, en Walker Martínez, parece, por ahí, un neurólogo y un psiquiatra y esa psiquiatra me derivó al Félix Bulnes, ahí llegué.

¿Cómo partió esto, sólo por consumir marihuana o había otras cosas antes?

No sé porque yo igual ... yo igual cuando era chico no, igual como que tenía problemas porque asistí como a los doce años al psicólogo, también en el Félix Bulnes.

¿Por qué razón?

No me acuerdo muy bien, es que pensaba mucho, tenía ideas de que me iba a morir, mi papá, no sé, cuestiones así del mundo, de dios, todo eso, entonces todo eso me cuestionaban y encontraban extraño que yo pensara eso a esa edad, entonces por eso me llevaron al psicólogo, pero en el psicólogo no me encontraron nada, solamente yo tenía miedo, sufrí como de miedo y después nada más hasta, hasta que fumé esa marihuana, entonces ahí...

¿Fumó esa marihuana estando ya fuera de la universidad?

Sí.

¿Por qué dejó la carrera?

La yo, lo que más me afectó fue el cambio, muy cambio, el cambio, el cambio, el cambio fue muy grande, quería tener compañeros, un apoyo ahí y que había que estudiar poh, yo no estaba acostumbrado a estudiar, entonces eso fue el problema, igual que como yo nunca fui tan independiente y ahí tenía que hacer todo yo sólo entonces ocupaban cosas, las salas, las pruebas, entonces fue un cambio, y eso siempre lo voy a llevar guardado, porque ese fue el mayor fracaso que tuve y para más, desilusión de mis padres también...

Cuando vino al hospital diurno ¿qué lo motivó a venir?

**No sé, yo creo que lo que me motivó fueron mis papás más que nada.**

¿Porque lo motivaron o lo obligaron?

**No, era... era, al principio, por obligación, era por ellos que yo venía, si no están ellos yo no vengo (ríe).**

¿Cuándo fue la primera vez que estuvo aquí?

No sé, fue como, como Noviembre del 2005.

¿Y después?

Como en Junio... a no poh, yo cuando entré estuve como seis meses en el diurno y me fui de alta a hacer un preuniversitario, salí en Febrero del 2006, esa fue la primera vez, eh, o sea me fui a un preuniversitario y me fue mal también en el preuniversitario y empecé a tomar también, no tenía ganas de estudiar, no hacía nada.

¿Y en la universidad tomaba alcohol?

No, ahí empecé a tomar, es que antes tenía miedo de tomar... es que me derivaron a la tarde, aquí mismo, pero a la tarde con otros chiquillos, otros terapeutas, R1 y R2 que se llamaban, así que ahí estuve, y después estuve hasta como Enero del 2007, hasta principio de año estuve en la tarde, después con la cuestión que los derivaron a los COSAM, yo hablé con la doctora Diez porque me encontraban que estaba muy flojo, que estaba muy guatón, entonces ella prefirió antes que yo me viniera al diurno en la mañana y ellos se fueron, sino yo estaría en el COSAM ahora.

Nos decía que la primera vez que vino fue por obligación ¿y la de este año?

No sé yo, es que encontré que me empezó a ayudar, como, no sé, como a los seis meses después que estuve la primera vez, encontré que me hacía bien, porque empecé a cambiar, no sobretodo por la enfermedad o por los síntomas, sino que empecé a cambiar en mi personalidad y empecé a, como a tener más ideas, la mente me trabaja más, entonces eso encuentro que yo que hacen aquí que ayudan más a estimular la mente.

¿Recuerda con quién tuvo psicoterapia grupal la primera vez?

Estaba la señorita Sonia, la asistente social, eh, quién más, la señorita Andrea y una psicóloga, la señorita Ximena, todos ellos hacían grupal.

Pensando en la psicoterapia grupal que hacía la señorita Ximena ¿Cómo era la relación con los compañeros ahí?

No, era súper buena, no sé porque la hacen con, yo encontraba que la hacían con cariño, como con la intención de ayudar porque hay algunas personas que, hay personas que no lo hacen así poh, y eran preocupados, se preocupaban hartito de nosotros, si a alguien le pasaba algo se preocupaban, todo eso y siempre ha sido así, este lugar tiene como los, porque nunca he visto personas que hayan venido, profesionales que sean medios pesados o que no les

interese venir, no sé... la señorita Karina que era una enfermera, ella era medio pesada pero, igual nos quería (ríe).

¿Qué actividades recuerda que les hacían?

**Ohh, no me recuerdo... no, nos hacían dibujos, pintar... ah, actuar, hablábamos de la familia, de la enfermedad, de los remedios, del trabajo, de todo eso poh...**

¿Y qué opinaba de esas actividades?

**Yo me entretenía opinando, a mi lo que más me gustó fue cuando hicieron unos debates, entonces ahí como que, explotaba yo, tenía que defender, era un debate de los que creían que era bueno trabajar y los otros que no y yo que estaba a favor del trabajo, entonces ahí, no sé habían cosas súper buenas, súper entretenidas, a veces no me gustaban algunas cosas pero igual había que hacerlas... no sé, igual yo soy, me dicen que soy bueno para dibujar, pero no me gusta dibujar mucho porque no soy bueno para inventar, entonces como que me complica eso, o, a veces escribir lo que uno siente, no sé, o también al principio lo que más me complicaba era hablar delante de los compañeros, pero de a poco ya no me di ni cuenta cuando ya estaba hablando de más (ríe).**

¿Qué le complicaba de eso?

Que siempre fui tímido, siempre fui, es que yo era así como tímido extremo, porque yo hablaba con una persona y me ponía colorado, era súper... y

después llegué acá a hablar con todos delante de todos, entonces eso fue lo, yo encuentro que me ayudó mucho en eso.

¿Y psicoterapia individual, con quién tenía?

Con la señorita Ximena y con don José Luis dos veces.

¿Sintió que le ayudaron las psicoterapias individuales?

Sí, porque me ayudaban a, también a ver las cosas que hacía mal poh, o sea que hacía yo mal, que me decían que yo pensaba mucho en los demás, que, que no tenía que hacer las cosas por los demás, por lo que me decían, entonces yo me daba, como que lo hacen reflexionar de uno, la autoestima también, aunque me hacían reflexión, pero yo soy medio duro entonces también, yo me llevo por mis ideas entonces difícil que me hagan cambiar.

¿Y la psicoterapia grupal sintió que le ayudó?

Sí poh, por lo que le decía en delante, que escuchara, saber escuchar, saber opinar y se aprende de los demás compañeros, de las experiencias de ellos, de las cosas malas y buenas de ellos se aprende.

¿Qué es para usted una psicoterapia grupal en el hospital diurno?

...no sé (ríe), no sé, un espacio donde hay varias personas y un psicólogo, y nos hacen hacer trabajos o conversaciones sobre nosotros, sobre nuestra autoestima, no sé, sobre cosas que pensamos, pero compartiendo con los demás compañeros... nunca había pensado eso de, de estar aquí, para qué servía no sé...

¿Y qué es para usted la psicoterapia individual?

Es más personal, uno puede contar cosas más íntimas de uno, confiar en la persona que nos está escuchando, no sé que nos pueda ayudar en algo, darnos consejos, no sé, eso.

¿Qué esperaba usted de la psicoterapia grupal?

¿Qué esperaba?, no yo esperaba que fuera entretenida no más poh, que fuera un tema de, para, que todos opinaran, que todos participaban y que no fuera aburrido, que fuera entretenido, así para estar más, más enganchado en tema, no sé, porque a veces dan lata algunos temas, entonces no quieren ni hablar eso.

¿Y qué esperaba de la psicoterapia individual?

Es que igual no sé poh, es que a veces me confundo, no sé, me confunden las cosas y, yo todavía como que no entiendo bien por qué las terapias, no, no la entiendo bien, o sea las terapias grupales, las individuales, como que no entiendo muy bien el fin de eso, por eso me confundo a veces.

¿Cómo es eso?

Porque yo igual he sido siempre, contrario de, de ir al psicólogo, y cosas así, no se poh, es que yo pienso que hay tantas personas peores que uno y la superan ellos solos entonces yo me encuentro que por qué yo siempre tengo que

necesitar ayuda de otras personas que me ayuden, psicólogos, psiquiatras, terapeuta, entonces eso me da como, me da como rabia a veces también, pero yo creo igual que las terapias que más me ayudaron fueron las grupales, todas las terapias grupales me ayudaron hartito, y no sé, las psicoterapias individuales, no sé qué esperaba, no sé, que me ayudaran más, no sé, pero yo digo que no pueden hacernos cambiar de un día para otro, o que fueran más largas, no sé, más seguido.

¿Qué es lo que más recuerda de la psicoterapia grupal?

¿Esa psicoterapia grupal no tiene nada que ver con las otras psicoterapias?, es que ahí estoy también medio pillo...

¿Tienen algo que ver esas psicoterapias con las otras?

No sé, yo las encontraba medias parecidas, pero lo que más me gustó fue cuando uno tiene que opinar poh, o cuando se arman discusiones, uno opina una cosa y otro otra, entonces eso me gustó, como que me gusta opinar (ríe) no, pero no en mala si, que hayan distintos puntos de opinión.

¿Cómo se daba esa dinámica?

Con los compañeros, opinar poh, opinan lo que ellos creen poh, no guardarse eso, hay compañeros que no hablaban, quizás no le interesaba, no hablaban nada.

¿Eso afectaba al grupo?

Sí, como que igual afecta al grupo, como que no están ni ahí, uno se ve tan entretenido y ellos no, eso es medio extraño.

¿Y usted hizo algo cuando pasaba eso?

¿Con los compañeros que no hablaban?, o sea, el psicólogo lo que hacía era preguntarle a ellos lo que opinaban, pero decían dos o tres palabras y no decían nada más, algunos decían no sé, no sé y nada más, si poh como que me hubiera gustado que todos participaran, que todos estuvieran contentos, hablando, dando opiniones, pero a veces pasaba eso y eran más entretenidas las terapias.

¿Y qué es lo que más recuerda de psicoterapia individual?

Los consejos que me dan poh, opiniones sobre lo que tenía que hacer, eran como consejos, yo a veces les encontraba razón y otras veces no, pero no decía las cosas que no me gustaban que el psicólogo me decía, no las demostraba, sino que decía ya, sí, pero a veces algunos consejos que me daban, encontraba, como que quedaban pensando así, eso.

¿Recuerda los temas que fueron trabajados en psicoterapia individual?

**La autoestima.**

¿Fueron los mismos temas en todos los procesos de psicoterapia individual?

No, fueron diferentes.

¿Podría decir por ejemplo, la primera se trató de...?

Es que no me acuerdo, fue hace tanto tiempo la primera.

¿Y la de don José Luis?

La autoestima, quedamos en que yo tenía un bicho que me decía, todas las cosas me decía que yo las hacía mal, siempre me quedé con eso del bichito que me decía eso no, está mal, no hagai esto, ya te mandaste un condoro y eso, y tenían razón poh, al final era yo mismo que hacía eso poh, encontraba todo malo, y los otros fueron de, o sea fueron la mayoría de eso, de la autoestima, o sea de la familia también.

¿Qué lo motivó a terminar el tratamiento?

El poder terminar algo poh, poder cumplir con lo que tenía que hacer, esforzarme y ser más, cómo es la palabra, como empeñoso, no sé, pero cumplir con lo que tenía que hacer, además que me estaba haciendo bien, eso, aunque también encontraba que igual yo llevaba mucho tiempo, me cuestionaba por qué yo tenía que ir a terapia y otras personas no iban, mientras que otros amigos estudiaban yo tenía que ir a terapia, entonces yo también encontraba que era perder tiempo acá poh, pero al final descubrí que tenía que terminarlo porque me estaba haciendo bien poh y por algo estaba acá poh y... y eso poh... además que mis papás estaban como medios contentos, también eso me motivo a seguir.

¿Cómo describiría un tratamiento en el hospital diurno?

No sé, eh, **lo primero es ayudar a entender de que se trata la enfermedad, entenderlo uno, y también ayudar a nuestros papás y a personas cercanas a entender también de lo que se trata porque siempre yo pensaba que estaba loco poh, donde me dijeron esquizofrenia, entonces al venir para acá me explicaron todo eso, a mis papás también, entonces sobre todo a mis papás, porque mi mamá quedó más tranquila, porque igual me criaban así con cuidado, no sé, entonces aquí sirve sobretodo para entender la enfermedad y saber de qué se trata, pero también ayudan para otras cosas, como les decía, la personalidad, ayudar a pensar, a tener opiniones, ayudar en la personalidad de uno, ayudan a aceptarlo y saber también lo que uno quiere después, de si quiere estudio, trabajo, no sé, qué va hacer después uno, yo creo que eso no más.**

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Ahí está el problema, yo, se supone que iba a salir para trabajar, pero todavía como que tengo el miedo de trabajar, además como que me fue mal en una pega entonces está complicada la cosa después de salir del diurno, **pero igual con las cosas que me enseñaron me daba fuerza yo mismo, me, como que aplicaba las cosas de no decaer, salir adelante, entonces eso es lo que más me preocupa, y ya van a venir tiempos mejores, donde voy a estudiar y voy a intentar entrar a la universidad y todo eso,** aunque cueste igual lo voy a intentar, se me fue hasta la pregunta.

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Ah, eso, no he hecho nada (ríe).

Pero si pensara en lo que ha hecho, porque contesto lo que no ha hecho ¿ha tenido trabajos chicos?

Sí.

¿Se ha mantenido viniendo para acá algunos días?

Sí, pero eso yo le decía a la psicóloga, yo no debería venir más para acá, porque no me gusta estar molestando, porque **ya cumplí ya mi etapa acá... pero eso he hecho, he estado arreglando computadores, ahora que voy a entrar, ya el Sábado a un trabajo en una feria navideña y el verano me voy supuestamente a vender artesanía a la playa y estoy haciendo trenzas que me enseñaron y haciendo unos cuadros de madera para pintar, hay que ingeniárselas,** y eso...

¿Hospital diurno para usted en una palabra?

Siempre en una palabra ustedes (silencio), **como estimulación, podría ser, porque tengo miles de palabras que pueden ser, no se, encontré el amor acá (Polola), no sé, aprender, pensar, podría ser pensar, pensamiento.**

¿Si fuese necesario volvería a un tratamiento al hospital diurno?

Yo creo que no, porque igual **no sacaría nada con volver aunque, porque qué sacaría con volver si ya me sé todo, ya, no sé, no sé en que más me podrían ayudar, aunque lo necesitara, no sé.**

Muchas gracias ¿Estaba muy complicado?

Sí, algunas sí.

#### **5.4.2.- Entrevista a Renato:**

Primero algunos datos generales como ¿edad?

24.

¿Estado civil?

Soltero.

¿Hijos?

No, ninguno.

¿Escolaridad?

Completa.

¿Cómo van los estudios?

Ahora tengo que hacerlo, estuve hablando porque debo plata, primero hay que pagar después hay que, así que ahí estoy juntando la plata, y ahí volver a inscribir los cursos, me quedan cuatro cursos para tener la licenciatura, para el título me queda como un año, para la licenciatura tengo que dar examen de grado, pal título tengo que hacer tesis, estuve estudiando, pero con lo de la operación tuve que dejarlo (C.E. operado de peritonitis recientemente, he ahí lo flaco también), mis amigos fueron a

verme al hospital, fue hasta mi profe, mi profe de laboratorio, sí, no esperaba verlo, me miró y me dijo que tenía que volver, es bien exigente ese profe, así es que le conté a un compañero y ese compañero le contó a todos entonces me fueron a ver, pero bien.

¿Alguna hospitalización?

Dos ya, una en Enero de este año por la esquizofrenia y otra por esto ahora (peritonitis).

¿Antecedentes de consumo de sustancias?

No, nada, alcohol de repente, pero normal yo creo.

¿Sabe qué medicamentos está tomando?

Olanzapina, eso no más.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Lo que pasa es que tuve una crisis en el verano, estaba en la playa y me vinieron estas crisis como espirituales, como que sentía cosas místicas y fue algo novedoso para mí, algo, no sé fue algo, como impactante, como chocante, y yo le dije a mi mamá que nos viniéramos para Santiago entonces ella partió y dijo ya nos vamos, en el bus me dieron, estaba gritando, como que me, me dieron delirios, fue fuerte para mí, como algo nuevo, algo, y bueno, de ahí fui a la universidad me derivaron para acá, como yo tengo una prima acá, ella me hizo todos los contactos y

me hospitalizaron aquí en el quinto piso, y así llegue desde la playa que estaba, llegué acá en Enero.

¿Fue de un momento a otro?

Ah no, lo que pasa es que estuve como tres días sin dormir, no sé por qué estaba con mucha pena y en las noches lloraba, no sabía por qué, bueno era una cosa que tenía con mi papá, que tenía que ir a demandarlo, entonces yo creo que eso me gatilló como una pena y estuve como tres días sin dormir antes que nos fuéramos a la playa y no le dije a nadie, y de ahí ya como que, gatilló toda la crisis, ya en la playa estuve gritando, no sabía lo que hacía, gritaba, decía que estaba poseído, sentía cosas, sentía como que algo se metía en mí así, y era fuerte porque sentía que algo se metía en mí y tiritaba, me acuerdo que me llevaron al consultorio de allá de la playa, y allá me dieron las crisis, los gritos y todo eso, y, pero fue ese momento no más, después mi mamá me llevó a Santiago y me vieron y como que se me pasó, pero igual fue como una experiencia bien trágica y, no sé, como fuerte.

¿Qué hacía antes de estar hospitalizado?

Estudiaba, estaba a full estudiando, estaba en el semestre más difícil, estaba con hartas disertaciones, estaba pololeando, estaba bien, tenía una vida normal, no me había pasado nada extraño.

¿Qué lo motivó a venir al hospital diurno?

**En realidad porque estaba como desorientado, no sabía que hacer y me dijeron que siguiera con el tratamiento, y el tratamiento era venir acá, no sabía**

muy bien lo que se hacía acá, vine porque estaba mal, no sabía lo que había pasado, y yo acepté al tiro, sí estaba desorientado, estaba hasta asustado, me recuerdo que estaba asustado de hasta salir a la calle y bueno esos fueron los primeros días que estuve acá, ya cuando empecé a venir empecé a captar lo que se hacía acá.

¿De qué le dijeron que se trataba el hospital diurno?

**Me dijeron que se trataba, que era para aprender de la enfermedad, un poco para recuperarme, para rehabilitarme, eso fue lo que me dijeron.**

¿Cómo era la relación con los compañeros en psicoterapia grupal?

Era, al principio era como seria, como que les costaba hablar, al principio, después cuando uno hablaba todos se ponían a hablar y me acuerdo que eran trabajos, como uno hacía retratos de varias cosas, y de ahí salían varias cosas de los pacientes, uno se hacía, no sé si el psicólogo y decía cosas e iban saliendo cosas importantes en los dibujos y de la personalidad de cada uno y los problemas que tenía cada paciente, pero eran buenas las terapias porque salían a la luz varias cosas.

¿Cómo era la dinámica en la psicoterapia grupal?

Ponían el dibujo y decían ya, dé una opinión y ahí te ponían a analizar el dibujo y dabai tu opinión y otro te decía, sí, esto está bien, además está esto otro, iban saliendo varias cosas importantes de los dibujos y al final sacábamos buenas conclusiones de lo que le estaba pasando a esa persona y me parece más eso.

¿Y la relación con los profesionales?

Era buena, era inteligente el psicólogo, él como que nos daba el camino por donde iba la cosa, decía no será esto otro y todos nos poníamos a analizar que le estaba pasando a esa persona en su interior, eso era, veíamos del pasado, al presente y el futuro.

¿Y en la psicoterapia individual cómo era la relación con el psicólogo?

No, **era súper estrecha, súper, era una bonita relación, eh al principio me, como que me costaba hablar y después me fui soltando, fue, fui sacando varias cosas en conclusión de la enfermedad,** lo que pasa es que yo tengo un familiar que tiene esta enfermedad y él está en la casa no más, él no hace nada, como que se quedó ahí, entonces como que yo tengo muy en la mente esa imagen de la enfermedad, entonces el psicólogo me trató de sacar de ahí, de que yo no me podía quedar en eso y que yo era capaz de muchas cosas, con todo lo que había logrado, ya estando en una universidad que es muy difícil y una carrera tan difícil como la que estudio, así que él un poco me sacaba esa visión de la enfermedad, y me ha costado un poco verlo así, pero todavía me acuerdo de sus palabras, porque este último tiempo he estado en la casa no más no he hecho nada, como que todavía tengo esa visión un poco, no sé si sesgada de lo que es la enfermedad, es como un miedo, un temor yo creo de quedarme ahí sin hacer nada.

¿Qué actividades le hacían acá en el hospital diurno?

**Bueno hacían de todo, me acuerdo que hacían cosas para activar la mente, juegos, juegos como teatro, cosas así, ah, haber hacían dibujo, bueno**

hacia, nos activación, activación física, eh, hacíamos convivencias y terapias grupales y terapias individuales.

¿Y qué opinaba de esas actividades?

No sé para mí eran nuevas, era un mundo nuevo que conocí, me parecían bien, una forma de sobrellevar esta enfermedad y de aprender de ella de distinta manera.

¿Alguna que le haya gustado más o menos que las demás?

Al principio hacer deporte, la activación de la mañana como que da lata, pero en general, no, como que aceptaba todo, todo de buena onda.

¿En qué le ayudó la psicoterapia individual?

No sé, me ayudó también a ver a mis miedos sobre la vida, sobre mis estudios, y un poco como sobrepasarlos, también fue una ayuda, es que se habla de tantas cosas en la psicoterapia, al principio me acuerdo que le conté lo mismo que les conté a ustedes, lo de la crisis, me explicó que era la enfermedad, porque también uno puede creer que, no sé poh, cosas religiosas que uno las cree de verdad, después como que te pone los pies en la tierra, no esto es una enfermedad, lo que te pasó fue esto entonces ahí uno, al principio uno cree esas cosas y bueno también me ayudó en mis miedos y temores que uno tiene para el futuro, si fue una de las cosas más importantes en el día.

¿Y en qué le ayudó la psicoterapia grupal?

También fue importante porque uno ve en grupo que a casi todos les pasan las mismas cosas y que buscan casi lo mismo en su futuro y en el presente de cada uno, pero no sé qué más.

¿Qué es para usted una psicoterapia individual en el hospital diurno?

Es una instancia individual donde se expresan todos los, no sé como decirlo, los problemas, las situaciones cotidianas de su vida, cómo sobrellevar estos problemas, es una instancia para, para mostrarnos a otra, al terapeuta y que éste diga de qué manera sobrellevarlo y más, un poco también mostrarle al paciente de qué se trata la enfermedad y también de que manera sobrellevarla.

¿Qué es para usted una psicoterapia grupal en el hospital diurno?

Es una manera también, de mostrar también, pero de manera grupal los problemas de los pacientes, y tratar de sacar conclusiones en grupo, y darse cuenta que los problemas son comunes para todos, que todos estamos pasando por lo mismo, y eso.

¿Qué es lo que más recuerda de la psicoterapia individual?

Eh, me acuerdo que dibujó un cerebro el psicólogo que era como un cristal entonces me dijo que ese cristal se había roto entonces que todas las terapias que siguen a continuación es para que ese cristal se vuelva a armar.

¿Y de grupal qué recuerda más?

Sí, me acuerdo que yo dibujé un camino, o sea me dibujé a mi y dibujé un camino hacia la universidad, entonces el psicólogo me dijo que no estaba bien pavimentado ese camino que tenía que yo todos los días pavimentarlo y armarlo de alguna manera para llegar al gran final, o sea al gran, la meta que es la universidad, y tener una profesión y ser alguien en la vida.

¿Recuerda los temas que fueron trabajados en individual?

**De partida la enfermedad, que era lo que me estaba pasando en el principio, eh, mis miedos, mis temores, eh, que no relacionara la enfermedad con como es mi familiar, qué más vimos, o sea vimos más que nada la enfermedad, de qué se trata, qué cosa es, cómo, sobrellevarla, cómo entenderla, cómo aceptarla, porque no es lo mismo, me decía, tomarse la pastilla todos los días, hay que aceptarlo, hay que entenderlo y puede que un día te aburrai y no te tomis más la pastilla, después volver a caer en lo mismo, yo tengo claro eso, que si dejo los medicamentos volveré a las crisis.**

¿Y cuales fueron los temas de la psicoterapia grupal que fueron trabajados?

**Bueno que vimos cómo nos vemos ahora, tuvimos un tiempo con eso, después cómo nos vemos en el futuro, eh, hubo también temas como qué mochila cargaba, qué problemas tenía, eh, qué más, bueno de esos tres temas me acuerdo más.**

¿Qué lo motivó a terminar el tratamiento?

Eh, bueno **me costaba venir, me costaba levantarme temprano, estaba lateado, no sé si era desgano, desmotivación, pero estuve un tiempo así, como que venir acá era acordarse, no sé también lo hablé con el psicólogo, es que al venir uno se acuerda de la crisis y no sé, me sentía mal, no sé tal vez inconscientemente sentía esas cosas, pero ya estando aquí se me pasaron, sí era el venir, el hospital,** y todo eso.

¿Pero siguió viniendo?

Sí, al final, vine, se acaba esto, tengo que venir todos los días así que al final vine todos los días.

¿Qué es para usted un tratamiento en el hospital diurno?

No sé, **yo diría que de partida te ve un psiquiatra, te dan todos los medicamentos que necesitas, después te ven los psicólogos que te dan toda la ayuda psicológica que necesitas, no sé en mi caso, para mi, que por primera vez viví esta experiencia y más que estar con gente que vive las situaciones similares que las tuyas, y también tienes el apoyo de la gente, de los amigos que se hacen acá, o sea un tratamiento completo, y están todas las terapias que se hacen, bueno de partida está el lugar que te acoge y no sé, un lugar de ayuda para nuestra enfermedad,** no sé qué más decir.

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Bueno, he estado en la casa, hay días que no hago nada, que he estado muy...  
o sea, estuve un semestre estudiando hartito, pero había otros semestres que no quería

nada, como que me quedaba, no sé si era por flojera, como que cuesta volver al ritmo, pero no sé, hay semanas que estuve bien, estuve haciendo deporte, después en la tarde estudiando, después iba a ver a mis amigos, estuve como mi vida normal no más, ahora que estoy en la casa haciendo reposo he estado como haciendo nada, viendo tele no más, como que me he quedado un poco, o sea, ahora en Diciembre tengo que volver al ritmo, es que soy muy autoexigente, en ese sentido, no sé, me exijo mucho para los estudios y cuando no estoy haciendo nada como que me da cargo de conciencia, pero bien, o sea lo que he estado haciendo cuando estuve haciendo cosas era deporte en la mañana y en la tarde estudiaba.

Bueno, también estuvo operado.

Ahí estuve mal, no ahí estuve mal, estuve 15 días hospitalizado, no si estaba mal, me dijeron que casi me mueren los doctores.

¿Qué es para usted hospital diurno en una palabra?

**Rehabilitación, esa sería la palabra, acogida, más que esas no.**

¿Si fuese necesario volvería al hospital diurno por un tratamiento?

**Yo creo que sí, no se poh si estuviera mal de nuevo yo creo que es una manera de rehabilitarse, de, no sé, de volver a, no sé, es como una ayuda, acá te ayudan, como que te empujan para que salgas adelante, es una manera de ayudar entonces quien no va a querer ser ayudado, como que te dan todo para que te rehabilites, eso...**

Muchas gracias.

Que estén bien.

#### ***5.4.3.- Entrevista a Carolina:***

Primero algunos datos generales como ¿la edad?

17.

¿Estado civil?

Pololeando.

¿Hijos?

No tengo.

¿Escolaridad?

Hasta segundo.

¿Alguna hospitalización?

Este año dos veces.

¿Dos seguidas?

(Asiente con la cabeza)

¿Antecedentes de consumo de drogas?

Marihuana.

Pero ¿ha consumido alguna vez o es recurrente?

No, hubo un tiempo en que sí, pero ya no.

¿Y alcohol?

Sí, mm (risas)

¿Medicamentos que toma actualmente?

Quetiapina y fluoxetina.

¿Cómo llegó hasta aquí?

Del hospital, del quinto piso me mandaron hasta aquí, el doctor Castro.

¿Y qué hacía antes de venir al hospital diurno?

Iba al colegio.

¿Y dejó el colegio antes?

No, hace poco, cuando salí del hospital.

¿Completó el segundo año medio?

No.

¿Este año debería estar en segundo?

(Asiente con la cabeza).

¿Qué la llevó a consultar con el doctor?

¿Por qué me hospitalizaron?

¿Fue sola o su mamá la llevó para hospitalizarla?

Mi mamá me llevó, yo no me acuerdo, había tomado pastillas ese día, desde hace dos días antes, y no me acuerdo, mi mamá me dijo.

¿Estaba inconsciente?

Yo no me acuerdo de nada, lo que me cuenta mi mamá no más.

¿Qué es lo que se acuerda de antes?

Me tomé las pastillas y ahí...

Se acuerda que se la tomo y luego la hospitalizaron ¿y qué fue lo que la llevó a ésta situación de tomarse las pastillas?

Porque me puse a robar con una amiga... igual me arrepentí porque mis papás no me enseñaron eso, igual fue la culpa.

¿Que la llevó a robar?

De mona poh, porque no me falta na'.

¿Y fue el origen para todas estas situaciones difíciles?

No entiendo.

Ha habido una serie de situaciones difíciles que le han tocado, digamos por ejemplo estar acá, antes de eso la hospitalización, antes de eso dejar el colegio, antes de eso haberse tomado las pastillas y antes de eso quizás hubo algo que gatilló todas estas cosas, donde usted diga antes de tal cosa yo tenía una vida normal y algo pasó,

¿En qué momento se empezaron a complicar las cosas?.

A los doce años, me empezaron a doler los huesos, mi mamá me llevó al médico, y fue como un año en que me llevaron al reumatólogo y no me encontró nada y después empecé como a deprimirme así.

¿Y había alguna razón para el dolor de huesos?

Es que me dolían y se me hinchaban las articulaciones, nunca me encontraron nada, me hicieron caleta de exámenes

¿Y cree que habrá alguna razón?

(Gesticula aduciendo no saber).

¿Qué la motivó a venir al diurno?

**Nada poh yo no quería venir.**

¿Fue una obligación?

**Sí, del doctor y de mis papas, me dijeron que no podía faltar nunca, yo quería ir al colegio.**

Al colegio ¿quería volver?

Yo quería volver, yo tenía todas las ganas de salir del hospital y volver al colegio, pero me dijeron el día antes de venirme, el día antes de darme el alta que no iba a estudiar más.

¿Fue una decisión de los papás?

Del doctor.

¿Y los papás le hicieron caso al doctor?

Sí.

¿Y en el tiempo que lleva acá ha encontrado una motivación para estar acá?

**De repente, y de repente no dan ganas de venir.**

¿Y esa pequeña motivación que ha encontrado?

**Pa' estar bien no más, pa' compartir con más gente.**

¿Y afuera puede compartir con más gente?

**Sí, es que como todos tenemos lo mismo aquí y podemos hablar de eso.**

¿Sabe cual es la psicoterapia grupal?

Ehh, ¿cuál?

La que hace el psicólogo.

Ah ya, los lunes y los miércoles.

¿En esa psicoterapia cómo es la relación con los compañeros?

(Silencio...) mmm, todos viven su mundo.

¿No participan todos juntos en el grupo?

No poh.

Nos podría decir ¿cómo funciona, como se hace, cómo son los compañeros, cómo pescan, cómo son cuándo no pescan?

Ahh, la XXX nunca pesca, emm, no sé, nadie pesca.

¿Nadie pesca o hay algunos que pescan?

Hay algunos que pescan, y hay algunos que no quieren pescar y no pescan no más.

¿Y usted de que lado se pone?

A veces de los que pescan y a veces de los que no pescan.

¿Y por que pasará eso?

Porque de repente no me dan ganas de hablar y no hablo

¿Y en general, ¿por qué algunos pescan y otros no pescan?

Lo encontraran aburrido.

¿Y la relación que se da con los profesionales en esa psicoterapia, cómo es?

Mmm..., buena.

¿Y cómo lo describiría?

A mi no me gusta, lo encuentro fome, fome.

¿Y como encuentra al psicólogo?

Mmm, bien, hace bien la terapia, es que me gusta más cuando dibujan.

¿Hablar del dibujo es lo difícil?

Sí, es que eso no me gusta, porque uno tiene que hablar del dibujo, no me gusta eso.

¿Y qué no le gusta de eso, que hace que sea fome, será muy difícil decir algo de un dibujo?

Mmm, sí poh.

¿Cómo encuentra que es el día con la sesión de psicoterapia grupal?

Bien poh.

¿Y si tuviese que describir ese día en otras palabras?

(Silencio...) no sé.

¿Qué actividades hacen acá en el diurno?

¿Cómo actividades? ahh, la activación, las tareas diarias, la psico... cuanto se llama, la psicoterapia, no sé que más.

¿Y son todas las psicoterapias iguales?

No, no son todas iguales.

¿Cuales más hay?

Mmm, hablamos de la familia con la señorita Cristina. Mmm

¿De que más se habla en otros espacios?

El taller literario, lo que hacemos en la tarde, eso de enseñar. Mmm... De eso me acuerdo.

¿Y qué opina de ellas?

Mmm, que son buenas...

¿Pero?

Es que a mi no me gusta hablar de mi familia.

¿Y qué le pasa ahí cuando tiene que hablar de la familia?

No me gusta.

¿Y cuales de las actividades que se hacen le gusta?

La de enseñar cosas, esa es la entretenida.

¿Hay alguna otra que le gusta?

(Silencio...)

¿Y la que menos le gusta?

La psicoterapia esa que hace e, esa el psicólogo, esa no me gusta.

¿Y que no le gusta de las psicoterapias grupales del psicólogo?

Todo, no se.

¿Todo partiendo desde él?

No no, es que son aburridas.

¿Y que es lo aburrido?

Es que son lentas, como que hay que puro hablar no más.

¿Y a usted le pasa algo cuando habla delante de los demás?

A mi antes me daba vergüenza, ahora igual me da vergüenza, pero igual hablo.

¿Y que ocurre con escuchar a los demás?

Sí, de repente escucho y de repente no pesco.

¿Y por qué no los pesca?

Porque ando en otra.

¿Y qué pasa cuando usted si está pescando y los demás no pescan?

Hoy día me dio rabia, nadie pescó.

¿La psicoterapia grupal siente que le ayuda en algo?

**Decimos lo que pensamos.**

¿Pero siente que le ayuda o siente que debería ayudarle?

**Debería ayudarme.**

¿Es decir, siente que le ayuda?

(Niega con la cabeza).

¿Y tiene terapia individual?

¿Cómo?

¿Terapia individual?

**Ahh, sí, es buena, ahí también dibujo y no tengo que explicar el dibujo.**

¿No le exigen hablar?

**De repente me tiene que sacar las palabras porque no quiero hablar tampoco.**

¿Y esa psicoterapia individual siente que le ayuda en algo, o siente que tampoco ayuda?

**No, sí me ayuda.**

¿Si tuviese que decir si alguna de las dos le ayuda más, grupal o individual?

**La individual.**

¿Y en qué le ayuda la individual?

**A pensar, no sé, mmm a pensar.**

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal en el hospital diurno, cómo lo definiría?

Mmm, no sé.

Si tuviese que contarle a alguna persona que no sabe nada del diurno, de lo que es una psicoterapia grupal, si tuviese que contarle, ¿qué le diría?

**No sé... que ahí te conversan, te escuchan, te atienden, que es fome de repente, que de repente es buena.**

¿Y cómo funciona la psicoterapia, que método ocupa?

**Hablar, dibujar y hablar del dibujo, o escribir y hablar de lo que uno escribe.**

¿Y es fome la terapia o es complicado hablar de los demás, o hablar de uno mismo o darle comentarios al otro?

Es que me cuesta hablar a mí, me cuesta hablar de mí, pero soy buena para dar consejos.

Y si le cuesta hablar de usted misma me imagino que debe ser muy complicado hablar en una sesión de grupo donde exigen que uno hable de uno.

Sí poh, es que si hablo de mí hablo lo preciso no más.

¿Y es porque le cuesta hablar de usted siempre o le da lata que los demás escuchen?

Me da lata y me cuesta hablar de mí.

Y en la psicoterapia individual, ¿qué es para usted?

¿Cómo?

¿Cómo la definiría?

**Ahh, buena, entretenida.**

¿Cómo funciona?

**Dibujamos, de repente hacemos arcilla, conversamos.**

¿Y de qué conversan?

De lo que me pasa.

¿De usted?

Sí.

¿Y se hace difícil ahí hablar?

No tanto, porque igual es cuando hay más cuando me cuesta hablar.

¿Cuando llegó usted acá?

En Octubre... caleta.

¿Ha pasado rápido?

Volando.

¿Antes de venir acá qué esperaba de la psicoterapia grupal?

No, no sabía de qué se trataba.

¿Y de la individual?

Sí poh, porque yo ya había estado en un hospital diurno de adolescentes, pero hacían talleres no más, taller de carpintería, de dibujo, de teatro y todo eso. Sí, nos hacían así psicoterapia.

¿Individual?

Individual hacían, grupal nos hacían, pa puro la familia que se reunían.

¿Entonces en el otro hospital no era necesario hablar de uno?

Mmm...

¿Y ahí cómo era la psicoterapia individual?

Mala. Se enojaba conmigo, de repente me dejaba sola hablando (risas).

¿Y venía con esa idea para acá?

No..., no sé, no.

¿No pensaba en que se iba a encontrar con otro psicólogo?

Sí igual tenía miedo.

¿Y cómo fue al final la experiencia?

No, buena, mejor que allá.

Hasta ahora en lo que lleva, si tuviese que recordar algo que haya sido importante para usted en la psicoterapia grupal ¿qué sería?.

Es que igual, no hablo, pero igual opino, poco, pero opino.

¿Eso rescataría, lo rescata como un logro para usted?

Sí.

¿Y algo que tuviese que recordar o rescatar de importancia en la psicoterapia individual?

Es algo de ¿qué haría por mi?... ¿cómo era?... qué si pensaba en mi parece... todavía lo estoy pensando. ¿Cómo era la pregunta?... ¿Qué estoy dispuesta a hacer por mi?...

¿Puede recordar qué temas han sido trabajados en psicoterapia grupal?

Como se diseña grupo de terapia, mmm, no sé, ha, como veíamos este hospital, mmm...

¿Y en que están ahora?

En el pasado, recordar el pasado.

¿Y qué tema es el que trabaja en psicoterapia individual?

Cómo es, no me acuerdo (risas), de mi hermano, no me acuerdo más, ah, del alcohol, no me acuerdo más.

¿Qué la motiva a seguir viniendo?

(Silencio...) Nada.

¿Y piensa terminar el tratamiento?

(Asiente con la cabeza).

¿Por qué razón?

No sé, porque tengo que entrar al colegio, eso.

¿Hay algo que sienta que sea por su voluntad o siente que la están obligando?

No, es por obligación.

¿No hay algo que haya descubierto y que le haga sentido, aunque sea una tontera como el almuerzo rico que la haga seguir viniendo, algo, cualquier cosa que le haga sentido seguir viniendo para acá?

La terapia individual.

¿Qué es para usted un tratamiento completo acá en el diurno, cómo lo describiría?

No sé, participar de las terapias, de las psicoterapias, eso.

¿Recomendaría que alguien siguiera un tratamiento aquí?

No sé.

¿Si tuviese una amiga que necesitara un tratamiento?

No sé es problema de ella.

¿Aunque le guste dar consejos?

Es que no sé, porque a mi no me gusta venir e igual vengo, igual me mandan.

¿Le diría que probara?

Sí, que probara.

¿Si tuviese que recomendar a su amiga entre el hospital para adolescentes y este?

Ah, éste, sí poh, porque allá nadie pescaba a nadie.

¿Entre los compañeros?

Entre los compañeros y los profesionales.

¿Y usted estuvo ahí mientras estaba en el colegio?

Sí, iba todos los días después del colegio, de las doce y media hasta las seis.

Todo el día.

¿Y por que llegó acá?, ¿por la hospitalización?

Sí, es que de ahí del adolescentes me habían derivado al COSAM y estuve yendo como dos sesiones con psicólogo y psiquiatra y me dieron Risperidona y Fluoxetina, después caí al hospital y no seguí yendo.

¿Y por que le dijeron que tenía que ir al COSAM?

Porque iban a llegar otros profesionales que pertenecían a una universidad.

¿Por eso la derivaron?

Sí, hay algunos que siguen ahí, pero ahora es como más para drogas y alcohol.  
Se quedaron los que venían por drogas y alcohol.

¿Y por qué usted entró a ese hospital diurno?

Por el hospital también, el doctor Castillo, de infanto-juvenil, él me derivó,  
porque trabajaba ahí también.

¿Y qué le dijeron cuando la mandaron para allá?

Que me iban a ayudar.

¿Nada en específico?

Mmmm.

¿Y estuvo hartos tiempo en ese lugar?

Sí, pero al final ya no quería, perdía las horas con los psicólogos, con los  
terapeutas.

¿Cuándo salga de acá qué se imagina que va hacer?

¿Cuándo me vaya de aquí? Irme a la playa en el verano, y después entrar al  
colegio.

¿Retomar segundo?

No, tengo que hacer dos años en uno, y de ahí pasar en Agosto el segundo.

¿Y después del colegio se imagina algo?

Ir a trabajar para ir a vivir sola.

¿Si tuviese que decir qué es para usted el hospital diurno en una sola palabra?

**Obligación.**

¿Qué le cambiaría al Hospital diurno?

**No sé, es que lo encuentro fome.**

¿Qué le agregaría o le quitaría, qué cambio haría?

**Sacaría la psicoterapia grupal y la de la familia.**

¿Y la estimulación cognitiva?

No esa no.

¿Y la psicoeducación?

**Ah no, esa es buena, esa me faltaba, sí es buena, pero habla siempre de la esquizofrenia, nunca de otra cosa.**

¿En esa o en todas?

En todas casi.

¿Y qué ocurre con eso de que siempre hablen de la esquizofrenia?

Es que yo no tengo esquizofrenia, y hablan de eso, fome po.

¿Y que le agregaría entonces?

Que hablaran de trastorno de personalidad también poh... eso le pondría.

¿Y como resumiría su experiencia en el tiempo que lleva aquí?

Buena y flotando.

¿Y cómo es este flotando?

Ni buena ni mala.

#### ***5.4.4.- Entrevista a Valentina:***

Primero algunos datos generales como ¿edad?

22 años.

¿Estado civil?

Soltera.

¿Hijos?

No.

¿Escolaridad?

Cuarto medio y... título de secretariado.

¿Ha estado alguna vez hospitalizada?

Dos veces.

¿Antecedentes de consumo de sustancias?

Ninguno.

¿Cuáles son los medicamentos que está tomando actualmente?

Quetiapina y Tonaril.

¿Cómo llego al hospital diurno?

(Carraspea...) primero me hospitalizaron en el instituto psiquiátrico, allí estuve un mes y tres semanas y después me descompensé y volví al quinto piso a hospitalización (C.E. unidad de psiquiatría HFB) y ahí la doctora Vera me mandó para acá al diurno.

¿En ese momento tenía algún conflicto?

Es que mis padres me llevaron al instituto psiquiátrico, me hospitalizaron para que esté bien.

¿Cómo fue que empezó a no estar bien?

Cuando me descompensé por segunda vez.

¿Y la primera vez?

La primera hospitalización fue voluntaria.

¿Usted quería hospitalizarse?

No, mis padres querían.

¿Y usted estaba mal, estaba descompensada en ese momento?

No, yo estaba bien, estaba normal... me descompensé entre la primera y la segunda hospitalización.

¿Qué hacía usted antes de venir al hospital diurno?

Estuve en mi casa con mi mami, ayudándole en el aseo de la casa, es dueña de casa.

¿Qué la motivo a venir al hospital diurno?

Me mandaron mis padres, me mandaron para acá, por que pensaban que... yo me iba a rehabilitar, a ocupar la mente, a estar activa.

¿Cómo ha sido la relación con los compañeros en psicoterapia grupal?

Ha sido más o menos porque he opinado muy poco, a veces no entiendo preguntas, a veces me cuesta expresar.

¿Sólo en esa actividad o en todas?

En todas.

¿Y cómo es su relación con los profesionales en psicoterapia grupal?

Es buena, porque mmm, hay respuestas, preguntas, explicaciones, hay buena comunicación.

¿Cuáles son las actividades que realizan en el hospital diurno?

Terapia de dibujos, recortes, escribir, conversar, actuar, dar opiniones.

¿Y usted que opina de esas actividades?

Son interesantes, pero a veces aburren porque siempre hablan de la enfermedad, de los remedios y uno se aburre porque a veces uno no quiere aceptar que está enfermo... algunos...

¿Qué opina de la psicoterapia individual?

Es buena para expresarse, desahogarse... ahm ahm, analizar a la persona.

¿Le ha ayudado la psicoterapia grupal?

Sí, porque hablamos de enfermedad, los medicamentos, de uno mismo y uno expresa lo que siente.

¿Hay un cambio entre la primera vez que estuvo acá y la segunda?

¿Un cambio?, a mi me gusta individual la psicoterapia, porque... uno está concentrada en lo que dice, porque grupal uno se distrae, la persona.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal?

(Silencio), (tose), ehm, **es estar en comunicación con todos... es buena... para... contar experiencias, sentimientos, todo eso...**

¿Qué es para usted la psicoterapia individual?

**...para mi es algo importante... porque está con una persona especial... especialista... y un paciente... que los dos conversan, se intercambian ideas, pensamientos, todo eso...**

¿Qué esperaba usted de la terapia grupal?

Estar sano, no volver al hospital.

¿Antes de venir como imaginaba la terapia grupal?

**Esperaba que fuera entretenida, más entretenida y alegre, porque la encuentro muy apagada, fome... pero igual se intercambian ideas...**

¿Y qué espera usted de la psicoterapia individual?

Lo único que esperaba es estar bien... para mi familia... para mi... que me ayudaran en mi futuro...

¿Qué recuerda de la psicoterapia grupal?

El autorretrato de uno mismo, el autorretrato del diurno y cuando teníamos de cero a cinco años, cómo era nuestro recuerdo y había que dibujarlo.

¿Y qué recuerda de su psicoterapia individual?

Ehm, hablan cosas que tengan que ver conmigo y yo puse la sexualidad, la vida, la muerte, todo... el alcohol, la droga... para mi es importante porque una esta enferma ahora y esas cosas son importantes de... reacciona de otra manera una persona, el paciente...

¿Qué temas recuerda de su psicoterapia grupal?

Lo mismo, el autorretrato, lo mismo que lo anterior.

¿Y qué temas recuerda de su psicoterapia individual?

Hablar de mí, lo mismo que lo anterior.

¿Qué la motiva a continuar el tratamiento en el hospital diurno?

Ehm, la tranquilidad, la paciencia, las ganas de vivir... ehm la manera de pensar... que... ehm... pienso más en mi familia y en mí... que tengo que mejorarme.

Usted vino primero obligada nos decía ¿hay algo de usted, de forma voluntaria, que le diga que tiene que terminar el tratamiento?

Sí... algo... un poco... sí... ehm... (tose)... que todos venimos por un objetivo...

¿Cuál es el suyo?

Ehm...recordar que hay que tomar remedios, ehm... recordar que tenemos una enfermedad... eso... ese es mi objetivo, para los demás no...

¿Eso la motiva a seguir?

Sí, por un objetivo.

Pero también dijo que hay una parte de obligación, ¿cuál?

Ehm.. Porque... los padres saben poh... porque es importante venir al diurno...

¿Cómo describiría usted un tratamiento en el hospital diurno?

Ehm...yo lo describiría (silencio) ehmmm (tose)... no entiendo esa pregunta...

Imagine que tuviese que contarle a otra persona que no sabe qué se hace en el hospital diurno, ¿cómo lo haría?

**Que están preocupados por ti, que te dan apoyo aquí... porque psicóloga, paramédico, doctora, enfermera, personas especialistas... que hay que venir para estar tranquilo, en paz, eso...**

¿Qué espera después de salir del hospital diurno?

Trabajar y realizar una vida distinta... ehm, tomar en cuenta la enfermedad, tomar remedios...ahm, conversar... de la enfermedad en familia, porque hay apoyo en las familias... con la enfermedad... esquizofrenia... **esquizofrenia es el diagnóstico que dan aquí...**

¿Hospital diurno en una palabra?

...Éxito...

Muchas gracias.

Ojalá que les sirva.

#### ***5.4.5.- Entrevista a Pamela:***

Primero queremos saber algunos datos generales ¿edad?

18 años.

¿Estado civil?

Soltera.

¿Hijos?

No tengo.

¿Escolaridad?

Segundo medio.

¿Hospitalizaciones?

Cuatro.

¿Recuerda los años de esas hospitalizaciones?

En el 2006 la primera y el 2007 tres.

¿Antecedentes de consumo de sustancias?

Cocaína, marihuana, neopren, pasta base, eh, morfina, latas de spray con las que se pintan los autos, ese, eh, floripondio, hongos alucinógenos, eso.

¿Sabe cuáles son los medicamentos que toma ahora?

Sí, Quetiapina, eh, Tonaril, Modecate y Alprazolam.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Eh, una vez que estuve con el doctor Cuturrifo, creo que fue el primer control y me dice que existe una posibilidad de que yo asista a una forma de hospitalización diurna, que los horarios eran de nueve a tres de la tarde y que si me interesaba... y como no estaba estudiando, eh, me dijo eso, y yo estuve entusiasmada, pero no sabía lo que era, le dije que sí, e ingresé al diurno en Octubre del 2006.

¿Qué hacía antes de venir al hospital diurno?

Estaba estudiando, sacando mi segundo medio.

¿Consultó con su abuela en ese tiempo?

Sí, en ese tiempo ella todavía era responsable de mí, bueno, aún lo es, pero ahora que soy mayor de edad pude decidir yo y decidir que no quería venir al diurno, porque me habían ofrecido nuevamente asistir al diurno y yo dije que no.

¿En ese tiempo consultó con su abuela porque había situaciones conflictivas?

Sí, en la casa habían hartos problemas, y estaba con problemas de alcohol y drogas... quería hacer una aclaración, que todas las drogas que nombré las consumí hasta el año 2004, porque el año 2005 me rehabilité en un centro privado y quedé... nunca pude superar el consumo de cocaína ni de la marihuana.

¿Cómo podría decir que partió todo eso?

Haber, mi consumo, mi consumo empezó a los 12 años, yo provoqué, yo no le hecho la culpa a nadie porque cada quien decide lo que quiere hacer en su vida y las decisiones que toma, yo creo que a mí lo que me afectó un poco fue la enfermedad de mi hermano, porque mi hermano, nos llevamos por cuatro años de diferencia, yo tenía 11 cuando él se enfermó de esquizofrenia y estaba recordando con mi abuela la semana pasada de que yo estaba viviendo en otra ciudad de Chile cuando me enteré que mi hermano estaba mal y yo como en Agosto decidí quedarme con él, yo ya sabía más o menos de que se trataba la enfermedad, porque siempre me ha gustado esto de ayudar a la gente, de saber de las enfermedades, de dar consejos y decidí venirme y ahí bueno, ahí empezó el consumo a los 12 años, empecé a fumar cigarrillo, empecé con los pitos, con los hongos alucinógenos, todo eso fue hasta el año 2005, 2004 y 2005.

¿Qué le preocupaba de la enfermedad de su hermano?

No sé, tenía miedo porque sabía muy poco de que se trataba, ya sabía que habían signos de paranoia, era lo único como que tenía claro y mi hermano ya los presentaba, entonces eso me preocupaba, y yo creo que por eso me **empecé a enfermar yo también porque mi hermano dejaba las tremendas embarradas en la casa,** sacaba la bicicleta a las seis de la mañana lloviendo se iba a otras comunas, qué sé yo, iba a buscar un niño que le gustaba que él decía, alucinaba con el karate, eh; y así un montón de cosas.

¿Vio esto en él y después empezó a sentirlo en usted?

**Es que me da la impresión de que me estoy justificando y me estoy justificando a la vez porque, eh, no debería decir esto porque nadie me metió la droga en la boca para que la consuma, pero en mi caso así fue porque yo me enfermé por mi hermano,** empecé a consumir droga para evadir todos los problemas que habían en mi casa, porque mi vieja por cuidar a mi hermano se despreocupó de mi y él siempre fue como más débil, pero él siempre fue el escudo de ella, siempre la acompaño a todo lugar, a donde fuera, los hospitales, a todas partes para ayudar a mi hermano y ya cuando cumplí los 12 o 13 años la agarré pesado con la marihuana y con todas las drogas que nombré.

¿Con su mamá también había problemas?

**Sí, mi madre biológica, que vivía con nosotros, peleaba todos los días con nosotros, hasta la fecha,** ella sufre de esquizo afectivo, y mi hermano de esquizofrenia paranoide catatónica y le diagnosticaron esquizofrenia paranoide, a **mi me dieron**

varios diagnósticos porque no se sabía lo que tenía como tenía un consumo sintomático de drogas no se podía diagnosticar que diagnóstico tenía, pasé por trastorno de personalidad, depresión bipolar, eh, trastorno bipolar grado dos, esquizoafectivo, eh, trastorno de personalidad, todos esos diagnósticos.

### ¿Qué la motivó a venir al Hospital Diurno?

La idea de cambiar, una de las tantas veces que quise cambiar, y creo que por fin ahora estoy cambiando, porque llevo una abstinencia como cerca de un mes sin consumir ni alcohol ni droga y me siento bien, me siento tranquila, los primeros días, los primeros 15 días que estuve en el hospital, fueron pero fatídicos porque sentí una angustia que me apretaba el pecho, así, que me presionaba el pecho y como que sentía la respiración y sentía que me iba a desmayar y yo creo que eso era por abstinencia, propio de la abstinencia y ya luego se me fue quitando y ahora siento que no necesito las drogas.

Fue una idea de cambio lo que la motivó a venir, pero ¿había algo de obligación con esto de ser menor de edad que usted decía?

Sí, ya después a la semana me empecé a sentir mal, que no quería venir más, que no me gustaban las terapias, eh, buscaba pretextos para quedarme en mi casa, todavía no llegaba al hogar protegido, buscaba pretextos para quedarme en mi casa, no, que me duele la guata, que no quiero ir, que no me gusta, que sácame, y me puse más rebelde y ahí empecé ya a consumir cocaína.

¿En qué fecha fue esto?

Como en Enero del 2007, ahí venía por obligación, luego conocí a un niño, me entusiasmé, empezamos a pololear y él como que fue un apoyo máximo para mi rehabilitación acá en el HD, me empecé a sentir mejor, luego me dieron de alta en el diurno.

¿En la psicoterapia grupal cómo era la relación con los compañeros?

Siempre fue muy buena porque siempre he sido muy sociable, tiendo a sentirme bien con cualquier persona y entregar confianza, afecto, comprensión, apoyo, así que fue buena la relación con mis compañeros.

¿Y cómo era la relación con los profesionales en psicoterapia grupal?

También fue buena, de repente había cosas que me molestaban en la psicoterapia, cuando me decía cosas, pero era la verdad y me dolía un poco, pero así era.

¿Cómo qué cosas recuerda?

Que me tenía que alejar de mi prima, que era con la cual consumíamos marihuana y a mi eso me molestaba porque yo la quería mucho a ella entonces yo no entendía muy bien el concepto de lo que él me quería decir y finalmente entendí que tenía que alejarme de ella por un tiempo, me alejé de ella y ahora yo me siento bien.

¿Eso era en psicoterapia individual?

Sí, individual, me explicó hartas cosas, pero yo creo que él se dio como por vencido porque llegó un día que me dijo que ya no íbamos a tener más psicoterapias porque era como que yo no quería cambiar, mientras yo estuve aquí, a lo menos hasta Febrero estuve mal, siempre, no quería nada, quería puro consumir drogas y ya por ahí por Marzo empecé a pololear con este cabro y como que me empezó a gustar venir al diurno, porque él me venía a ver acá, nos juntábamos y eso fue una motivación, como dije anteriormente por una rehabilitación.

Y si tuviese que referirse específicamente a la relación con los profesionales en psicoterapia de grupo, ¿Cómo era la relación ahí?

Bien, ahí no recuerdo mayores problemas con él.

¿Qué actividades le hacían el hospital diurno?

Eh, los días lunes... oh ya no me acuerdo...

¿Pero en general?

En general eran como actividades cognitivas, hablábamos de la familia, eh, ¿qué más hacíamos?, teníamos terapias con la señorita Sonia en ese tiempo, que nos hacía terapia con la familia, con la señorita Fernanda las tareas cognitivas de actividades y actividades de pintura, con otros psicólogos teníamos terapias, que hablábamos de cosas súper interesantes.

¿Cómo cuales?

Es que no me acuerdo mucho, es por tanto tiempo.

¿Y de la terapia individual sintió que le ayudó?

Aunque el psicólogo era un poquito duro conmigo, me decía las cosas como tenían que ser y me enseñó, a no sé, que no fuera dueña de la verdad, me enseñó perseverancia, tolerancia, varios valores que tenía un poquito truncados... la inconsecuencia, siempre, pero él como que reafirmó mis valores y eso yo creo que es lo más rescatable que puedo decir del psicólogo.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal en el hospital diurno?

¿En qué sentido?

Si tuviese que contarle a alguien que no sabe lo que es la psicoterapia grupal en el diurno, ¿Qué le diría?

**La grupal, bueno, que se habla de la enfermedad, se habla de lo que uno siente, o que le pasa, que son buenas terapias, que ayudan harto y remueven el alma, eh, le hacen tener a una conciencia de su enfermedad, del problema que sea, y eso...**

¿Y cómo funciona la psicoterapia grupal?

No entiendo.

¿Qué es lo que se hace en la psicoterapia?

**Hablamos**, es que es como lo mismo, voy a llegar a lo mismo porque no, como que no voy a captar muy bien la idea, pero siempre se hablaba, yo eso recuerdo,

por ejemplo **si yo me sentía mal, yo pedía la mano y hablaba y decía lo que sentía, que tenía rabia, por esto y esto otro, que quería consumir drogas, entonces yo creo que por ahí va la cosa.**

¿Y qué pasaba después de decir lo que sentía?

Me sentía mejor conmigo misma, porque era como siempre la presión en el pecho, esa angustia como de no poder decir de lo me estaba pasando.

¿Después los demás decían algo?

Sí, orientación, cada uno daba su opinión, no todos participaban, pero el que podía hablar algo lo hablaba y lo decía.

¿Y el profesional a cargo?

También hablaba.

¿Antes de venir acá que esperaba de la terapia grupal?

¿Qué esperaba?, un cambio para mi vida, pero mi voluntad siempre ha sido tan poca que en realidad nunca había podido cambiar hasta ahora, hasta ahora que tuve una sobredosis de cocaína y me di cuenta que me estaba muriendo y estuve súper mal, lo pasé pero atroz y ahí decidí cambiar, ahí decidí decir voy a dejar las drogas y las dejé.

¿Y antes de venir para acá había tenido otra experiencia de terapia individual?

Particular, o sea en el centro de rehabilitación nos hacían terapias de expresión de sentimientos, comportamientos, eh, ¿qué otra terapia hacían?, después que salí del centro de rehabilitación logré estar como cuatro meses sin consumir.

¿Qué esperaba aquí de la psicoterapia individual?

Que me ayudaran... que me ayudaran a aliviar la tristeza que tenía encima, los rencores, las angustias, los temores, eso...

¿Qué era para usted la psicoterapia individual?

**¿Cómo la podría definir, haber? Una ayuda, un apoyo eso...**

¿Qué es lo que más recuerda o que fue más significativo en psicoterapia grupal?

Que vez que estaba mal mis compañeros me apoyaban o cuando uno se sentía incómodo o mal yo me acercaba y lo apoyaba y casi siempre era la que recibía a los compañeros nuevos cuando llegaban con sus padres y se sentaban ahí, acá afuerita, yo me acercaba y me presentaba y trataba de entablar conversaciones con ellos y convencerlos de que las terapias no eran tan malas, que servían de algo, que servían para tener conciencia de uno mismo, para conocerse mejor, para conocer a nuestro propio enemigo, aunque yo no estaba tan confiada de lo que en mi estaba haciendo bien a mi favor, pero trataba de convencer a las personas que llegaban y entre ellos trate de convencer a la XXX (C.E. paciente que se falleció hace muy poco tiempo)

¿Y de psicoterapia individual qué es lo que más recuerda?

La fuerza que me daba el psicólogo, la paciencia que tenía para explicarme los problemas de las preguntas, porque ahora que estuve último en el hospital, mi enfermedad base me dijeron que era la droga, y que ellos no están muy seguros de mi diagnóstico.

¿Recuerda qué temas se trabajaron en su psicoterapia individual?

Sí, recuerdo una sesión que fue el de conocerse a uno mismo, había que hacer un dibujo y cada uno, después mostrando a los compañeros iban diciendo que sentían ellos con ese dibujo.

¿Eso era en grupal?

Sí.

¿De qué era el dibujo?

De uno mismo, teníamos que dibujarnos nosotros mismos y los compañeros después decían qué sentían ellos con ese dibujo.

¿Y qué recuerda de la psicoterapia individual?

El tema central era mi prima y las drogas.

¿Qué la motivó a terminar el tratamiento?

La fuerza que me dio mi ex pololo, la fortaleza que después logré conseguir porque yo dije no saco nada con ponerme rebelde, no saco nada con ponerme histérica, no saco nada con aburrirme si en el fondo la única que se perjudica eres tú,

y me hablaba a mi misma aunque parezca un poco irracional, pero era yo la que me decía el que era bueno y que era por mi salud para estar yo bien, estable, entonces creo que eso me motivó a seguir viviendo.

¿Si tuviese que contarle a alguien que no sabe de qué se trata un tratamiento en el hospital diurno, cómo se lo diría?

¿Cómo lo describiría?,

haber, eh... explicar de qué se trata y hablar un poco de las terapias, en qué consisten las terapias, eh, más o menos en qué nos ayudan los profesionales, eso...

¿Si tuviese que hacerlo ahora, cómo sería?

Difícil, porque sería lo mismo, o sea, para tratar de asumir nuestra enfermedad más que nada, porque por eso **llegamos acá, nuestra enfermedad, para asumir y aprender de ella.**

¿Qué ha estado haciendo luego que salió del hospital diurno?

Bueno, luego de salir del diurno en Julio empecé a consumir droga, caí hospitalizada, pasó un tiempo, como un mes que estuve bien y después no pude estudiar.

¿Fue cuando volvió a su casa?

Sí, y de ahí empecé a consumir droga nuevamente, malas juntas, ni siquiera el barrio donde vivo es bueno ahora, los problemas con mi tía empezaron, con mi tía que vive adelante porque ella se iba a mandar a las dos casas, a la de ella y a la mía,

que esto está desordenado, que ordena tu pieza y problemas cotidianos pero eso a mí me afectaba porque ella nunca había sido tan pesada, de hecho yo también consumí con ella droga años atrás cuando estaba más chica y ahora último también.

¿Hace cuánto tiempo salió del quinto piso?

Hace como un mes atrás.

¿Y desde ese momento está en el hogar protegido?

Sí.

¿Y decidió no venir al Hospital Diurno?

Sí, porque ya me sé el proceso, ya me sé las terapias, a lo mejor tampoco he pensado que las terapias hayan innovado, quizás se hagan otro tipo de terapias, pero ya estuve acá, yo creo que ya cumplí un ciclo acá.

¿Cuál es ese ciclo?

Es que de acá no salí muy bien, entonces no sé, fue una decisión que preferí no aceptar y puse oposición, no y no quiero y no quiero.

¿Y las razones están claras o medias difusas?

Difusas.

Si tuviese que decir qué es el hospital diurno en una palabra ¿qué diría?

## Entrega.

Muchas gracias.

### 5.4.6.- Entrevista a Belén:

Primero queremos saber algunos datos generales ¿la edad?

25 años.

¿Estado civil?

Soltera.

¿Hijos?

Uno de seis años.

¿Escolaridad?

¿Yo?

Sí

Segundo medio.

¿Alguna hospitalización?

Estuve en El Peral hospitalizada 15 días por drogas y alcoholismo.

¿Recuerda el año en que estuvo hospitalizada?

El 2006, el 20 de junio.

¿Ha tenido consumo sustancias?

Sí.

¿Cuáles?

Cocaína, jarabes, tonaril, celopec, coheto, marihuana, pasta base, ácidos, eso..., alcohol.

¿Cuáles son los medicamentos que consume actualmente?

Risperidona y Fluoxetina.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

¿Cómo llegué acá?, porque estaba en paréntesis (Fundación) antes, y de paréntesis me mandaron al peral y del peral me echaron y me mandaron de urgencia al HFB y del HFB me mandaron hacia acá. Fue como toda una...

¿Y esa consulta fue por un problema, una intoxicación?

No, porque estaba mal , estaba con una depre extrema, no me sentía bien, no quería existir, quería consumir drogas, después que me echaron del peral, porque me echaron porque tuve problemas ahí con un compañero porque estábamos pololeando y no se podía pololear, me echaron y me querían mandar en Manresa y yo no quise ir

a Manresa y me mandaron al HFB de urgencia y de ahí me dijeron que había un hospital diurno, que si me interesaba, que me hacían terapias, que iban a tener mi tiempo más ocupado y que me iba a sentir mejor y que no iba a consumir tantas drogas porque la mayor parte del tiempo iba a estar acá, entonces yo opte porque sí y vine para acá.

¿Y qué hacía usted antes de venir al hospital diurno?

Vendía artesanía y trabajaba en un bar, pero me drogaba todo el día, tomaba copete todo el día, andaba por todas partes, no dormía, no había día, no había noche, puro carrete, bares, el bar donde yo trabajaba no lo cerraban, porque mi amiga era la administradora, y nos quedábamos ahí hasta tarde, tomábamos Redbull (bebida energética), coca, jarabe, marihuana, nos íbamos a afterhour, era todo carrete, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, no comía...

¿Y cómo partió esa situación conflictiva?

A los 13 años, yo me enteré que mis papás no eran mis papás, que me habían adoptado, entonces yo me sentí como que me habían mentido toda la vida, y me sentí como despatriada, sin casa, sin hogar, sin papá, sin hermanos, y mi sobrina que tiene 29 años se fue a vivir a la casa y escuchaba a Janis Joplin, fumaba pito en la casa y todo, y un día se le quedó un pito a ella y yo lo prendí y me cagué de la risa con el pito y me empezó a gustar y fumábamos con ella, nos íbamos a la playa, yo carreteaba con sus amigos más grandes y ahí empecé a fumar y a fumar, después iba en el liceo y seguía fumando, y después solita, iba a comprar yo sola, me hice

amistades hippientas, me fui a mochilear, me fui a la playa, a la fiesta de la tirana, al sur, pura bohemia...

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Es que yo le robé plata a mi mamá hace como dos años, no, como hace un año y medio más o menos, entonces dije no, nunca más, esto aquí se acabó, yo no quiero robarle más a mi mamá no quiero ser más una hija desconsiderada, y dije voy a cambiar, tengo un hijo, el papá de mi hijo está progresando, están todos saliendo adelante, mis sobrinos están en la universidad, como que todos pasaban cosas bonitas y yo estaba estancada, entonces yo dije ya es tiempo de que yo cambie y me voy a hospitalizar o voy a hacer algo en mi vida que me cambie, pero primero me voy a desintoxicar y así partió.

¿Cómo era la relación con sus compañeros en psicoterapia grupal?

¿Del hospital diurno?, súper buena, me enojaba a veces con mis compañeros y los retaba, o no me gustaba lo que decían, pero bien, no tuve problemas con ninguno de mis compañeros, pero siempre yo imponía mis cosas, siempre decía no es que esto no puede ser así, estás equivocado, pero después nos pedíamos disculpas, no tuve ningún problema con ninguno de mis compañeros ... yo soy un poco impulsiva.

¿Y cómo era la relación con los profesionales en la psicoterapia grupal?

Súper buena, súper súper buena, yo creo que primero me costaba confiar un poco en ellos y les mentía a veces, pero después ellos depositaron toda su

confianza en mí y los sentía como mi otro hogar, de hecho no les contaba mis cosas a mi mamá cuando mi mamá estaba viva, no le contaba a ella y le contaba a mi psicóloga y la directora, confié hartito en la otra psicóloga también, me sentí súper integrada con los especialistas.

¿Cuáles eran las actividades que le hacían en el hospital diurno?

Psicoterapia individual, eh, ¿qué más?, actividades cognitivas, oh, se me olvidaron... es que me acuerdo, pero no me sé los nombres.

¿Y qué hacían en esas actividades?

Terapia con don Mario de los medicamentos, con las enfermeras hablábamos de diferentes temas, la pirámide alimenticia, eh..., pintábamos, taller literario, psicoartística, eso...

¿Y qué opina de esas actividades?

Bueno, a veces me lateaban un poco porque no andaba con mucho ánimo, a veces de dibujar, taller literario me apestaba, no me gusta escribir mucho, pero lo hacía todo bien, relajada.

¿Y qué opina de la psicoterapia grupal?

Buena, me gustaban los retratos, todo eso.

¿Y ese “buena”, si lo dijera en otras palabras?

Interesante.

¿Y qué opina de la psicoterapia individual?

**Súper buena, sobre todo la psicóloga.**

¿Y en otras palabras?

No sé, otras palabras, no tengo otras palabras ... me ayudó mucho a salir adelante, me resolvió mis problemas, confié en ella, me relajé, lloré, llegué más, me apoyó, me escuchó, eso...

¿En qué sirvió para su vida la psicoterapia?

**Un cambio y mucho apoyo, porque estaba súper confundida, a veces no sabía pa donde iba la micro y como que era mi cable a tierra y me decía no, sabes que así no es y bien...**

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal y qué es para usted la psicoterapia grupal?

La psicoterapia grupal me daba un poco de vergüenza, me trataba de soltar un poco y hacer todas las cosas, pero me daba un poco de vergüenza y no me soltaba tanto como en la psicoterapia individual y no me hacía muy bien, era como hacer el ridículo y relajarse un rato, pero no sé, **la individual me gustaba más porque me podía expresar más, decir las cosas que sentía, lo que me estaba pasando**, en cambio en la otra no podía conversar mis cosas con todos, no era el espacio ni el momento, nos hacían otras cosas, como relación, jugar, era como más dinámico lo que se hacía.

¿Y pensando en lo que se hacía en la psicoterapia grupal con XXX?

Ahh, no la estoy confundiendo con las actividades psicoartísticas... con el psicólogo sí me podía expresar, sí podíamos conversar, porque con los retratos conversábamos, cada dibujo expresaba los sentimientos que nosotros teníamos, como nos sentíamos, cómo enfrentábamos al hospital diurno, desde que punto de vista veíamos las cosas, pero no era lo mismo que individual, porque todos los compañeros hablaban del dibujo que veían en un compañero... entonces no era... me puse nerviosa, no se que más decir.

¿Qué esperaba de la psicoterapia grupal?

Ver lo que él me iba a decir respecto de mi dibujo, como él me veía a mí desde afuera, cómo me expresaba yo, lo que sentía porque él siempre nos decía, por ejemplo si yo me dibujé y mi cuerpo era como un corazón, entonces me dijo estás llena de amor, entonces como que quedé plop, o yo me dibujaba con lágrimas, entonces tienes pena, pero tienes la cara alegre, te sientes bien, tienes fuerza... él lo iba diciendo y los compañeros, como veían el dibujo y como lo veía yo, porque yo había hecho ese dibujo y cómo me sentía y después hicieron uno de cómo veía el hospital diurno, yo ahí ya no estuve, pero estuvieron mis compañeros y dibujó una casa que estaba sola pero afuera había vegetación y adentro el lugar estaba sólo sin pintar, sin nada entonces como que lo veía con vida y sin vida, otros compañeros dibujaban caritas sonrientes y todos dibujaron cosas diferentes, pero iban reflejando como veían el hospital diurno.

¿Y de la psicoterapia individual qué esperaba?

Es que yo desde chica que voy al psicólogo, desde los nueve años, entonces yo estoy acostumbrada a hablar con psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, parapsicólogos, entonces yo esperaba que me escucharan y desahogarme, no que me resolvieran los problemas pero es como una guía, como un cable a tierra.

¿Y la experiencia en esta ocasión fue distinta?

Es que mi hermana está estudiando psicología, y ella a mí me dijo que uno puede elegir a su psicólogo, y siempre me tocaban psicólogos más viejos, medios pesados, los psiquiatras me adivinaban todo lo que yo les decía, me pillaban en las mentiras, en cambio ahora yo quise venir, no mi mamá me llevó, entonces fui sincera, dije las cosas realmente como eran, y me ayudó, porque fui yo, no le estaba mintiendo a los psicólogos, porque al final me estaba mintiendo yo misma.

¿Podría hablar de algo que recuerde de su psicoterapia individual?

Que recuerde... por ejemplo un día en especial, es que recuerdo un día porque yo estaba súper mal, de hecho me tocó estar en sesión y yo no podía ni pintar, me acuerdo, trataba de pintar y me sentía como mal, como enferma, sentía que nunca iba a cambiar, que estaba pagando todos mis pecados, mis errores, que dios me había castigado y que no iba a hacer nunca nada, después me empezaron a cambiar los medicamentos y me empecé a sentir mejor, podía mover mejor mi cara, no tenía tanta saliva en la boca, fue como la segunda sesión, y era que los medicamentos que me estaban dando no era los adecuados.

¿Por qué recuerda en especial ese día?

Porque me sentí pésimo, nunca había estado sintiendo otra persona, no ser yo, era otra XXX, parecía invalidante la situación, me sentía más, como inútil.

¿Y qué es lo que más recuerda de la psicoterapia grupal?

Cuando hicieron mi retrato, yo me dibujé con mi hijo, ellos se dieron cuenta, a lo mejor dibujé bien el dibujo o reflejé bien mis sentimientos que todos mis compañeros me dijeron cosas súper coherentes y claras, me sentí súper bien, nunca había hecho un autorretrato, y me gustó demasiado.

¿Recuerda qué temas trabajó en su psicoterapia individual?

Es que **conversábamos de mis conflictos, de mis hermanos, de los problemas que tenía con mi papá, falleció mi mamá, conversamos de mi mamá, y mi psicóloga me fue a ver a mi casa, estuvo conmigo cuando yo tenía pena, eh, pero no teníamos temas en especial, conversábamos el día y como iban evolucionando mis problemas.**

¿Recuerda qué temas trabajó en su psicoterapia grupal?

**El autorretrato.**

¿Qué la motivó a terminar el tratamiento en el hospital diurno?

Es que era mi última oportunidad que me estaba dando mi familia, si yo dejaba esto no iban a confiar en mí y todo iba a ser igual que antes, de hecho yo había dejado un tratamiento de lado y mi familia de nuevo me daba la mano y me apoyaba y todo, pero como falleció mi mamá me di cuenta que estaba sola y que tenía que

hacer algo en mi vida y salir adelante por mis propios medios y con un mundo con drogas y alcohol no iba a hacer nada muy productivo.

¿Cómo definiría usted un tratamiento en el hospital diurno?

¿Cómo definiría un tratamiento?, no entiendo.

Si tuviese que decirle a alguien que no sabe qué es un hospital diurno, de qué se trata el tratamiento que aquí se hace, ¿cómo lo haría?

**Hacen terapia, conversamos con los compañeros, no nos sentimos solos, eh, se hacen buenas amistades, el equipo es súper bueno, la psiquiatra es simpática, el lugar es acogedor, se siente bien uno, hay confianza, seguridad, tranquilidad, es un lugar óptimo.**

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

Me fui a vivir con mi hijo y mis suegros, estoy súper bien con él, lo ayudo, estoy tomando el rol de madre, siento que **estoy evolucionando un poco porque tenía un poco de lado a mi hijo y hago mis artesanías, contemplo el paisaje que es precioso allá (en el campo) y hago mis cosas normales de la casa, me dan ganas de venir de nuevo al hospital porque he hecho de menos las actividades que tenía acá, mis amigos que me hice, a los psicólogos, me acostumbré porque estuve seis meses, se me hicieron eternos.**

Usted en este momento está de alta, pero con seguimientos ¿qué espera de este proceso?

Seguir con mi fuerza de voluntad y no recaer, seguir adelante sola, porque después tengo que estar solita en esto y no voy a tener el apoyo de los psicólogos, ellos ya cumplieron su parte y ahora yo tengo que ser bien mujercita para mis cosas y salir adelante y no mentirme a mi misma.

¿En una palabra hospital diurno”?

**Un segundo hogar.**

#### ***5.4.7.- Entrevista a Ana:***

Primero queremos saber algunos datos generales ¿la edad?

**28.**

¿Estado civil?

**Aún soltera.**

¿Hijos?

**No tengo.**

¿Escolaridad?

**Universitaria incompleta (tercero).**

¿Tiene alguna hospitalización?

No.

¿Tiene algún consumo de sustancias?

No.

¿Sabe qué medicamentos consume actualmente?

Sí, Olivin. Uno en la noche.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

¿Cómo llegué al diurno?... a través del hospital, el doctor Cuturrufo me quería internar, pero mi mami le dijo que no, a través del COSAM.

¿Fueron al COSAM primero?

Fuimos al COSAM primero y él nos mando al hospital y del hospital para acá.

¿Por qué fue a consultar en el COSAM primero?

Porque del consultorio nos mandaron al COSAM.

¿Y por qué fue primero a consultar al consultorio?

Porque mi mami estaba preocupada en saber lo que tenía y me había llevado donde una doctora con los bonos prestados de ella, una doctora particular y ella dijo que tenía esquizofrenia y me mandó al consultorio.

¿Qué hacía antes de venir al diurno?

Trabajaba y estudiaba.

¿Cómo diría que partió esta situación conflictiva que los hizo consultar?

Es que me daban crisis de angustia, por eso nos empezamos a preocupar, lloraba todos los días, en la noche no podía dormir porque tenía pesadillas, eso...

¿Recuerda algo más que le complicara en ese momento?

Me daba miedo andar en grupos de gente, no me gustaba tomar la micro, me daban crisis de pánico... no quería salir a la calle, me daba miedo salir a la calle.

¿Cómo fue que partió todo esto?

De repente.

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Tener la esperanza que uno se va a mejorar, además que si no venía al diurno me iban a internar.

¿Entonces, en parte era obligación?

Sí.

¿En la psicoterapia grupal, cómo era la relación con los compañeros?

Era buena la relación, todos participaban, comentaban, el psicólogo explicaba las cosas claras entonces era motivador participar, eso.

¿Y la relación con los compañeros?

Bien, ¿cómo me relacionaba yo?, bien, escuchaba las ideas con respeto, eso.

¿Y cómo era su relación con los profesionales en la psicoterapia grupal?

Cómo la relación... amena y cordial porque siempre están dispuestos a ayudar a los pacientes, son accesibles, no es frívolo el sistema.

¿Qué actividades hacían en el hospital diurno?

Psicoterapia grupal, taller literario, activación de las neuronas, lo hace la señorita Fernanda, ejercitarse para la memoria, y otras cosas más.

¿Cómo cuales?

Hablar del autorretrato, de las cosas personales que a uno le suceden, presentarlo en grupo y después pedirle la opinión a los demás, (silencio).

¿Algo más?

No.

¿Y qué opina de las actividades que hacían en el hospital diurno?

Que sirven para ayudar a sociabilizarse mejor con las demás personas, ayudan a controlar la enfermedad también, a hacerla más llevadera, (Silencio).

¿Algo más?

No, que son buenas.

¿Sintió que le ayudó la terapia grupal?

Sí, sí, porque tenía más puntos de vista de otras personas, veían la situación de diferentes formas, había más opiniones.

¿Y sintió que le ayudó la psicoterapia individual?

Sí, (ríe) porque ayuda a que uno no vea las cosas tan negras, o sea que uno no se enrolle tanto por cosas que pasan.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal?

Es una instancia donde todos participan como grupo, individualmente... dando comentarios personales, dando opiniones, respetando a los otros, respetando la opinión de los demás... (Silencio).

¿Y qué es para usted la psicoterapia individual?

Es una instancia donde psicólogo o psicóloga le ayudan a trabajar individualmente...

¿En qué le ayudan?

Dan pautas de comportamiento o cuando uno no puede resolver sus problemas dan sugerencias.

¿Qué esperaba de la psicoterapia grupal?

(Ríe), ¿qué esperaba yo?, lo que era.

¿Lo que era, nada más que lo que era?

No.

¿Y qué esperaba de la psicoterapia individual?

¿De la psicoterapia individual?, **es que nunca había estado en psicoterapia individual, primera vez.**

¿Entonces antes de venir qué esperaba?

Que el psicólogo lo analizaba a uno.

¿Y eso era una idea favorable o desfavorable?

Desfavorable.

¿Y cómo fue después?

(Ríe) **es que a mí nunca me han gustado los psicólogos, que analizan mucho a uno, al final fue favorable... es que para mí era una instancia donde uno hablaba sus problemas no más, el psicólogo no le daba consejos, lo escuchaba a uno.**

¿Qué recuerda de la psicoterapia grupal?

**Que me dijeron que no me exigiera tanto.**

¿En una actividad?

Sí.

¿Y qué recuerda de la psicoterapia individual?

Es que son muchas cosas.

¿Podría decir alguna?

Ah, cuando esa vez que mandaron a llamar a mi hermana y a mi mamá.

¿Qué pasó esa vez?

Es que a mi hermana (ríe) le dijeron que no me exigiera y que comiera si yo no la iba a ver.

¿Y qué temas recuerda de su psicoterapia grupal?

¿Psicoterapia grupal?, los autorretratos, ¿qué más?, hablaron de las relaciones de familia, de cómo veía uno el hospital diurno.

¿Y qué temas recuerda de su psicoterapia individual?

Como estar bien, te enseñan cómo afrontar las cosas, ¿o no?... hablamos harto de la familia, de las relaciones familiares.

¿Qué la motivó a terminar el tratamiento en el hospital diurno?

Que era entretenido venir, de primera no me gustaba, no hallaba la hora de que me dijeran que estaba de alta (ríe)... es que después uno se acostumbra a venir y se acostumbra a los compañeros después... al final pasaron los meses volando.

¿La motivación era sólo de ver a los compañeros o también al personal del hospital?

Motivación de estar bien de salud, o sea no vamos a estar 100 por ciento óptimo, pero vamos a estar 99.9 por ciento.

¿Cómo describiría un tratamiento en el hospital diurno?

¿Cómo lo describiría yo? **Que hay una red de apoyo de intervención comunitaria que nos apoyan, que están los profesionales, están las enfermeras, todo el equipo está luchando para que uno esté bien, en distintas áreas...**

¿Cómo describiría la psicoterapia grupal?

**Entretenida, una instancia donde conversan las cosas de uno pero todos participan.**

¿Y cómo describiría la psicoterapia individual?

**Una instancia para trabajar uno con el psicólogo, es más personal** (ríe y dice gracias por la paciencia).

¿Qué ha hecho después de salir del hospital diurno?

**He trabajado, he estudiado inglés, he hecho hartas cosas.**

¿Qué cosas?

Trabajo vendiendo diarios con mi papá, en las tardes el taller de inglés.

¿Hospital diurno en una palabra?

Bienestar.

Muchas gracias.

Ya les voy a pasar la cuenta, que les vaya bien.

#### *5.4.8.- Entrevista a Ismael:*

Primero queremos saber algunos datos generales ¿Edad?

21.

¿Estado civil?

Separado, no... Soltero.

¿Hijos?

No, (risas).

¿Escolaridad?

Segundo medio.

¿Y actualmente está estudiando?

Voy a... empecé a estudiar ayer, estaba en tercero y cuarto en Chile califica que son seis meses de estudio, entonces empecé enseñanza media. Voy a tirar pa delante a ver que pasa.

¿Y eso para cuándo estaría listo?

Mayo, creo que dan unas pequeñas vacaciones en Febrero y ahí retomáramos de nuevo en Marzo y hasta Mayo.

¿Lo había intentado antes?

El año pasado y no me fue muy bien, a mitad de año me retiré y ya no pude más y todo, igual no estaba tan bien como para, como para cargar al año pasado con materias y todo, igual eran dos años y eran tres horas al día, igual era como mucha materia, demasiada materia como pal poco tiempo, es que igual era como para alcanzar en el año los dos años, entonces como que mucho mucho, igual empecé a trabajar y todo... este año estoy intentándolo haber que pasa.

¿Tiene hospitalizaciones?

Dos, el 2004.

¿Consumo de sustancias?

Nada.

¿Qué medicamentos tiene actualmente?

## Clozapina de 50.

¿Cómo llegó al hospital diurno?

Uhh... (risas)... ya van a ser varios años ya... ah... haber... yo no soy de acá, soy del sur, y ... bueno, les cuento, les voy a hacer un poco resumido, entonces ya, yo no me portaba muy bien, entonces mi mamá... mi mamá está en Santiago como 15 años, yo cuando yo era chiquitito ella se vino a trabajar para acá, vivimos los dos no más con mi mamá, y ... ella, bueno me trajo ella de allá para acá por problemas de conducta y todo, para estar con ella, porque ella estaba donde una prima, donde una tía, entonces no respetaba horarios, ni nada, no respetaba tampoco a ellos y ni una cuestión, y ... me vine para acá, yo repetí el primero medio allá y terminé de hacerlo acá y también, yo, empecé a estudiar en el año 2003 en un colegio acá, y yo empecé a conocer chiquillos y todo, conocer, conocí niños punk, entonces me metí ahí yo, yo a esa onda y todo, yo estuve metido cerca de un año, o sea, me gustaban los ideales y todo, todavía lo tengo, y ... ellos hablaban de no maltrato animal, y entonces, pero ellos por ejemplo se vestían con cosas de cuero, por ejemplo, bototos de cuero y cosas así, entonces dije yo, es como, no sé, dije yo, como inconsecuente hablar de una cosa y hacer otra, no sé, como contraria, y entonces digo yo voy a como inventar algo, y dije yo, como los mismos ideales, pero no voy a vestirme con eso ni tampoco voy a comer carne, fui de a poco dejando carne, ellos igual comían carne, bueno deje de comer carne, fui de a poco dejando carne, cosas así... y de repente, no sé, no sé qué me pasó (suspiro), tal que empecé como a... hasta irme al extremo y, por ejemplo decir, cosas así, como que mi mamá un día lunes cocinaba, cocinaba carne, y con esas mismas manos que cocinó carne, ya, tocaba otra cosa y, y yo no podía tocar esa cosa

que ella misma tocó, o sea, sentía como un complejo de contaminación, y yo creía que todas las cosas, las puertas, por allá, por acá, estaban con carne y que igual yo estaba comiendo carne porque me iba a pasar las manos en la boca y cosas así, hasta que ya, me fui, dejé de tocar las cosas, por ejemplo no tocaba la manilla de la puerta porque creía que estaba contaminada con carne, no tocaba el interruptor de la luz tampoco, no saludaba a nadie de mano ni de beso, cerraba la puerta con el codo, encendía la luz con el codo, me lavaba las manos 30 veces al día, después no me secaba en la toalla porque igual creía que estaba contaminada con carne, tal que, igual sufrí mucho con eso, fue tanto, demasiado, demasiado, que dejé de comer cosas y la única persona que yo le aceptaba comida era mi mamá, yo solamente confiaba en ella, nadie más, por ejemplo me invitaban a la casa y me decían querí tomar once, no, querí almorzar, entonces ya era mucho y, ya (suspira), yo botaba la loza porque si en esa loza servían un plato y tenía, no se, una pelusa, mamá no, no voy a comer en esto porque tiene una pelusa y tiene carne y la cuestión, y ya, bótalo, quiebra el plato, vas a tener que lavarlo muy bien y miraba el plato, lo miraba así, que estuviera así como impecable, incluso llegué a lavarme las manos con cloro, me llegué a lavar la boca con cloro, ni siquiera yo... ni siquiera mis mismas manos me las podía pasar por la boca, entonces ya fue demasiado feo y ... y ya fue tanto, tanto, tanto que mi mamá consiguió un... un psicólogo particular para arriba, para barrio alto y yo todavía andaba en la onda y todo, y... dije yo mamá no quiero ir para allá porque es del barrio alto y que es cuico y la cuestión y no me interesa ir, y después hablamos por ahí, conocimos personas que me dijeron que había un COSAM que estaba antes, estaba un poco más allá, todavía en ese tiempo era COSAM, ahora hacen fichas de ese COSAM, y... bueno ahí me entrevistaron y todo y un psicólogo, ya, dijo que este

niño está mal, está mal, está totalmente mal, así que llegó hizo una ínter consulta y todo y urgente mandó ya, para el Félix Bulnes, y bueno llegué ese día acá, presenté mi caso y todo y la señora, la psicóloga, me saludó y me pasaba la mano y tampoco me quería sentar en la silla porque creía que la silla era de cuero, y no (risas) era sintética, y me dijo ella, siéntese, es que no quiero sentarme y no me senté, no me senté, entonces ya y, ahí me dijeron abra la puerta, y ya este niño está mal, está mal, entonces allá me dijeron ¿te querí hospitalizar?, me preguntaron si, y yo lo pensé hartito, la pensé hartito no sé si será pa mejor o no y... y yo vi a mi mamá llorando y toda la cuestión y dije bueno ya por mi mamá lo voy a hacer en ese momento no pensé por mí, pensé por mi mamá dije yo, por mejorar a mi mamá para que ella esté bien, esté tranquila, me voy a hospitalizar, Félix Bulnes, quinto piso, ahí estuve, o sea, ahí volví a comer carne, pollo, pescado, toda la cosa, tuve cerca de un mes, algo así ahí, y ahí... estaba el doctor Varas en ese tiempo, ¿ustedes conocen al doctor Varas?, él estuvo aquí, los primeros años que yo llegué aquí, estuvo aquí el doctor en el diurno, entonces él fue mi ... el tomó el caso mío, él ha sido mi médico de cabecera hasta hoy día, o sea yo no estoy con él, como hace tres o cuatro meses ya no estoy con él, estoy con la doctora Vera, pero él me trató de la enfermedad y todo entonces mi mamá igual se movió hartito y habló hartas cosas arriba, siempre iba a reuniones, porque igual había visita los martes, jueves y domingos y había reuniones que hacía la asistente social arriba, que eran los días jueves creo, entonces él hablaba del espacio de acá, porque a mí me iban a dar de alta, me iban a mandar para la casa, entonces mi mamá no, pidió eso que no era muy considerable y se interesó por este lugar, bueno yo llegué aquí, explicaron mi caso y todo, pero igual seguía con mis síntomas, tratando de no tocar nada, nada de contaminación porque estaba comiendo

carne, ya pasó, estuve aquí como catorce semanas, y me dio como un cargo de conciencia, porque dije que yo ya estoy comiendo carne dije yo , no sigo lo que yo pensaba antes dije yo y porque lo estoy haciendo, estoy arrepentido y todo, y bueno pasó esto ya, eh, paso tres semanas acá y un día me intenté suicidar, fue un intento, ehm, tomé pastillas, no sé que pastillas tome en ese tiempo, no me acuerdo, total que, me las iba a tomar y no me las tomé porque las tocaba con la mano y la cuestión, ya llegó otra vez, yo estaba entonces desesperado y todo el cuento, y no me importó que las tomara con la mano, fue todo, o que otra personas las tocara, total que me tomé como 20 o 30 pastillas, tomé, fui a la farmacia y pedí pastillas para dormir, me dijeron tiene que venir con receta, yo le dije y me puede dar algo equivalente o igual, si me dijo son relajante muscular, bueno, los compré, por ese día vine y me las tomé en la calle, en Carrascal y de repente empecé a sentirme mareado, mareado, mareado, mareado, mareado y como que no se me bajó la cuestión, y dije mi mamita va a quedar sola, mi otra mamá va a (...) a mi otra mamá, mi abuelita, y yo y mi mamá, y no es justo para qua haga esto yo, y que ellos se queden sufriendo dije yo, entonces no sé, lo único que me acuerdo es que me dirigía a este lugar y ahí no me acuerdo más, hasta que estuve hospitalizado arriba en el quinto piso y con camisa de fuerza (rie), así, entonces ahí estuve un mes más, y bueno me hacían comidas especiales, puras comidas vegetarianas y bueno, ahí estuve ese mes, ya de ahí pa adelante empecé a mejorarme, empecé a tener avances, y de ahí como que ya mi rumbo cambió y quedé más tranquilo, ya empecé con el tiempo a poder saludar a la gente, darle la mano, saludar de beso igual me costaba un poco porque, igual tuve, después que salí del quinto no estaba tan bien, total que... de repente igual le decía a los chicos que un día expliqué en terapia, chiquillos por favor dije yo, no me den la mano, no

me toquen, cosas así, o sea poco a poco fue pasando y empecé a saludar, saludar a la gente, empecé a tocar cosas, pero lo que sí no superaba, es que por ejemplo, yo estuviera comiendo vegetales aquí y en la silla de al lado estuvieran comiendo carne, a mi eso me angustiaba, porque creía que iba a toser, que iba a saltarse a mi plato (ríe), o iba a poner la cuchara e iba a saltar una gota a mi plato y cosas así, todos los síntomas tuve hartos tiempo (suspira), tuve como medio año, un cuarto de año así con esos mismos síntomas, y ya me empecé a mejorar un poco, empecé a mejorarme un poco, empecé a relacionarme con las personas, es que igual por ejemplo, ya mi mamá empezó a comer carne en la casa, empezó a cocinar carne, igual me angustiaba su resto que ella estuviera con carne al lado mío, pero igual le pasaba un poco, lo pasaba, igual mi mamá, por ejemplo ella cocinaba y, y yo le decía mamá no pruebes la comida y me decía y por qué, porque no sé tú ayer o antes de ayer comiste carne entonces quedan las sustancias le decía yo, igual tuve varias peleas por eso con mi mamá porque mi mamá trataba de entender, o sea, entendía, pero no sé le daba impotencia o le daba rabia y se enojaba conmigo y ya un día peleamos por eso en la mañana y ella probó, probó la comida y yo la vi, dije que no voy a comer porque usted la probó, probó la comida, pero cómo no voy a comer y la cuestión si yo la cociné y la cuestión y se va a perder, es que peleamos (...) llegué a la casa y yo, estaba sentido poh no sé, ahí llegué como a las tres de la mañana a la casa, como desde las doce del día, llegué a las tres de la mañana y como desde las doce del día en la calle, callejeando pa allá, pa acá, pa acá, pa acá, y a las tres de la mañana estaba volviendo a la casa, además que se largó a llover más encima y hacía frío, mi intención era quedarme toda la noche afuera, la intención mía era como castigar a mi mamá por el motivo ese de haber preparado carne y haberse enojado conmigo, y yo

me iba a quedar toda la noche afuera y volver al otro día, yo ya lo había hecho antes, cuando era punk me arranqué de la casa estuve una semana afuera, dormía en la calle, dormía en las bancas de la calle, no sé, en las plazas, no comía, estuve con frío, con sueño, dije yo estuve una semana en la calle, viviendo en la plena calle, cómo no voy a estar un día, total que ya, total que volví a la casa, y ya , le dije a mi mamá que tuviera un poco más de cuidado con la idea de preparar las comidas y todo, y ahí ya poco a poco fue pasando eso y ya empezó ella a comer carne al lado mío y a mí ya no me daba cosa y, y eso poh, hasta llegamos al día de hoy , que ya por ejemplo puedo ir a comer, puedo ir a comer, puedo ir a la carnicería e ir a comprar carne, no me da angustia, puedo tomar la bolsa con carne y llevarla pa la casa, por ejemplo mi mamá come carne y tiene bebida en un vaso, y por ejemplo un chiquillo me ofrece un cigarro, querís fumar mi cigarro, bueno, no hay problema, eso y...

¿Antes de venir acá estaba en el colegio?

Sí, estuve en el colegio, estuve como un mes en tercero medio, y no me salí por la enfermedad, me salí porque no quise estudiar, de repente dije yo no quiero estudiar porque estoy aburrido de esto, que los estudios son parte del sistema y la cuestión, y dije no voy a estudiar más y no estudié más y me salí, la otra vez siempre también estaba con los síntomas, ya estaba estudiando gastronomía, bueno igual hoy día igual me arrepiento de haber dejado ese colegio porque, por ejemplo yo en mi casa hago tolo lo de mi casa yo, entonces eso, mi mamá trabaja todos los días afuera y eso me dio lata esa vez, por ejemplo llegar a cocinar, llego a lavar la loza; hacer las camas, a hacer el aseo, esa es la rutina diaria que tengo que hacer todos los días, y bueno y eso, ahora me siento bien, otra cosa si que fue un retroceso, años atrás eh,

estaba súper bien bien igual, o sea no estaba tan bien como ahora, pero estaba bien, estaba estable, me sentí bien y dejé de tomar los remedios, no me los tomaba, estaba con la Clozapina, y los tomaba de repente cuando mi mamá estaba mirando y cuando no, bueno no me los tomaba y un día revisó el botiquín que tenemos en la casa, mi mamá me lo revisó y yo me quedaban cualquier sobre de pastillas, a mi me dan 300 pastillas para el mes, y cómo se llama, sobraban hartos sobres, sobraban más de la mitad, y mi mamá me dijo te estay tomando las pastillas y yo le dije, sí a veces no más me las tomo y a veces no y toda la cuestión, y un día le pasé las llaves del portón de la casa a mi primo que vivían ahí cerca de nosotros, ya poh me las pasó en la mañana y yo fui y pesqué las llaves y fui al baño y abrí la llave del baño y empecé a lavar las llaves, lavarlas, ya mi mamá cachó y ya otra vez la misma cuestión, fue un retroceso de nuevo, retrocedí, no caí hospitalizado, pero retrocedí gran parte de mi avance.

¿Eso fue después de la hospitalización?

Sí, después.

¿Y qué lo motivó a venir al hospital diurno?

¿Cuándo estuve aquí?, mi mejoría, pensé, pensé en mí dije y, y ojalá esto dije yo salga bien, salga adelante, porque igual dije no es gracia dije yo estar con ésta enfermedad, de no tocar las cosas, cosas así dije yo, ojalá me mejore, me mejoré, tengo buenos recuerdos aquí, todos me ayudaron bien, entonces recibí ayuda mucha

mucha ayuda de aquí, estoy agradecido de eso, o sea pasar por éste, no sé, lugar fue una bendición para mí, o sea, es una bendición todavía.

¿Acá tuvo psicoterapia individual?

Sí, con ah... la psicóloga se llamaba Catalina, trabajaba en Avenida La Paz, con ella estaba tratándome yo.

¿Y en psicoterapia grupal?

La hacía... la señorita Andrea (Terapeuta ocupacional), ¿la conoce?... no, bueno, estaba ella en ese tiempo, don Mario Barahona (enfermero) también nos hacía terapia, ese lo conocen ustedes sí, don Mario ¿quién más estaba en ese tiempo?, la señora Cristina igual nos hacía terapia...

¿Y la terapia de grupo quién la hacía, no era la señorita Ximena?

Ah sí, Ximena, igual hacía terapia de grupo.

¿Cómo era la relación con los compañeros en la psicoterapia grupal?

Buena, de primera como siempre uno llega indiferente, por el hecho que uno no los conoce y todo, después de hecho empezamos a conversar, a dialogar y al final como teníamos el mismo diagnóstico y todo, como que nos entendimos entre cada uno, y bueno, inicié una gran amistad con todos los chiquillos, o sea no voy a decir con todos, sí éramos todos amigos, sí igual muchachos que no tenía más amistad con ellos, hasta el día de hoy seguimos siendo amigos, nos juntamos y toda la cuestión.

¿Qué era lo difícil de iniciar esta terapia?

Mis síntoma, eso, era muy difícil.

¿Y la relación que había con los profesionales cómo era?

Bonita, sí, había **harto entendimiento, harta, harta comprensión**, si ellos nos tenían que explicar mil veces, nos explicaban mil veces las cosas, si teníamos dudas y queríamos preguntar, aquí vienen para aprender, para mejorarse y si esto es parte de su mejoría que repetir mil veces las cosas lo vamos a hacer si que...

¿Y en la individual?

Es que yo estuve **poco tiempo con ella, súper poco tiempo, no me acuerdo cuánto estaría con ella, un mes no sé, no creo, de ahí ella abandonó este lugar y se fue no sé a otra parte, de ahí que no quería tener individual**, hasta que tuve individual con la señorita Andrea, individual de repente conmigo e individual con mi mamá porque con mi mamá peleábamos mucho, entonces con ella tuvimos terapia, cómo se llama, tuvimos terapia, cómo se llama, tuvimos terapia, yo solo, ella sola y de repente los dos, porque **hasta el día de hoy peleamos con mi mamá mucho, de repente no sé, de repente prefiero estar sólo en la casa a que llegue ella, de repente pienso lo contrario, la hecho de menos, es que de repente hay sentimientos encontrados ahí y, por ser estoy trabajando en jardinería ahora y tengo una pensión y la otra vez peleamos tanto tanto con mi mamá que bueno, me voy de la casa, me voy a vivir sólo, me voy a arrendar una pieza o algo dije yo, un par de frazadas, una cocinilla, una cama, una lavadora así, voy a vivir sólo, y lo comenté con mi, con el asistente social, Gerardo,**

con él, ¿no lo conocieron?, sí, con él, y bueno me dijo, me escuchó, me dio consejos, me dijo no se vaya, me dijo aguante un poco más, comprenda a su mamá, porque a lo mejor está estresada con la pega, esta bien le dije yo que este estresada de la pega, pero que no venga a desquitarse conmigo, eso no me gusta a mí, si llega estresada de la pega le molesta algo y se enoja todo el día, toda la noche y me reta y que culpa tengo yo de que ella esté estresada de la pega, dije yo igual trabajo, yo igual hago cosas y no, y no es, no llego a la casa enojado y a retarla, o a poner malas caras, me las aguanto.

¿Recuerda que actividades le hacían en el diurno?

Una vez estuvimos un tiempo con la señorita Karina, no me acuerdo como se llamaba ella, el apellido, no sé si conocían ustedes a la paramédico que había aquí, no, bueno, eh, llegábamos el lunes del fin de semana, por ejemplo, si **teníamos un tema teníamos que informarnos bien informados de lo que está pasando en el mundo, en el país y todo, teníamos que leerlo en el diario o ver las noticias y los días lunes acá cuando empezábamos cada uno tenía que dar una noticia y analizarla entre todos, bueno esa era una de las cosas que hacíamos, eh, hacíamos mucho taller igual de cosas manuales, hacíamos música terapia, hacíamos para relajación, nos ponían un libro o ponían una música, y empezábamos, no sé a pensar y no sé, decía imagínense qué está pasando y después cuéntenos qué imaginó, qué sentimientos le vino a la cabeza, eso, cosas así, no igual habían hartas terapias de otras cosas, por ejemplo, él, Don Mario nos daba clases de los medicamentos, para qué servían, cuáles son los efectos secundarios, cuando fue la primera vez que se creó este medicamento, hace cuantos años están los medicamentos nuevos, eso... terapias así hacíamos...**

¿Y qué opina de estas terapias?

Eran buenas, sí... como interesante, como que aprendíamos cosas... por ejemplo igual hacíamos actuaciones, por ejemplo de la misma enfermedad, los síntomas, eso, también con don José Luis hacíamos actuaciones, esquech de los derechos de uno, por ejemplo respeto a los derechos de uno, por ejemplo respeto a los derechos, hacíamos hartas cosas así por ejemplo representando eso...

¿Y don José Luis en ese tiempo hacía psicoterapia grupal también?

Sí, debe haber sido individual creo, pero creo que llegó después él poh, y y ya todos los antiguos se habían ido ya.

¿Estuvo al final?

Sí, don José Luis llegó el año pasado o antepasado, no me acuerdo muy bien, no me acuerdo muy bien... antepasado, sí, es que igual los años pasan rápido, no me doy ni cuenta como... sabe que hubiera estado ayer cuando hubiera estado aquí, estuve aquí... y hacen años como cuatro o cinco años ya.

¿El año 2004?

Sí... ah sí.

¿Siente que la psicoterapia grupal le ayudó?

Sí, igual (suspira) uno se igual, igual se, como nos hablaban, nos decían que uno se descarga las cosas y después nos explicaban por qué esto acá, igual servían harto y aprendía cosas.

¿Estaba con sus compañeros también?

La relación con los compañeros fue buena y todo y... bueno ya pasó su tiempo y yo entré a la tarde a los R, los R se fueron antes de que ustedes llegaran, sí estaba R1 y R2, yo estaba en R1, para mí, yo estuve como cerca más de un año, un año y medio más o menos y yo era el último de los antiguos, después, después me fui para la tarde y ahí estuve haciendo terapias igual, cosas así.

¿Y la terapia individual sintió que le ayudó?

¿En ese tiempo?

¿Mientras estuvo en la mañana?

¿Individual? Es que la única que me hizo individual fue la señorita Catalina poh, y yo no estuve mucho tiempo con ella.

¿No lo recuerda como algo importante en su tratamiento?

No.

¿Qué es para usted una psicoterapia individual en el hospital diurno?

Haber, es el comienzo de un avance, (ríe), algo así, ¿me entiende?, es como en la terapia grupal uno va aprendiendo, se va haciendo más cosas, se va, se va liberando, de las terapias uno va ya mejorando y tiene muchos avances.

¿Y podría decir qué es para usted también la psicoterapia individual?

Primero terapias individuales lo encuentro, no sé si mejor, pero más directa, más directa con uno, porque con uno le dan como la oportunidad de uno contar sus cosas y que sea individual, o sea, es como más directo, o sea, toma el problema de raíz, es como privilegiado la terapia individual, porque creo que es más avance la individual que la grupal porque a uno el problema en individual se ve el problema de una sola persona, por ejemplo un problema de mí, y en individual me dan tiempo, tiempo, tiempo y solamente es de uno entonces que toman más en cuenta a uno y más eso más directo.

¿Le hubiese gustado tener acá una terapia individual más larga?

Sí, creo que es mejor que terapia grupal.

¿Qué esperaba de la psicoterapia grupal?

No, no entiendo.

¿Qué se imaginaba que era la psicoterapia grupal antes de conocerla?

Lo que antes de tener terapia me imaginé, no sé que, o sea, es que yo me acuerdo que no tenía mucho interés en terapia, incluso recuerdo que yo llegaba aquí al diurno, o sea no llegaba al diurno, llegaba tarde y de repente, al comienzo, antes

que empezaron todas las cosas no tenía interés de llegar acá, de empezar grupales, o sea, no me interesaban las terapias, yo no sé lo que pensaba, bueno y después yo iba a terapia y tuve opinión, es que pensaba que no servían.

¿Y de individual pensaba lo mismo antes de conocerla?

Antes de conocerla pensaba que servía más, tomaba el caso de raíz entonces que con terapia individual tenía más avances pensaba yo.

¿Y eso lo sigue pensando?

Sí.

¿Algo que recuerde que le llamaba la atención de la psicoterapia grupal?

(Silencio) no sé... que recuerde... bueno son muchas cosas, pero algo importante, algo que sobresalga, no sé... bueno, haber, no sé si tiene que ver con eso, lo que sí me recuerdo harto y fue bonito, fue cuando uno por ejemplo estaba de cumpleaños, siempre los demás chiquillos hacían una tarjeta o escribían cosas, cosas bonitas, tarjetas hermosas, eso, recuerdo eso uno y lo otro cuando me fui de alta igual, todavía tengo en la casa recuerdo varias cosas que me escribieron, eso es lo más bonito.

¿Algo que recuerde de individual aunque haya sido poco tiempo?

Es que igual terapia individual es como que uno puede confiar más, está más en confianza, más en privado, eso...

¿Recuerda qué temas fueron trabajados en psicoterapia grupal?

Primero nos preguntan a nosotros cada uno cuales eran los síntomas y como empezaron los síntomas y si hay gente que nos apoyaba, que nos entendían y nos decían chiquillos no se sientan mal por esto, esto igual, o sea no, tampoco es buena que estén enfermos ni nada, pero con esto van a hacer aprendizaje, van a ser mejores personas, van a ver más compañerismo y con el tratamiento van a poder enseñarle a más gente que ya está empezando y se sienten perdidas, que sea como una experiencia...

¿Y en individual qué temas fueron trabajados?

No recuerdo.

¿Qué lo motivó a terminar de venir acá?

Darme cuenta que estaba mucho mejor y que yo podía salir adelante, que tenía el apoyo de personas que me querían, igual por ellos, por mí y por ellos, para demostrar que yo podía y todo, y saber que yo podía mejorarme, que todos estuvieran bien.

Si usted tuviese que contarle a alguien que no conoce cómo es este lugar ¿cómo se lo describiría?

Que es un lugar mayor primeramente que nada, que vas a aprender muchas cosas, te van a enseñar muchas cosas, que vas a ver un feeling entre todos increíble, o sea, es lo más grande que me ha pasado en la vida, lo que me ha pasado, y, recuerdos bonitos de todo al personal, lo van a ayudar lo van a

entender, esto va a ser una familia para todos, así lo tomo yo, así lo tomo cada día como una familia, una segunda familia en los que se puede confiar el uno en el otro y nos podemos entender.

¿Qué ha hecho después de salir de este hospital?

Ahora estoy en el COSAM de Quinta Normal, estoy con terapias allá.

¿Cuánto lleva allá?

Estoy desde comienzos de año, como en Marzo y llevo en terapia, hacía terapia allá don Gerardo, después llegó un psicólogo, igual les pasó un problema y tuvieron que irse, ahora hay otra psicóloga y una asistente social, que se llama Javier y Vania no sé como, ellos están allá ahora y estaban ellos dos hasta el momento y antes de ayer llegó una terapeuta que se solicitó a comienzo de año y no llegaba, no llegaba, y antes de ayer llegó.

¿Usted también está con actividades de jardinería?

Sí, en la mañana.

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en jardinería?

Debo llevar un año y medio o menos, igual estoy sacando mi tercero y cuarto medio para trabajar en otra cosa, voy a ver si me la puedo trabajando unas horas de corrido, porque por ejemplo ahora, otra cosa na que ver, pero tengo un primo, trabaja en la construcción y necesita hacer una ampliación y yo le ayudé, trabajamos de las siete de la mañana, trabajábamos, trabajábamos, hasta las cuatro de la tarde,

almorzábamos a las cuatro y cuarto para las cinco estábamos trabajando de nuevo, hasta las ocho de la noche, entonces eran varias horas de corrido y aguanté, aguanté bien (ríe) y eso que es pega pesada de construcción, y no cualquier compadre la aguanta y yo aguanté y ahí me di cuenta que puedo trabajar en alguna cosa así, que puedo darme el tiempo y puedo tener la capacidad para aguantarme en un trabajo entre comillas normal.

¿Si tuviese que decir qué es hospital diurno en una palabra?

**Grato, si grato.**

Muchas gracias.

Bueno, ya poh.

¿Ahora va para su casa?

Si, para la casa, tengo que pasar donde un amigo mío que es de una agrupación de nosotros, ah... no les conté, tenemos una agrupación de pacientes, entonces él es el presidente y él está enfermo entonces lo voy a reemplazar yo, yo no soy el vicepresidente, soy el tesorero.

¿Cómo se llama la agrupación?

“Unidos por el futuro” igual estuvimos un tiempo bien mal, lo que pasa es que don Gerardo tomó esa responsabilidad, algo así, de tomar la agrupación de nosotros, apoyarla, y ya estaba todo bien y tuvo que irse y los chiquillos perdieron la confianza y no querían pagar las cuotas, dejaron de ir a reuniones, es que don Gerardo dejó un

plan hecho de las cosas para sacar casas en un tiempo, se fue él y todo ya, los cabros se fueron pa abajo, no, si no, que no queremos casa, que no está don Gerardo él nos dejó la enseñanza y hay que tirar pa adelante dije yo, voy a hacer mis cosas sólo aparte, total yo ya tengo la libreta abierta para la vivienda, yo ya estoy depositando, y ahora el miércoles pasado íbamos a hacer una reunión de nuevo para ver que pasaba con la agrupación de nosotros, si iba a seguir o no, bueno siguió por hasta el momento.

Bueno un gusto hablar con ustedes...

#### ***5.4.9.- Entrevista a Daniela:***

Primero queremos saber algunos datos generales como ¿la edad?

21.

¿Estado civil?

Soltera (ríe).

¿Hijos?

No.

¿Escolaridad?

Hasta 4° medio, o sea terminé completa.

¿Alguna hospitalización?

Nunca.

¿Algún antecedente de consumo de sustancia?

No.

¿Sabe su medicamentación?

Sí, Quetiapina una en la mañana, dos en la noche, cada una de 100 gr.

¿Cómo llegó al diurno?

El doctor que me atiende me trasladó aquí y me estuve atendiendo con la doctora del diurno y después volví ahí.

¿Por qué razón llegó donde ese doctor?

Yo pedí hora, me atendió un doctor X y él me trasladó al doctor Cuturrufo que me vio en el COSAM de Renca y ahí yo me empecé a ver con una doctora, porque él quería dos opiniones y después me seguí viendo con él y él me trasladó aquí.

¿Y ésta primera consulta que hace va con su mamá?

Si.

¿Y por qué consultan?

Porque yo estaba teniendo unos pensamientos extraños y me atormentaba y yo le dije un día a mi mamá ya no puedo más quiero ir donde un psicólogo a verme qué es lo que tengo, y eso, y fui con ella le expliqué al doctor y el me trasladó al psiquiatra.

¿Antes de venir al diurno qué actividad estaba haciendo?

No, no estaba haciendo nada.

¿Y cómo era la situación antes de venir al diurno?

Con mis padres buena, pero eh, los pensamientos eran muy como, me atormentaban, entonces no me dejaban salir de mi hogar, no podía salir a la calle, es decir, salía a comprar pero siempre con pensamientos que no los quería, entonces prefería estar en mi casa que salir, las micros me ponían incómodas, me daban nervio, sí, eso.

¿Cómo partió toda esa situación?

Partió por algo que me pasó después de que salí del colegio en verano, una cosa X y me dio a la semana siguiente como un ataque de pánico y después como que iba saliendo, era así de un pensamiento como que se arreglaba el pensamiento, ya no me atormentaba más eran dos días de descanso y después otro pensamiento volvía a mi cabeza y me atormentaba hasta un punto X, se pasaba y era así y cada vez era más largo, más largo, más largo, eso.

¿Qué la motivó a venir al diurno?

Bueno, yo no quería venir, pero el doctor me dijo que era necesario y que aquí iba como a encontrar soluciones y ya al final vine y me gustó y me quedé harto tiempo (ríe).

¿Probó venir entonces?

No, él me dijo vas o vas.

¿Fue por obligación entonces?

Sí, porque yo le decía no quiero hacerme nada, no quiero hacerme exámenes, pero no tampoco obligándome, sino que yo sabía que tenía que hacer eso para sanarme, o sea, yo mitad quería y mitad no y ganó la mitad que sí.

¿Cuándo venía para acá tenía psicoterapia grupal, quién la hacía?

La señorita Ximena.

¿Y cómo era la relación con los compañeros en la psicoterapia grupal?

Era buena, habían personas que por ejemplo X que como que interrumpían un poco eso de, uno está contando algo extremadamente fuerte y había, y eran personas X que se reían, tal vez por nerviosismo, pero eso incomodaba a las personas que querían contar algo serio y ellos se reían... había algunos que sí estaban interesados, y otros que definitivamente no ponían atención.

¿Qué pasaba cuando no ponían atención?

Por ejemplo los que se reían los mandaban para afuera o tenían que hablar con otra persona, y a los que no ponían atención la verdad que no ponían atención por su enfermedad no los hacía poner atención, entonces por eso esas personas no me molestaban que no pusieran atención, porque yo sabía que ya no, o sea, ahora han evolucionado pero en ese tiempo no, incluso había personas que se quedaban dormidas, por las pastillas y porque dormían mal, entonces uno tiene que entenderlos... nunca les llamé la atención por hacer eso, a los que se reían sí, pero a las personas que no ponían atención no les decía oye pon atención, no...

¿Y la relación con los profesionales dentro de la psicoterapia grupal, cómo era?

Era buena, súper buena, con la asistente ocupacional también era súper buena, con la psicóloga, ah y la señorita Cristina que nos hacía el cierre.

¿Y la psicoterapia grupal?

Era como de piel ella, era muy cercana a nosotros, siempre eh mi niña y así, y siempre era de piel, era súper como buena onda (ríe), y nos decía las cosas pan pan vino vino, ero era como delicada a veces, entonces eso, sí.

¿Qué actividades le hacían acá en el diurno en general?

Por ejemplo antes que yo me fuera, o sea, cuando yo me fui, o sea, hicieron muchas cosas que a mi me hubiera gustado haberlas tenido, cuando yo, por ejemplo, nosotros empezamos, cuando yo estaba, estaban empezando a **hacer este taller literario, dibujar unos días, pero solamente el que quería, no era obligación, por ejemplo tejer, también tejíamos y me hice hartas amigas, sí sí.**

¿Recuerda otras actividades?

Sí, bueno siempre nos hacían una especie de tareas, me gustaba el ejercicio que se hacía en las mañanas, con la paramédico y era súper buena, muy simpática, siempre nos apoyaba y ella era la que ponía las reglas, no se hace esto, se hace esto y era buena, era bueno tenerla a ella, como que pusiera orden, eso...

Y dijo que cuando se estaba yendo empezaron a hacer actividades que le hubieran gustado hacer ¿cuáles eran?

Sí, por ejemplo, bueno, con las enfermeras hicimos hartas cosas, eh, no sé, dulces, no me acuerdo como se llamaban, pero hacíamos cosas, actividades, con la señorita Sonia hacíamos por ejemplo mímica, juegos simples, pero cuando me fui empezaron a hacer talleres de greda, todas las cosas que me gustan, entonces eso, de pintar, y de hacer cosas entretenidas.

¿Y de esas actividades qué opina usted?

Ah, yo hacía todo lo que me decían, que por ejemplo pedían votación de quién quiere hacer esto y casi la mitad no quería hacer nada, entonces yo tenía que estar, ah no, hagámoslo no más y con las que me juntaba éramos las que más hablábamos y las que más hacíamos actividades, las que no nos aburríamos aquí (ríe), porque había mucha gente que se aburría, lo único que querían eran irse, nosotros, ah que no se acabara (ríe), entonces... me gustaba las actividades y nunca falté, que falté unas dos veces no más, de siete ocho meses que estuve.

¿Tuvo psicoterapia individual acá?

Sí, dos veces, una primero con la señorita Ximena y después cuando pasé a R me hacía la señorita Fernanda.

¿Pensando en la que tuvo con la señorita Ximena, sintió que le ayudó, en qué?

Sí, hartó, por ejemplo en trabas que tenía de chica, eh y eso y me ayudó caleta, y después con la señorita Ximena, o sea, con la señorita Fernanda ya no abarqué esos temas porque los tenía cerrados.

¿Y la psicoterapia grupal sintió que le ayudó?

Sí, porque yo opinaba hartó y siempre como que me daban una respuesta, nunca me dejaron de responder, ah y con los remedios don Mario siempre fue, me enseñó mucho, yo me sé todos los remedios que me tengo que tomar, los menores los mayores, entonces aprendí todo.

¿Qué es para usted la psicoterapia grupal?

Es como un este de apoyarse en el otro, por ejemplo de confiar algo al otro y que el otro lo tome, eh, con seriedad y que no lo difunda, que quede ahí en la psicoterapia de grupo, eso.

¿Qué es para usted la psicoterapia individual?

Es muy importante, me hace falta, sí, muchas veces, sí, sí...

¿Cómo la describiría?

## Necesaria.

Si tuviese que contarle a alguien que no sabe lo que es la terapia individual ¿Cómo le diría que es?

Que es buena, por ejemplo, yo me encontré una niña que dijo que no quería que le ganara el psicólogo o el psiquiatra, que solamente el psiquiatra y el psicólogo era para medicarlo, el psicólogo no, pero el psiquiatra era para medicarlo y ella no se iba a abrir a ella como en el juego, y yo lo encontré una tontera, porque si uno va al psicólogo o al psiquiatra le va a contar los problemas y ellos tratan de ayudarlo, no lo contrario, no a medicarte para dejarte atontada ahí, entonces eso me dio rabia...

¿Antes de venir para acá qué esperaba de la psicoterapia de grupo?

La verdad es que yo tenía miedo, y yo pensaba, no sé, que los esquizofrénicos eran como locos, entonces no sé, yo mucho tiempo tuve mucho miedo, entonces no me abría a que podía esperar de aquí, no sabía a lo que venía, de que se trataba, que hacían, de cuando me dijeron tiene que venir de las nueve hasta las tres, dije tanto, yo no puedo estar tanto tiempo, porque había pasado dos años con la enfermedad que no era atendida entonces yo dije como que no iba a aguantar, yo dije cómo iba al colegio tantas horas y después que me dijeron de las nueve hasta las tres aquí, yo dije qué hago, entonces tenía mucho miedo, después como que me fui, las primeras semanas, y después como que me fui, fui evolucionando, incluso me venían a buscar y a dejar, y, y después fui de a poco, ya me venía sola y me venían a buscar y hasta que definitivamente me pude trasportar sola.

¿Recuerda algo en específico que haya sido importante de la psicoterapia grupal?

Hartas confesiones como fuertes de los demás y yo decía uh yo no tengo nada parecido y tan grave que me pongo por cualquier cosa, y las otras personas han sufrido mucho, yo he tenido una suerte tremenda con mi familia, porque nunca, como que he estado protegida, entonces que eso me sirvió como que mi enfermedad no fuera tan terrible como las demás personas, tienen muchos, muchos problemas con su familia y este lugar era como un escape, era como el hogar que no tenían en su casa, y para mi eran mis dos hogares.

¿Algo en específico de la psicoterapia individual que recuerde?

Mmm, quisiera antes de responder eso, quisiera decir que hubo un tiempo que me daba miedo venir aquí, no, yo ya había pasado esto, ya me gustaba, pero entró una persona que por ejemplo no me, me daba miedo el ataque que le daba a él, yo no lo, quizás nunca ni siquiera los doctores pudieron entender lo que le daba, entonces los primeros dos ataques que le dieron, eh, para mi, yo no estaba, una vez estaba en el baño y sentía gritos, y después eh estaba en la cocina y lo vi, lo vi por un segundo, pero no vi lo que hizo, quebró platos, era como que su personalidad cambiara, cuando volvía a ser, al sí, no sabía que había hecho, entonces para mi me daba un miedo terrible, cuando lo internaron en el quinto piso para mi fue un descanso, después cuando volvió yo dije ah va a volver a lo mismo que me daba miedo, entonces después no, después se mejoró y no tuvo más ese ataque, pero en uno de los ataques

justo me toca a mi trabajar con él y yo dije ojalá que no le de un ataque y yo estoy en frente de él y le empieza a dar, oh que terrible y no y eso fue una de las experiencias muy, y yo alcancé a correrme como para que no me hiciera porque como perdía el conocimiento de lo que hacía se volvía más agresivo, se le ponía la cara roja y lloraba y hacía cosas sin eh, eran inexplicables, ni siquiera los doctores nos pudieron explicar por qué le pasaban esas cosas así y yo decía, porque yo todo lo que veía antes, por ejemplo, ah esta, ah, no sé, se cortó, y, ¿yo haré eso?, y sí, ah! Ojalá nunca llegara así y, y pensaba que me iba a dar lo que las personas tenían entonces mucho... y las terapias grupales a mi yo las encontraba buenas porque uno se podía desahogar.

La pregunta era si ¿en las psicoterapias individuales hay algo que recuerde de importante?

Por ejemplo, en las individuales, eh, como que, eh, no sé uno trataba como de esconder porque como que me daba vergüenza, pero la psicóloga sabía, entonces uno como que después ya lo decía porque ella ya los había entendido, entonces era, y además que después llamaban a nuestros padres y todo súper bien.

¿Qué temas fueron trabajados?

Temas, por ejemplo mis miedos, eh, qué más?, problemas, es que lo que pasa es que yo desde muy chica, de los 5 años, me daban unos tiritones, siempre me daban en la noche, yo los superé por homeopatía, me daban gotas y después cuando fui creciendo eso se transformó al asco, cuando yo estaba muy nerviosa al tiro me daban ganas de vomitar, entonces lo que hacía ella era ver por qué era mi reacción esa, de

ganas de vomitar, y aquí hubo un tiempo que como que se me agrandó ese problema y yo lo único que quería era vomitar vomitar, me paraba corriendo pero nunca lo hacía, después empecé y después vomitaba, entonces me dio miedo y ella me fue tratando esa cosa del vomitar, del por qué vomitaba.

¿Y temas que recuerde de grupal haber trabajado?

Eh, bueno, temas hubieron muchos, pero haber, no me acuerdo de ningún tema pero sí confesiones muy fuertes, más que eso no.

¿Qué la motivo a terminar de venir acá para completar el tratamiento?

Ah, porque yo quería recuperarme, sí rehabilitarme y poder hacer las cosas normales como siempre cuando era chica, cuando estudiaba, porque cuando estudié nunca se me presentó tan fuerte, si no que eso del nerviosismo no más porque era muy nerviosa, y el colon me afectaba, pero nunca así de tener esos pensamientos tan estafalarios así, ya extremadamente locos, incluso tenía, no sé, estaba esto de, tener miedo, eso era tener miedo de hacer cosas que yo no quería y que mi cuerpo me lo pidiera, pero nunca sentí ninguna voz decirme cómetelo, cómetelo, no, si no que el miedo solamente, ni tampoco ninguna alucinación, nunca en mi vida, entonces cuando me dijeron que yo tenía esta enfermedad yo decía pero yo no tengo, no tengo esas características que siempre muestran en las noticias, pero me dijeron que era leve, que estaba como protegida y que no había madurado así como tan fuerte, sino que siempre fue leve en mí.

¿Cómo describiría si tuviese que contarle a alguien que no conoce lo que es un tratamiento en el hospital diurno?

**Yo le diría que es un lugar donde uno tiene una protección, por ejemplo ya, con el psicólogo uno puede hacer actividades que puede que le agraden y puede que no, que puede que le gusten y puede que no, que no le guste el tema, pero ahí uno lo va profundizando y va como viendo la perspectiva de qué es lo que esta, en qué estoy fallando, mmm, los otros especialistas nos dan otros, por ejemplo, por qué tenemos miedo a, a trabajar, a estudiar y otras personas eran como, nos veían, nos daban apoyo cuando estábamos tristes, entonces ahí uno se puede desahogar y arreglar sus problemas, no eso yo les diría que uno va a mejorar, no a empeorar.**

¿Después de salir del diurno que ha estado haciendo?

Bueno, he estado en el COSAM, ahí nos hacen unas terapias, un poco diferentes y he venido acá, como que ahora me he movido por ejemplo para buscar trabajo, ahora estoy buscando, entonces también he hecho muchas cosas, por ejemplo, me he hecho cargo de mi casa, porque mi mamá no puede y mi papá está, duerme en el día, porque en la noche tiene que trabajar, entonces yo he tenido que preocuparme de la casa, por eso no he podido salir a pedir trabajo, pero porque me tengo que encargar del aseo y todo, y, pero he dibujado y escrito más que en otros tiempos, porque antes con la enfermedad no me dejaba ni siquiera pensar, no tenía ganas de hacer nada, pero ahora yo ocupo todo mi tiempo en escribir, pintar y hacer la cuestión de la casa, sí, he pintado mucho, y he escrito y he participado en concursos y todo, aunque no he ganado pero...

¿Si tuviese que decir qué es el hospital diurno en una palabra, qué diría?

...rehabilitación, pero puede ser en bastantes sentidos, porque viene de distintos tipos de personas, por ejemplo mi rehabilitación no era de droga o de otro sentido, si no que era algo psicológico, y para otras personas era de eso, entonces puede abarcar muchas cosas la palabra rehabilitación, porque aprendemos de nuevo a hacer las cosas que hacíamos antes cuando no se había presentado la enfermedad.

¿Cuándo fue su alta en el hospital?

Fue en Agosto, 21.

¿Desde esa fecha hasta ahora viene al taller literario?

Por ejemplo estuve como Septiembre y octubre no venía para acá, lo que pasa es que como yo me reincorporé porque hicieron una obra en el diurno cuando yo no estaba y necesitaban una persona de uno de los papeles protagónicos, entonces yo vine y entre comillas me quedé (ríe) y venía, y ah! Puedes venir a los talleres literarios y ahí venía y lo hago.

¿Qué la ha hecho venir a ese taller?

Eh, salir de mi casa, porque yo antes yo, no no quiero salir de mi casa, y ahora yo salgo y me entretiene, y vengo, salgo y es para, no sé, para despejarme un rato del entorno de la casa e ir a un lugar distinto.

¿Y antes no podía salir de la casa?

No, porque no me daban ganas, no quería ir a ninguna parte, vamos a comprar, no, vamos a dar una vuelta, entonces ahora vamos, me acompañas, y yo sí, chum, salgo al tiro, hasta tengo nuevos amigos, aunque no son de mi edad pero salgo con ellos y todo.

¿Son mayores o menores?

Menores, es que yo soy como, tengo apariencia de menos edad que la que tengo, entonces igual tengo como un pensamiento como más de niña, que de la edad que debería representar en mi personalidad.

¿Todos estos cambios de salir y tener nuevos amigos tienen que ver con haber venido para acá?

Sí, porque yo me había alejado de todos mis amigos, inclusive de mi misma familia, yo iba siempre siempre, todos los, incluso todos los días y de repente me encerré y no salía, hasta comprar me daba lata y decía mamá tengo frío, eh, tengo mucho calor, no sé y cualquier excusa para no salir, ni siquiera conversaba con mi sobrino entonces...

¿Usted piensa que gracias a este lugar se pudo?

Sí, sí porque ni siquiera conocía las calles que colindaban con mi casa, no me sabía nada, solamente que vivía en una calle tanto, y cómo llegamos a tu casa, eh, de qué está cerca, no sabía los nombres de las calles, nada y ahora como me transporto

me sé muchas calles, incluso este año fue la primera vez que fui sola al centro, antes nunca había ido sola al centro, todas mis amigas iban al mall siempre y pasaban y yo nunca había ido sola, no me había atrevido nunca, ahora he ido sola, no me había atrevido nunca, ahora voy a cada rato (ríe), voy sola ahora, pesco una micro y ah y me voy sin decirle a nadie, pero llaman por teléfono ah voy acá, voy llegando acá, ahora estoy como más independiente.

Muchas gracias.

Gracias a ustedes.