UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

ESQUIZOFRENIA, MÚSICA Y TERAPIA DE GRUPO

Memoria para optar al título de Psicólogo

Autor: Lic. Alejandro Olivos Bravo
Prof. Patrocinante: Dr. Willy Steil Velozo
Prof. Guía Metodológico:
Ps. y Mag.(c) Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago - 2002

AGRADECIMIENTOS

In Memoriam
Willy Steil Velozo

Los más sinceros agradecimientos al equipo de la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén por la oportunidad de llevar a cabo esta experiencia, al psiquiatra Dr. Willy Steil Velozo y a la Sra. Elisabeth Wenk Wehmeyer, por su valiosa colaboración, y, muy especialmente, a todos y cada uno de los usuarios de la Comunidad Terapéutica, quienes dieron al memorista la confianza y el cariño necesarios para realizar su labor. La posibilidad de compartir estos tres años junto a ellos ha significado para éste una de las experiencias más importantes y significativas, no sólo de su carrera, sino también de toda su vida. No se puede dar cuenta en estas líneas de todo cuanto ha aprendido sobre el ser humano, y de cuanto se ha enriquecido como persona al estar en contacto con ellos.

INDICE

I - RESUMEN - 1

II - INTRODUCCIÓN – 2

III - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. La Esquizofrenia Clásica: El Concepto y la Descripción en Eugen Bleuler - 5

2. Evolución Clínica del Concepto de Esquizofrenia. Teorías Críticas - 22

3. La Teoría Psicoanalítica y la Esquizofrenia – 32

4. Terapia de Grupo con Pacientes Esquizofrénicos – 40

5. Historia de la Técnica de los Grupos Operativos – 56

6. Musicoterapia – 61

7. El Musicoterapeuta y la Musicoterapia – 65

8. Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén – 70

IV - OBJETIVOS

1. Objetivo general – 74

2. Objetivos específicos – 74

V - METODOLOGÍA

1. Tipo y características de la investigación – 75

2. Diseño de la investigación – 75

3. Formulación de hipótesis – 75

4. Definición conceptual y operacional de las variables

4.1. Variables dependientes – 77

4.2. Variable independiente

4.2.1. Taller piloto – 79

4.2.2. Taller experimental – 87

5. Definición y características del universo – 88

6. Definición y tamaño de la muestra – 88

7. Procedimientos de investigación – 88

8. Obtención de la información y análisis de los resultados – 91

VI - ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Análisis de la Experiencia Piloto – 92

2. Conclusiones de la Experiencia Piloto – 115

3. Análisis del Taller Experimental – 121

VII - SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Interrogantes – 131

2. Encuadre – 134

3. Esquizofrenia, Música y Grupos Operativos – 136

4. Efecto Inesperado - 139

VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS – 141

ANEXOS

I – RESUMEN

Este trabajo consiste en una investigación cuasi-experimental, que pretende diseñar un dispositivo de terapia grupal para pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, utilizando la música y la palabra. Para llevar a cabo este objetivo, el autor implementó un taller de terapia grupal que utiliza la música en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, con pacientes esquizofrénicos, usuarios de la Comunidad. Esta experiencia fue supervisada con psiquiatra, y las reflexiones y conclusiones surgidas en las sesiones de supervisión han dado origen a un dispositivo de terapia grupal que utiliza la música para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Este trabajo incluye elementos de la Teoría de los Grupos Operativos, la Musicoterapia, y la Psiquiatría Clásica, teniendo como referente teórico los conceptos con que Eugen Bleuler describe la Esquizofrenia. El trabajo terapéutico con pacientes esquizofrénicos se enfoca en el deterioro de las relaciones interpersonales, el autismo y los problemas de la comunicación, los cuales forman parte de lo que Bleuler denominó Síntomas Fundamentales de la Esquizofrenia.

El grupo evidenció, al final del proceso, una mejoría considerable en lo que concierne a las relaciones interpersonales. Los pacientes que participaron en los talleres fueron desarrollando, a través del proceso terapéutico, la capacidad de trabajar en equipo de manera eficiente. En cuanto al autismo y el aislamiento social que caracteriza a este tipo de pacientes, el grupo evidenció un progreso considerable, manifestado por la adherencia al tratamiento.

Los resultados obtenidos con la implementación de este dispositivo en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, permiten afirmar que la música puede ser de gran utilidad para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, y proponer un dispositivo grupal que utiliza la música y la palabra para el abordaje terapéutico de la Esquizofrenia.

II - INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación se inserta dentro del marco de la Psicología Clínica, centrándose en el tratamiento de la Esquizofrenia en particular. Consiste en una investigación cuasi-experimental que para su evaluación trabaja con metodología cualitativa, y pretende proponer un dispositivo terapéutico grupal, el cual utiliza como herramienta la Música para promover el trabajo terapéutico.

La terapia con pacientes esquizofrénicos ha sido siempre un desafío para la Psicología Clínica, dada la complejidad de dicha patología. Es también sabido que frecuentemente no se logran las metas propuestas y el psicólogo que se dedica a trabajar con casos de Psicosis debe enfrentarse constantemente a una gran frustración al ver que muchos de sus pacientes no muestran mejoría y siguen inexorablemente su curso hacia la cronificación. Sin embargo, en la actualidad, en parte gracias a los nuevos psicofármacos de última generación y por otro lado debido a que los pacientes comienzan a tratarse cada vez a más temprana edad, el pronóstico en el tratamiento de la Esquizofrenia es considerablemente mejor que hace algunas décadas.

El trabajo terapéutico con este tipo de pacientes ha ido evolucionando a través del tiempo, desde sus orígenes en las Instituciones Hospitalarias u Hospitales Psiquiátricos, en los cuales el tratamiento se basaba en el modelo médico, se centra en la actualidad mayoritariamente en el enfoque de la Psicología y Psiquiatría Comunitaria, con el modelo de Comunidad Terapéutica y Hospital de Día. Este modelo trabaja con pacientes ambulatorios, los cuales mantienen un control psiquiátrico regular en alguna Institución Hospitalaria vinculada a la Comunidad Terapéutica, estableciendo redes de apoyo social en la comunidad misma, y trabajando con la familia y el entorno para lograr una adecuada integración social. La asistencia regular al control médico resulta de particular relevancia, ya que de esta manera los pacientes reciben periódicamente medicación antipsicótica, lo cual es un apoyo fundamental para cualquier tratamiento psicológico que pretenda algún grado de éxito terapéutico.

Tal como se ha expresado, el propósito del presente trabajo ha sido diseñar un Dispositivo de Terapia Grupal para este tipo de pacientes, a saber: sujetos con diagnóstico de Esquizofrenia, los cuales mantienen control psiquiátrico periódico y asisten regularmente a una Comunidad Terapéutica. En el trabajo propuesto, la palabra se constituye como la herramienta terapéutica principal, de manera que es un dispositivo de terapia verbal, que además utiliza la Música como facilitador del trabajo terapéutico verbal, actuando como gatillador de emociones y reforzando los vínculos afectivos entre los pacientes y con el terapeuta, así como el sentimiento de pertenencia al grupo. Las actividades musicales se centran en la comunicación no verbal, a través de la mirada, los gestos, al comenzar a tocar de manera sincronizada, y al escuchar lo que el compañero propone en términos musicales. Esta comunicación no verbal genera lazos afectivos, los cuales facilitan la expresión verbal de la propia conflictiva interna, que cada paciente comparte con sus compañeros en un clima de confianza y contención.

Para llevar a cabo la tarea de diseñar un dispositivo terapéutico de estas características, se implementó un taller de terapia grupal con pacientes esquizofrénicos en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén. Esta experiencia comprende dos etapas. La primera se denomina Experiencia Piloto, la cual no cuenta con registros de las sesiones. En esta primera etapa el autor implementó un dispositivo terapéutico piloto una vez por semana, para luego analizar los resultados en una supervisión semanal. La segunda etapa se denomina Taller Experimental, y fue llevada a cabo por un equipo constituido por una musicoterapeuta, Mariana Chamorro, egresada del Postítulo de Musicoterapia de la Facultad de Artes de la Universidad de Chile, quien estuvo a cargo de las actividades musicales, Roberto Chaisán, licenciado de la carrera de Psicología de la Universidad de Chile, actualmente en formación en la Escuela de Psicología Social y Análisis Institucional Enrique Pichón-Rivière, quien se desempeñó como coordinador del grupo, y el autor, quien estuvo encargado de la observación. Consiste en un dispositivo terapéutico experimental de seis sesiones, implementado y supervisado una vez por semana, que cuenta con registros escritos para analizar los resultados.

El trabajo terapéutico fue supervisado por el psiquiatra Dr. Willy Steil Velozo.

Esta investigación cuasi-experimental de tipo descriptivo y correlacional ha dado como resultado una propuesta de terapia grupal que utiliza la música para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

III - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. La Esquizofrenia Clásica: El Concepto y la Descripción de la Esquizofrenia en Eugen Bleuler.

El siguiente material ha sido extraído del libro *"La Esquizofrenia Clásica"* de César Ojeda Figueroa, editado por la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad de Chile, en 1981. Resulta muy aclarador sobre la naturaleza de la Esquizofrenia, y, por otro lado, reviste un interés histórico, ya que si bien la Esquizofrenia había sido descrita ya anteriormente, el mérito de Bleuler reside en el hecho de haber reunido las diferentes manifestaciones clínicas de la misma en un solo gran cuadro, definido por lo que él denominó los *síntomas fundamentales*.

Ya antes Kraepelin había descrito el cuadro, acuñando el nombre *"Dementia Praecox"*, el cual no era del agrado de Bleuler, quién lo consideraba engañoso y dañino para los enfermos, ya que no existe demencia en el sentido de la demencia senil, y por lo tanto eligió usar la palabra Esquizofrenia en el título de su libro del año 1911 *"Dementia Praecox or the group of Schizophrenia"*.

Otro aspecto importante respecto a Bleuler es que incorpora en su obra el impacto del psicoanálisis. Estaba en contacto cercano con Sigmund Freud, Karl Abraham y Gustav Jung. Estos dos últimos pertenecieron al equipo de su clínica. Bleuler inaugura una exigencia esencial al estudio psicopatológico: la comprensión. En esta comprensión, las teorías freudianas y su trabajo con Jung poseen gran influencia.

Los conceptos de Bleuler están a la base de toda hipótesis formulada en la presente investigación, por lo que su inclusión en este trabajo resulta imprescindible.

La descripción y explicación que de los conceptos de Bleuler hace el autor de este libro, César Ojeda Figueroa, resulta muy esclarecedora. El ordenamiento del material, así como las notas a pie de página corresponden a él.

1.1. Los Síntomas Fundamentales.

Bleuler concibe la Esquizofrenia del siguiente modo general*: "Con el término demencia precoz o esquizofrenia, designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes, que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa 'restitutio ad integrum'. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular"* (Bleuler, 1911; *en Ojeda Figueroa, 1981, pág.15*).

Dentro de ella es posible distinguir síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Los síntomas fundamentales son aquellos que están presentes en *todos* los casos y en *todos* los períodos de la enfermedad, aun cuando deben haber alcanzado cierta intensidad para poder ser reconocidos con certidumbre. Son, por lo tanto, síntomas específicos permanentes. Conceptualmente se oponen a los síntomas accesorios, que son aquellos que pueden faltar durante ciertos períodos, e inclusive durante *todo* el curso de la enfermedad, aunque otras veces ellos solos suelen dar la fisonomía permanentemente al cuadro clínico. Estos últimos síntomas no son característicos de la esquizofrenia, pudiendo aparecer en otros tipos de enfermedad. Son, por ello, síntomas *inespecíficos ocasionales*; no obstante, a menudo revelan peculiaridades en sus génesis o en su manifestación que sólo se encuentran en la esquizofrenia. Se admite, entonces, por parte de Bleuler, una especificidad también ocasional a los síntomas accesorios.

Bleuler considera que la actividad psíquica puede ser operacionalmente separada en funciones de distinto grado de complejidad, algunas de las cuales son más directamente afectadas por el proceso esquizofrénico.

Las funciones simples son aquellas que no se pueden reducir a otras que las compongan, y las funciones compuestas son aquellas en cuya composición intervienen funciones simples:

Funciones simples:
- Asociación
- Afectividad
- Sensación
- Memoria
- Conciencia

Funciones compuestas:
- Relación con la realidad
- Atención
- Voluntad
- Vivencia del yo
- Inteligencia
- Comportamiento

Para Bleuler, el proceso esquizofrénico afecta fundamentalmente a las funciones simples, y entre ellas específicamente a la *asociación* y la *afectividad*, permaneciendo relativamente intactas el resto de ellas. Las funciones compuestas se alteran secundariamente en la medida en que están perturbadas las funciones simples de las que dependen.

1.1.1. Funciones Simples Alteradas

a*)* Asociación: En el proceso normal del pensar, el curso de la ideación está dirigida por un concepto-meta. Esto permite jerarquizar, seleccionar, ligar los pensamientos en relación a la unificación de fin que representa el concepto meta. En el paciente esquizofrénico las asociaciones están básicamente alteradas. Pierden su continuidad y tienden a efectuarse siguiendo nuevas líneas. Falta el concepto-meta. Se transita de una idea a otra por circunstancias o emociones ligadas a "*complejos*" *(1),* que no resultan claramente comprensibles al observador.

El pensamiento opera con ideas y conceptos que no tienen relación evidente con una idea principal, y que por lo tanto deberían quedar excluidas, en ese momento, del proceso mental. El resultado es que el pensar se vuelve confuso, extravagante, incorrecto y quebrado.

Algunas veces faltan todos los hilos asociativos y la cadena de pensamientos se interrumpe totalmente *(Obstrucción del pensamiento o bloqueo) (2)*, después de lo cual aparecen ideas que no tienen ninguna relación con las precedentes. Bleuler considera a la Obstrucción como el elemento formal más extraordinario de los procesos del pensamiento esquizofrénico. De manera característica, en la Obstrucción, la actividad asociativa hace un salto *brusco y completo*. Es experimentada por los pacientes como privación, sustracción o desaparición de los pensamientos. Cuando la actividad asociativa se reanuda, como se ha dicho, las ideas que surgen tiene *escasa* o *ninguna* relación con las anteriores.

Nota (1): El término Complejo alude a un plexo de ideas fuertemente cargadas afectivamente, de modo que influyen permanentemente sobre el contenido de los procesos psíquicos.

Nota (2): A veces la obstrucción no es más que un punto en el curso del pensar, desde el cual y sin transición alguna se continúa con una secuencia absolutamente desligada de la anterior.

Las perturbaciones esquizofrénicas de la asociación pueden variar entre un máximo, que corresponde a la *Confusión (3)*, y un mínimo, que puede ser apenas perceptible.

Por estos modos patológicos de asociación se puede producir no sólo la Disgregación u Obstrucción, sino también contracciones de varias ideas en una (Condensación); aparición de palabras nuevas (Neologismos); vuelta incesante a secuencias verbales de contenido fijo (Persistencia o Estereotipia del pensamiento). Éste último fenómeno, llevado a su extremo, constituye el Monoideísmo.

Además de lo expresado, las asociaciones pueden presentar alteraciones en el "curso", es decir, pueden estar aceleradas o retardadas. El primer caso corresponde a una acumulación y desbordamiento de los pensamientos, teniendo los pacientes la sensación de verse forzados a pensar. En el segundo caso, el paciente se siente sin ideas, como si los pensamientos hubieran desaparecido.

Nota (3): Bleuler habla de Confusión o Incoherencia. Hoy estos términos se usan preferentemente para aludir a un fenómeno característico de las perturbaciones de la conciencia, y se reserva para la esquizofrenia el término Disgregación, que coincide con la descripción de lo que Bleuler denomina Confusión o Incoherencia. Para las alteraciones de la asociación, apenas perceptibles en la esquizofrenia, se utiliza con frecuencia el término Laxitud de las asociaciones o del pensar.

b) Afectividad: En las formas crónicas de la esquizofrenia, el deterioro emocional ocupa el primer plano del cuadro clínico. Una psicosis "aguda curable" se convierte en crónica cuando comienzan a desaparecer las emociones. No obstante, para Bleuler no existe duda alguna respecto a que la capacidad psíquica de presentar emociones persiste aún en las últimas etapas de la enfermedad.

A pesar de esta latente conservación emocional, lo más frecuente es que en las etapas terminales del proceso esquizofrénico, muchos pacientes no manifiestan afecto alguno, apareciendo indiferentes y sin capacidad de reacción.

A la inversa, al comienzo de la enfermedad hay a menudo hipersensibilidad, de modo que se aíslan deliberadamente para disminuir la estimulación del ambiente.

La indiferencia emocional de los estados crónicos se manifiesta en que a los pacientes no les interesa lo que pueda ocurrir a los demás, la natural tendencia a la conservación personal está muy reducida y la expresión de sufrimientos es realizada sin la actualización emocional esperada.

Además de lo dicho, destaca la ausencia de coherencia de la manifestación afectiva. Falta la adaptabilidad del estado afectivo al cambiante *contenido mental o ambiental. (4)*

Esta pérdida de la modulación afectiva se expresa en el tono de la voz, en los gestos y en la actitud general, lo que constituye el síntoma conocido como *Monocordismo afectivo*. La indiferencia puede transitar hacia otros estados de ánimo básicos, como la euforia, la tristeza, o la ansiedad.

Nota (4): El concepto de Disociación ideo-afectiva se refiere en parte a lo descrito.

La *Paratimia* es una reacción discordante de la afectividad: irritación frente a situaciones alegres o placenteras, risa ante situaciones penosas, expresión triste o llanto ante un contenido alegre del pensamiento, etc. En sentido general, todo esto es Discordancia.

No muestran inclinación al humor y se embotan muchas veces los afectos que regulan el intercambio social entre las personas: el respeto social, tino, delicadeza y buenas maneras.

c) Ambivalencia: Bleuler designa con el término Ambivalencia, a la tendencia de la psique esquizofrénica a otorgar a los contenidos psíquicos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo. La ambivalencia puede ser afectiva, intelectual o de la voluntad. El mismo concepto puede estar acompañado simultáneamente por sentimientos agradables y desagradables (ambivalencia afectiva). El paciente puede querer y no querer efectuar un acto motor (ambivalencia de la voluntad, o Ambitendencia). Lo insinúa en un sentido e inmediatamente lo insinúa en sentido contrario. En la ambivalencia intelectual el paciente afirma y niega, sin transición, un concepto. Como se aprecia, todos estos actos son antagónicos hasta su expresión final, y en este sentido duales y escindidos en forma permanente.

Psicológicamente, la ambivalencia es un concepto de uso extendido (por ej. Odio-amor). Sin embargo, ninguna manifestación normal o neurótica, ni aún llevada a sus extremos, parece coincidir con el fenómeno esquizofrénico descrito por Bleuler. (5)

Nota (5): Es posible encontrar muchos elementos contradictorios en las descripciones de Bleuler, no obstante, esas contradicciones son propias de la esquizofrenia, por lo que una descripción fiel suele contenerlas.

1.1.2. Funciones Simples Intactas.

La sensación, la memoria, la conciencia y la movilidad no están afectadas directamente. Pueden aparecer alteradas por negativismo, indiferencia, resistencia a pensar o por respuestas al azar.

1.1.3. Funciones Compuestas Alteradas.

a) Relación con la realidad. Autismo: Los esquizofrénicos más graves viven en un mundo propio y prácticamente no establecen contacto con el mundo externo. A este desapego de la realidad, junto con la predominancia de la vida interior, hecha de temores y deseos, Bleuler lo denomina Autismo. Con la palabra Autismo designa positivamente lo que Janet formuló negativamente como "Pérdida del sentido de la realidad". Pero, en rigor, el sentido de la realidad no está totalmente ausente en el esquizofrénico. Sólo falta en relación con asuntos que amenazan contradecir sus "complejos". Los pacientes son todavía capaces de desenvolverse en el mundo externo, pero ni la evidencia ni la lógica tienen influencia alguna sobre sus ideas delirantes. No siempre se percibe el autismo con la primera observación. Aún pacientes crónicos graves mantienen un buen contacto con su entorno respecto a cuestiones indiferentes y guardan para sí sus complejos. Algunos, especialmente en el comienzo de la enfermedad, rehuyen conscientemente el contacto con la realidad, como se ha dicho, por tener una sensibilidad hipertrofiada. Cuando el grado de autismo es muy alto, con frecuencia se acompaña de la inmovilidad del estupor.

b) Atención: En cuanto fenómeno relacionado con la afectividad, la atención se ve afectada junto con ella, por el deterioro.

c) Voluntad: Es alterada sobre todo por la postración emocional. Parecen perezosos y negligentes. Pueden pasar años en la cama. En los casos moderados, donde todavía existen deseos y anhelos, no se hará nada dirigido a la realización de tales deseos.

También existe la forma opuesta de debilidad volitiva, que consiste en la incapacidad del paciente para resistir a los impulsos que provienen desde su interior o desde el exterior, lo que constituye en algunas circunstancias una verdadera terquedad en relación a algún propósito, razonable o absurdo.

d) La Persona: Corresponde al fenómeno conocido como Desperzonalización.

e) Inteligencia. La "Demencia" esquizofrénica: El trastorno esquizofrénico de la inteligencia está caracterizado fundamentalmente por el estado de las asociaciones y de la afectividad. El término "Demencia" es muy inadecuado. No existen los trastornos de la memoria característicos y la dificultad de la tarea es de importancia secundaria para el rendimiento. El cuadro externo de la Demencia esquizofrénica se caracteriza mucho más por el estado de la afectividad que por el trastorno intelectual en sentido estricto.
La "Demencia" esquizofrénica consiste, entonces, en los efectos del trastorno de la asociación, la indiferencia y la irritabilidad en la esfera afectiva y en el apartamiento autista de las influencias del mundo exterior.

La desintegración de las asociaciones afecta naturalmente a la formación de conceptos. Pueden condensarse, transformarse debido a complejos acentuados, identificarse dos conceptos sobre la base de un componente común, transformarse un símbolo en realidad, etc.

La sugestibilidad por lo general está disminuida. Esto impide la influencia psicológica desde el exterior, pero facilita el uso del juicio donde aún es posible. Los pacientes son en cierto sentido flexibles y pueden concebir y comprender ideas que se apartan de la norma más fácilmente que la persona sana.

El estado de la inteligencia esquizofrénica está en relación recíproca con el grado de autismo, que reduce la influencia de la experiencia.

La aparición de respuestas al azar, la emergencia abrupta de nuevas ideas, las justificaciones a posteriori y contradicciones notorias, que no preocupan al paciente, pueden aumentar la impresión de demencia en él.

f) Actividad y comportamiento: La conducta esquizofrénica se caracteriza por la falta de interés, iniciativa, meta definida y por la adaptación inadecuada al medio ambiente.

Los casos leves no se distinguen de lo normal sino por su sensibilidad, irritabilidad y, ocasionalmente, alguna peculiaridad. Sus contactos con el mundo externo están en general limitados.

Cuando triunfa el autismo, crea un completo aislamiento en torno a la psique enferma. Los esquizofrénicos más graves viven en sus habitaciones como si estuvieran en un sueño, como autómatas sin ninguna finalidad externa, reduciendo al mínimo su contacto con el mundo exterior. Si en alguna etapa de la enfermedad pasan a primer plano los síntomas accesorios, son ellos los que determinan las acciones y el comportamiento.

1.2. Los Subgrupos.

Los subtipos esquizofrénicos propuestos por Bleuler corresponden a agrupaciones de síntomas de acuerdo a la frecuencia de su asociación. En ningún caso esta delimitación se refiere a la definición de distintas entidades patológicas. Dada la concepción bleuleriana de síntomas fundamentales y síntomas accesorios, cualquier subdivisión dentro de la enfermedad no pudiera basarse en los síntomas fundamentales, puesto que éstos definen la enfermedad. Sin ellos no podría, propiamente, hablarse de Esquizofrenia.

El criterio fundamental de agrupación corresponde, entonces, a los síntomas accesorios. Al dar ellos muchas veces la característica más notable a la enfermedad, y ser los fenómenos que aparecen en forma más destacada y desadaptativa, su delimitación más precisa, confundida antes de Kraepelin con entidades independientes, resulta necesaria. Se trata, después de haber establecido los criterios de unidad (síntomas fundamentales), de reconocer las diferencias de presentación y curso del cuadro clínico.

No obstante, los síntomas accesorios no son para Bleuler el único camino para realizar estas distinciones. También es posible realizar una clasificación interna de acuerdo con la intensidad de las manifestaciones patológicas (cuadros agudos, crónicos, latentes, letales, etc.). De acuerdo con la evolución (formas periódicas); de acuerdo con grupos etiológicos (si pudieran demostrarse especificidades en ese nivel): por edades de aparición, etc. A pesar de ser esto posible, Bleuler prefiere el criterio de los síntomas accesorios. De acuerdo con él se tienen básicamente cuatro grupos clásicos:

1.- El grupo paranoide
2.- Catatonia
3.- Hebefrenia
4.- Esquizofrenia simple.

1.2.1. El Grupo Paranoide.

Las ideas delirantes y las alucinaciones dominan el cuadro clínico. La autorreferencia no sólo posee carácter persecutorio, sino que también puede poseer tinte de grandeza, o las dos situaciones combinadas.

Es habitual que el paciente comience a sentirse diferente y al mismo tiempo las cosas y las personas se transforman, son distintas, extrañas. El mundo a su alrededor es dudoso, todo le despierta sospechas: alguien estaría tratando de perjudicarlo. La incertidumbre predomina en estos primeros momentos. Luego el delirio se constituye y las ideas de autorreferencia aparecen con la certeza absoluta que les es propia. Desde insinuaciones y gestos encubiertos se transita a una franca conspiración en su contra, con la evidencia de ser víctima de ataques y atentados.

En ese momento, para Bleuler, es frecuente que aparezcan alucinaciones auditivas. El paciente, en estas condiciones, se aísla, se defiende con violencia de los ataques a los que se cree sometido, lo que generalmente suscita su internación hospitalaria. Superado el episodio, es posible que el paciente se reintegre a la vida normal, pero las recaídas son frecuentes hasta llegar a la aparición de las alteraciones de la afectividad y de la voluntad que caracterizan a los estados crónicos.

Sin embargo, este curso no es obligatorio. Puede también haber un comienzo agudo, con breves pródromos. Es frecuente encontrarse con episodios de revelación, que irrumpen en forma brusca y cambian el curso de la vida del paciente, marcando el comienzo del estado esquizofrénico. La evolución de la enfermedad tiende a ser oscilante, produciendo distinto grado de defecto.

El grupo paranoídeo de la Esquizofrenia, definido por los síntomas accesorios delirantes y alucinatorios, puede complicarse con la presencia de crisis maníacas, estados de confusión alucinatoria, depresiones melancólicas, síntomas catatónicos, etc.

No obstante, también es posible que las alucinaciones no sean evidentes o simplemente no existan. Para Bleuler, los paranoides de tipo litigante corresponden frecuentemente a este grupo, en que lo central es el delirio de autorreferencia que se desarrolla a partir de algún acontecimiento particular. El caso inverso, de pacientes que presentan fundamentalmente alucinaciones y carecen de verdaderas ideas delirantes, también es posible.

1.2.2. Catatonia.

El modo de inicio de la forma catatónica de la esquizofrenia posee dos tipos fundamentales: una forma aguda, que con o sin un período preliminar o pródromo, muestra las características de las excitaciones esquizofrénicas. En su mayoría, aunque no siempre, estas agitaciones revelan ya desde un comienzo una mezcla de síntomas catatónicos: formas de estupor combinadas con síntomas catalépticos, hiperkinesia, etc. Esto, dentro de un fondo maníaco, melancólico o de confusión, que pueden sustituirse unos a otros. Después de este inicio aparece arbitrariamente un período de calma que, al mismo tiempo, en más de la mitad de los casos constituye una mejoría del estado del paciente. Tantos en los casos con desenlace favorable como en los de pobres resultados, a menudo aparece nuevamente otro ataque agudo que frecuentemente es semejante al primero. Después de cada uno de ellos la deterioración se hace habitualmente más y más pronunciada.

El segundo modo de inicio, tal vez menos frecuente, es a la manera del grupo paranoide, en el que se van agregando poco a poco los síntomas catatónicos. Las formas catatónicas crónicas sólo por excepción tienen desde el comienzo dicho carácter. Estos estados crónicos exhiben algunas variaciones. Muchos pacientes permanecen sentados en una especie de continuo estupor, con o sin negativismo, y permiten que se los atienda en todos los aspectos. Otros están excitados, agitados y violentos como consecuencia de un negativismo activo. Constituyen estos pacientes una gran dificultad terapéutica. Finalmente, muchos de ellos, que por lo común muestran la mayor indiferencia frente al mundo exterior, padecen excitaciones transitorias y espontáneas durante las cuales montan en cólera, insultan, maldicen, se ensucian, etc.

1.2.3. Hebefrenia.

Desde un punto de vista psicopatológico la hebefrenia de Kalbaum-Hecker era deterioración o demencia que aparecía con relativa rapidez en la temprana pubertad, se desarrollaba habitualmente con diversas perturbaciones afectivas y se caracterizaba, además, por inmadurez e inexperiencia.

Para Bleuler, la cuestión de la edad es irrelevante, y en cuanto a los síntomas de afectación y amaneramiento, de la patética y verdadera afición a travesuras y payasadas, por un lado, y de la precocidad y el interés más obstrusos, por otro, se pueden encontrar en otros tipos de esquizofrénicos cuyos complejos significan una autoexaltación y un deseo de grandeza. En otro sentido, se estima que no se puede designar adecuadamente como catatonia a las perturbaciones iniciales agudas que no exhiben marcados síntomas de esa serie ni son seguidos ellos. Los casos de Hecker y de Kraepelin, con comienzo agudo y con las características mencionadas, deben para Bleuler ser incluidos en el grupo de la hebefrenia: todas las psicosis agudas con posterior deterioración y sin características catatónicas y paranoides tienen que ser consideradas como pertenecientes a la hebefrenia. Se inclina entonces a poner en la base la deterioración, junto a la ausencia o falta de dominio del cuadro por síntomas accesorios.

Comprende, en síntesis, la hebefrenia:

a) Las formas no catatónicas (melancólicas, maníacas, amenciales, estados crepusculares) de comienzo agudo, en cuanto no se transformen en estados crónicos paranoides o catatónicos.

b) Todos los casos crónicos con síntomas accesorios que por sí mismos no dominan completamente el cuadro clínico.

De este modo, Bleuler es fiel a los criterios esenciales de la división planteada, los síntomas accesorios.

Sin embargo, el nombre de hebefrenia deriva de los llamados síntomas juveniles, que si bien no son exclusivos de este grupo, aparecen en éste en forma más frecuente.

No es claro para Bleuler que estos síntomas sean más frecuente en la hebefrenia que en la catatonia, puesto que los síntomas catatónicos pueden ocultarlos. No ocurre otro tanto en los paranoides, donde los síntomas juveniles se dan con mucho menor frecuencia.

La explicación usual de que los complejos y hábitos existentes en el momento de aparición de la enfermedad se fijan con facilidad, y por ello la hebefrenia, de aparición precoz, presentaría síntomas juveniles, no satisface aquellos casos que mucho después de la pubertad presentan estas mismas características. Esto requiere de explicaciones auxiliares.

Si el eje del cuadro es el deterioro, se incluyen en la hebefrenia los siguientes cuadros:

1.- Agudos:

a) Comienzo agudo, seguido de demencia simple.
b) Demencia simple, seguido de estados agudos.

2.- Crónicos:

a) Todos los casos crónicos con síntomas accesorios que por sí mismos no dominan el cuadro clínico.

La distinción con la forma simple de la esquizofrenia no resulta evidente, sobre todo en las formas crónicas.

1.2.4. Esquizofrenia Simple.

Este tipo de pacientes se vuelve más débiles afectiva o intelectualmente, parecen perder la voluntad, disminuyen su capacidad de trabajo y de cuidar de sí mismos y, finalmente, exhiben un cuadro de demencia grave.

Los hebefrénicos se diferencian de la esquizofrenia simple sólo en la presencia de episodios agudos, en aquellos en que los hay, y en los que no los hay no existe diferencia alguna.

Al ser justamente los síndromes agudos y los síntomas accesorios los que habitualmente determinan la internación de los esquizofrénicos, la forma simple suele encontrarse fuera de los hospitales, con lo que su diagnóstico no se realiza.

Definiría el grupo, en suma, la ausencia de síntomas accesorios y episodios agudos. "Esto último no es explicado por Bleuler como esencial para la caracterización de la forma simple, pero sin duda un cuadro simple que presenta a su inicio o en su curso un episodio agudo sin síntomas accesorios relevantes, automáticamente constituye una hebefrenia." (Ojeda Figueroa, 1981, pág.70)

Incluye dentro de la forma simple los siguientes grupos:

a) El grupo "Heboide" (Kalbaum), caracterizado por el trastorno de los sentimientos sociales, tacto y comportamiento.

b) El alcohólico esquizofrénico, cuyos síntomas fundamentales quedan ocultos por la adicción.

c) El esquizofrénico litigante: este grupo admite transiciones entre personas simplemente insoportables hasta los paranoides litigantes con marcadas ideas delirantes.

d) Excéntricos: destacan aquí los salvadores y reformadores del mundo, junto a los "intelectuales" y "artistas". Para Bleuler, en muchos casos y a pesar de un examen cuidadoso, no es posible afirmar el diagnóstico de esquizofrenia: a lo más se llega a plantear la sospecha. No obstante, estas sospechas pueden a menudo ser confirmadas con el paso del tiempo. De esta situación se deriva el último grupo, tal vez el más frecuente, de esquizofrénicos simples.

e) Esquizofrenia latente: en esta forma se puede ver en germen todos los síntomas y combinaciones de síntomas que están presentes en los tipos manifiestos de la enfermedad. Suscitan, como hemos dicho, la sospecha de la enfermedad, por ser personas extrañas, caprichosas y solitarias.

2. Evolución clínica del concepto de Esquizofrenia desde la Esquizofrenia Clásica a la Actual. Teorías Críticas.

"La historia de la Esquizofrenia es en realidad la historia de las psicosis en general, ya que del conjunto de lo que al comienzo de la ciencia psiquiátrica se agrupó bajo los nombres de enfermedad mental, enfermedad psíquica, desorden mental y alienación, las psicosis exógenas se separaron cada vez más, y el verdadero núcleo del desorden mental que permaneció fue sólo la Esquizofrenia" (Gruhle, 1932; *en Huneeus, 2001, pág. 49*).

"Desde el punto de vista de la historia cultural de la locura, el siglo XX es el de la Esquizofrenia... comprobamos que alrededor de la Esquizofrenia se produce tal actividad que podemos augurar su desaparición, por lo menos bajo este nombre, antes del año 2000. ¿Qué otra enfermedad mental la remplazará en el siglo XXI?" (Garrabé, 1996, pág.12)

"Esquizofrenia es el nombre que se le da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuye a los pacientes que ellos llaman esquizofrénicos" (Laing, 1972, pág. 32)

Este texto pretende dar cuenta de la evolución histórica del concepto de Esquizofrenia. La manera en que se ha ido dando esta condición a lo largo del tiempo está relacionada con la manera en que ha sido conceptualizada, y por lo tanto, incide significativamente en la manera en cómo ha sido tratada. Definir la Esquizofrenia como una "enfermedad de mal pronóstico" lleva a que muchos pacientes sean etiquetados incorrectamente como incurables. Esto crea expectativas negativas que contribuyen a un concepto también negativo que pone en marcha un círculo vicioso con las peores consecuencias. Producto de este círculo vicioso ha sido la discriminación social, las hospitalizaciones largas y a veces vitalicias, los tratamientos agresivos e invasivos, los prejuicios de todo tipo, la falta de comprensión y el aislamiento, todo lo cual conduce a la destrucción de su autoestima y la resignación de los pacientes y sus familias.

A fines del siglo XVIII, Philippe Pinel, en Francia, y Samuel Tucke, en Inglaterra, aplicaron a los enfermos mentales el *moral treatment*, o tratamiento moral. Su supuso que los enfermos podían entender y responder a un trato positivo, humano, sacándoles las cadenas y todos los tratamientos inhumanos a los que eran sometidos. En 1838, John Conolly en Inglaterra, y W.A.F. Browne en Edimburgo, impulsaron simultáneamente el *no restraint*, tratamiento que intentaba no reprimir al enfermo mental. Conolly decidió abolir toda forma de contención en el manicomio de Middlesex: *"No se utilizarán más las camisas de fuerza ni las esposas para las manos, ni los grillos para los pies, ni ningún otro elemento que impida los libres movimientos del paciente"* (Berrios y Porter, 1995; *en Hunneus, 2001, pág. 51*).

Con posterioridad a los aportes de Kraepelin y Bleuler, se han hecho sólo modificaciones menores al esquema por ellos propuesto. La más importante es la identificación de síntomas de primer y segundo orden hecha por Kurt Schneider, síntomas que han sido posteriormente considerados patognomónicos de la Esquizofrenia, los cuales en la concepción de Schneider, son los que permiten el diagnóstico diferencial entre psicosis esquizofrénicas y psicosis maniaco-depresivas. Los síntomas de primer orden son:

- Sonorización del pensamiento
- Oír voces que dialogan entre sí
- Oír voces que comentan las propias acciones
- Vivencias de estar controlado físicamente desde afuera
- Divulgación o difusión del pensamiento
- Percepción delirante
- Sensación de que las emociones, los deseos y la voluntad están controlados desde fuera

Para Schneider, *"Cuando uno de estos modos de experiencia se manifiesta con certeza, y no se encuentra evidencia de enfermedad física subyacente, con toda modestia, estamos hablando clínicamente de Esquizofrenia"* (Berrios y Porter, 1995; *en Huneeus, 2001, pág. 32*)

Un nuevo modo de ver la Esquizofrenia, siempre desde lo psicopatológico, y recurriendo a las ideas de campo psíquico de la escuela de Lewin, a las ideas de la Gestalt, y las concepciones sobre estructura de situación de las escuelas ligadas a la fenomenología existencial, proviene Kurt Conrad. *"Conrad intenta comprender unitariamente el curso del cuadro. El período inicial sería una enorme tensión íntima, angustioso-depresiva, que designa fase de trema o "fiebre de candilejas", a la cual sigue la fase apofánica y la apocalíptica. Aquello que venía contenido ya en el trema en forma germinal, como tensión acumulada, se despliega rápidamente: el delirio... Se ha desarrollado la llamada "conciencia anormal de significación", aquel modo de vivenciar tan característico que se extiende a todos los modos intencionales imaginables... y que nunca falta totalmente en ninguna psicosis esquizofrénica"* (Roa, 1982, pág. 15). En su libro "Die Beginnende Schizophrenie", Conrad señala: *"El enfermo delirante se comporta como un hombre ante una revelación... Por ello hemos elegido, para el modo de vivenciar la conciencia de significado anormal, la palabra apofanía"* (Conrad, 1958; *en Roa, 1982, pág. 15*). La apofanía puede extenderse a todo el campo de la conciencia, cabiendo si el proceso sigue, la ruptura de la continuidad de sentido de la conciencia apofánica, con el desbordamiento de imágenes arquetípicas: es la fase apocalíptica, cuyo modelo son las vivencias catatónicas.

Después del Psicoanálisis, cuya concepción de la Esquizofrenia será abordada en el capítulo siguiente, una de las teorías que ha tenido mayor importancia para el tratamiento de las psicosis ha sido la teoría sistémica. El origen del pensamiento sistémico se remonta al biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy, quién formuló sus ideas en el año 1928. Muchos de los primeros terapeutas sistémicos se habían formado en psicoanálisis, y cuando en 1948 Frieda Fromm-Reichmann se refirió a la madre "esquizofrenógena", los psicoanalistas y terapeutas familiares se concentraron casi exclusivamente en la relación entre la madre y el niño, en busca de una conexión entre los eventos intrapsíquicos y los eventos familiares.

En 1956, Gregory Bateson publicó un ensayo titulado "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia", en conjunto con Jackson, Haley y Weakland. Ellos describieron en detalle y por vez primera un mecanismo que estaría relacionado con el origen de la Esquizofrenia y que llamaron el "doble vínculo". Lo que habían descubierto era la existencia de patrones de comunicación extremadamente confusos y paradojales en la familia del individuo que desarrollaba los síntomas, o sea, el "paciente identificado". *"La teoría de la Esquizofrenia que aquí expondremos se basa en el análisis de las comunicaciones, y específicamente en la Teoría de los Tipos Lógicos. A partir de esta teoría y de las observaciones de pacientes esquizofrénicos, se deriva una descripción de una situación llamada el "doble vínculo" y de las condiciones necesarias para ella, una situación en la cual una persona, haga lo que haga, "no puede ganar". Nuestra hipótesis es que alguien apresado por el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos"* (Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956).

Bateson se apoyó en la descripción de los trastornos de la expresión en el esquizofrénico según Von Domarus, para el cual: *"...los mensajes del esquizofrénico no guardan conformidad con la estructura silogística: en lugar de formas que derivan normalmente del silogismo de tipo Bárbara, el esquizofrénico utiliza formas que se burlan de la identidad de los predicados, como por ejemplo: Los hombres son mortales / La hierba es mortal / Los hombres son hierba"* (Garrabé, 1996, pág. 208).

En 1975, Carl Whitaker publicó las reflexiones de un grupo de estudio centrado en el tema de la psicoterapia del paciente esquizofrénico, en el cual participaron Bateson Hayward, Jackson, Malone, Rosen, Taylor y Warkentin. Bateson expone allí sus ideas sobre el doble vínculo: *"Gradualmente se cristalizó la hipótesis de que la distorsión exhibida por los esquizofrénicos está precisamente al nivel de esta comunicación sobre la comunicación. He aquí un ejemplo: Un esquizofrénico entra al kiosco del hospital y la muchacha tras el mostrador le dice: ¿En qué puedo servirle? El esquizofrénico oirá el mensaje sin distorsión, pero no sabrá qué clase de mensaje es. ¿Le está ofreciendo una taza de café o le está haciendo un pase sexual?, ¿En qué sentido lo han de servir?"* (Whitaker y cols., 1975, pág. 54).

Con el paso del tiempo se fue descubriendo que estas formas perturbadas de comunicación, incluyendo el doble vínculo, también aparecían en familias con otras patologías mentales, e incluso se encontraban en familias normales, aunque de manera menos extrema.

Helm Stierlin, en la escuela de Heidelberg, desarrolló el concepto de "delegación" y "misión imposible" a través de la cual algunos padres de esquizofrénicos lanzan a sus hijos a un dilema existencial insoluble. Mara Selvini Palazolli y sus colegas de Milán, utilizaron técnicas dramáticas para neutralizar las paradojas ocultas en la comunicación familiar. Para comprender el rol que las contradicciones y el doble vínculo juegan en las psicosis a nivel intrapsíquico y familiar, también resulta muy útil incluir los conceptos nuevos del psicoanálisis, en especial de Otto Kernberg, respecto a la génesis y estructura de las "relaciones objetales" internalizadas. La visión psicoanalítica sobre la naturaleza y origen de las relaciones objetales narcisísticas (las relaciones del mundo intrapsíquico, que son moldeadas por la relación con las figuras paternas, y que en este caso son de carácter narcisista) llevó a una nueva comprensión de fenómenos observados por los teóricos de la comunicación en "familias con transacciones esquizofrénicas".

Thomas Szasz, psiquiatra norteamericano, cuestiona la existencia de la "enfermedad mental", y afirma que se trata de una invención social que se utiliza para estigmatizar a los que se desvían de la norma. Plantea que las sociedades humanas siempre han necesitado un "chivo expiatorio" que sirva como validación simbólica y literal del grupo. El que aparece como "desviado" para el grupo se constituye en el chivo expiatorio, y carga con todo el sufrimiento, el mal y lo diferente. Señala Szasz: *"El objetivo primario de los tratamientos psiquiátricos, ya utilicen como métodos los fármacos, la electricidad, la cirugía o la contención –y especialmente si son impuestos al paciente sin su consentimiento- , es autentificar al sujeto como "paciente", al psiquiatra como "médico" y a la intervención como "cura". Muchos médicos ilustres han dedicado sus esfuerzos y continúan haciéndolo, a reforzar la ficción médica de la enfermedad mental: el resultado es esa verdadera fortaleza que se llama Psiquiatría Institucional"* (Szasz, 1963; *en Huneeus, 2001, pág. 66*)

Szasz considera la intervención psiquiátrica como método de control social. Para él las enfermedades mentales son problemas humanos y no médicos. Son problemas económicos, morales, sociales y políticos, por lo tanto, las enfermedades mentales serían enfermedades metafóricas. Dice Szasz: *"Krapelin inventó la dementia praecox, y Bleuler la Esquizofrenia, para justificar el llamar "hospitalización mental" al encarcelamiento psiquiátrico y contemplarlo como una forma de tratamiento médico. Freud inventó las neurosis para justificar el llamar "psicoanálisis" a la conversación y la confesión y contemplarlo también como tratamiento médico"* (Szasz, 1979; *en Roa, 1982; pág. 10*). Según Armando Roa, *"Szasz considera al esquizofrénico un hombre sano cualquiera, cuyo modo de ser peculiar intranquiliza los deseos de los otros"* (Roa, 1982, pág. 11).

En los años sesenta los representantes de la psiquiatría crítica, existencial y de la antipsiquiatría dieron un giro drástico a la excesiva orientación hospitalaria de la psiquiatría y a la violencia encubierta en ella. Intentaron también eliminar la "cultura del diagnóstico", con el consiguiente etiquetamiento del enfermo. El término *antipsiquiatría* fue acuñado por David Cooper para enfrentar críticamente los métodos de la psiquiatría tradicional, luego tomó una connotación más explícitamente política. Los exponentes más importantes de esta postura fueron Ronald Laing y David Cooper. Según Laing, *"Esquizofrenia es el nombre que se le da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuye a los pacientes que ellos llaman esquizofrénicos. Esta adjudicación es un sistema de atribuciones que tiene una consistencia interna variable y es predominantemente de naturaleza derogatoria. Descansa en una extraordinaria mezcla de lenguaje clínico-mental-biológico-psicoanalítico-psiquiátrico que está a la altura del esquizofrénico en su aparente oscuridad y confusión para todos excepto para los que lo usan"* (Laing, 1972, pág. 32)

Laing, en su libro de 1960, "El yo dividido", cuestiona las bases mismas sobre las cuales se ha edificado la psiquiatría tradicional: *"El psiquiatra clínico que desea ser lo más "científico" u "objetivo" puede proponerse limitarse a la conducta "objetivamente observable" del paciente que tiene ante él. La respuesta más sencilla a esto es que es imposible. Ver "señales" de enfermedad no es ver con neutralidad"* (Laing, 1964, pág. 27). *"La jerga psiquiátrica... en muchos aspectos este lenguaje es el producto de los esfuerzos realizados para evitar pensar en función de los conceptos de libertad, elección, responsabilidad. Presupone una determinada manera arquetípica de ser humano a la altura de la cual no puede estar el psicótico"* (Laing, 1964, pág. 23). *"En cuanto psiquiatra, tropecé con una gran dificultad al principio: ¿cómo llegar directamente a los pacientes si los términos psiquiátricos de que dispongo mantienen al enfermo a una determinada distancia de mí? ¿Cómo puede uno demostrar la pertinencia y significación humanas generales de la condición de los pacientes si las palabras que tiene que emplear están específicamente designadas para aislar y circunscribir el significado de la vida del paciente a una determinada entidad clínica*" (Laing, 1964, pág 14).

Tal como Szasz, Laing considera la intervención psiquiátrica como método de control social. En su libro de 1972, "Esquizofrenia y presión social" plantea: *"El concepto de Esquizofrenia es una especie de camisa de fuerza conceptual que restringe gravemente las posibilidades tanto de psiquiatras como de pacientes. Quitando esa camisa de fuerza podemos ver qué pasa... El hombre no siempre se vale de barrotes para construir jaulas. También las ideas pueden ser jaulas. Aquellos que no viven según las ideas de la mayoría son los que han de ser puestos en jaulas especiales. Pero tenemos que encerrarles con llave tanto conceptual como físicamente*" (Laing, 1972, pág. 44).

El punto de partida de Laing fue la idea de que la enfermedad mental, especialmente la crisis esquizofrénica, es un *viaje interior* comprensible desde lo social y familiar, y hay que ayudar a la persona a atravesar esta crisis, acompañarla en lugar de bloquearla. Laing tenía formación psicoanalítica y estuvo en psicoanálisis con Melanie Klein, lo que tuvo mucha influencia sobre sus teorías. Tal como Laing, David Cooper es partidario de la teoría familiar de la Esquizofrenia: *"Las familias operan una mediación entre la realidad social y*

sus hijos. Si la realidad social en cuestión es rica en formas sociales alienadas, entonces esta alienación será mediatizada para el hijo y experimentada por él como extrañeza dentro de las relaciones familiares" (Cooper, 1970; *en Garrabé, 1996, pág. 228*). Por su parte, Laing plantea: *"Todo el que ha estudiado a fondo familias de esquizofrénicos parece estar de acuerdo en que mucha, o incluso toda, la aparente irracionalidad del individuo encuentra su racionalidad en su contexto familiar de origen"* (Laing, 1972, pág 35).

La Esquizofrenia resulta entonces comprensible desde lo familiar, sin embargo, no siempre lo familiar resulta claro y comprensible, por lo que a su vez lo familiar encuentra su racionalidad cuando se lo sitúa en su propio contexto, que viene a ser entonces un meta-contexto, es decir, la esfera social: *"Siguiendo a Marx: un negro tiene la piel negra bajo todas las circunstancias pero sólo bajo ciertas condiciones socio-económicas es un esclavo. Un hombre puede atascarse bajo todas las circunstancias, descubrir que se ha perdido, y tener que dar la vuelta y regresar un largo trecho para encontrarse de nuevo. Sólo bajo ciertas circunstancias socio-económicas sufrirá de Esquizofrenia"* (Laing, 1972, pág. 44). Esta misma línea de pensamiento se encuentra presente en Michel Foucault, quien considera el conflicto intrapsíquico como determinado por las relaciones socio-económicas imperantes en la sociedad contemporánea: *"En realidad, cuando el hombre permanece extraño a su propia técnica, cuando no puede reconocer significación humana y viva en las producciones de su actividad, cuando las determinaciones económicas y sociales lo oprimen sin que pueda encontrar su patria en ese mundo, entonces vive un conflicto que hace posible el síndrome esquizofrénico"* (Foucault, 1992, pág. 101)

No obstante sus interesantes planteamientos en torno al entendimiento del ser humano, hay que reconocer que la antipsiquiatría no supo valorar los valiosos aportes de la psiquiatría tradicional, y el psicoanálisis ortodoxo, en tanto que ha puesto un acento exagerado en una especie de "libertad" que es un *laisser faire* peligroso e inadecuado para el paciente que está en crisis psicótica aguda, y que necesita un contexto de seguridad mayor para realizar su proceso terapéutico.

Franco Basaglia, psiquiatra italiano que dirigía un hospital mental de ochocientas camas en Goritzia, Italia, compartió con Laing la visión de que la naturaleza jerárquica y autoritaria de los hospitales mentales contribuía a crear condiciones que dañaban a los enfermos y luego este daño se atribuía a la enfermedad. Basaglia y sus colaboradores tomaron una posición política. Ellos desafiaron el encuadre y objetividad científica de las etiquetas diagnósticas, y declararon que la definición psiquiátrica de la locura era un instrumento de opresión. Entre 1968 y 1974, Basaglia y sus seguidores movieron al partido comunista italiano a incluir la "liberación del paciente mental" como parte de su plataforma oficial.

Maxwell Jones, psiquiatra ingles, empezó a interesarse por la psiquiatría social desde comienzos de la Segunda Guerra Mundial, ya que había muchos soldados enfermos y escasez de personal de salud. En 1947 se inauguró la Unidad de Rehabilitación Social en el Belmont Hospital, cerca de Londres, en un intento de rehabilitar a víctimas sociales . A fines de la Segunda Guerra la psiquiatría británica y la norteamericana que se practicaba en las fuerzas armadas utilizaban tratamiento en grupos y se le prestaba mucha atención al medio social. De la terapia individual, esta corriente evolucionó hacia la terapia grupal y comunitaria. Según Maxwell Jones: *"...una de nuestras metas en psiquiatría social es cambiar las actitudes de la comunidad para una mayor aceptación y familiaridad con la enfermedad mental por parte del gran público, entonces el cambio deseado se dirigirá al acrecentamiento de la responsabilidad pública frente a los enfermos mentales"* (Jones, 1962; *en Huneeus, 2001, pág. 69*).

Jones creó comunidades terapéuticas dentro de los hospitales. Su objetivo central era favorecer al máximo las capacidades de las personas que en ellas participaban, dándoles la mayor responsabilidad posible, mejorando así la autoestima de los pacientes.

Posteriormente, se han desarrollado varios modelos sobre la Teoría de la Vulnerabilidad, la que ha contribuido al desarrollo conceptual de la Esquizofrenia, siendo el más conocido aquel propuesto por Zubin y Spring en 1977, quienes plantean una visión optimista de la evolución de los episodios esquizofrénicos. La idea es que la persona que

tiene vulnerabilidad psicótica tiene un cierto umbral de tolerancia a los eventos estresantes; cuando se sobrepasa este umbral, se gatilla un episodio psicótico. La vulnerabilidad a la Esquizofrenia puede ser heredada y/o adquirida. Asimismo, sostienen que la mayoría de aquellos que experimentan episodios esquizofrénicos vuelven al funcionamiento normal entre los episodios.

Estos planteamientos han sido actualizados por Neuchterlein en los años ochenta, cuyo modelo es una extensión significativa del original de Zubin y Spring, ya que enfatiza los procesos psicológicos que subyacen a la interacción estrés-vulnerabilidad.

A modo de conclusión, se puede pensar en el sitio que ocupa en el lenguaje el concepto de Esquizofrenia. Su expansión desde la jerga médica al uso cotidiano tal vez nos permita comprender lo que se quiere decir cuando se pronostica el fin de esta psicosis en forma paralela al fin de siglo. Anunciar el fin de la Esquizofrenia es predecir el abandono de un concepto, la renuncia a esta búsqueda del modelo único. El abandono, en 1980, por la American Psychiatric Association de la palabra “Esquizofrenia” en el DSM-III traduce esta voluntad de dar a entender la heterogeneidad de los trastornos esquizofrénicos.

3. La Teoría Psicoanalítica y la Esquizofrenia.

El siguiente material ha sido extraído de un conferencia que dictara el Dr. Mario Gomberoff J. en el VII Simposio de Psiquiatría de Crónicos, en Santiago de Chile, el año 1985.

Su inclusión en la presente investigación se debe a que los conceptos de la teoría psicoanalítica han sido incorporados en el análisis de los resultados y en las conclusiones extraídas a raíz de éste.

"Las investigaciones de Freud sobre la esquizofrenia se confunden, porque los términos que empleaba para designar la enfermedad eran de acuerdo a cómo se usaban en su época, con un sentido distinto al actual. Además usa nombres distintos para designar cuadros aparentemente iguales. Hay que recordar que recién en 1896 Kraepelin separó a los dementes precoces de los paranoicos, agrupando entre los primeros a catatónicos y psicóticos delirantes, que llegaban a algo semejante a la demencia. Esto implica que quedaron en la Paranoia los cuadros que no presentaban ese defecto, que a Kraepelin lo estimulaba a llamar como demencia. Este término (demencia) hacía también que la nueva denominación no fuera muy aceptada." (Gomberoff, 1985, pág.81)

Las explicaciones que de los conceptos psicoanalíticos hace Mario Gomberoff en esta conferencia permiten tener una visión global acerca de la comprensión analítica de la Esquizofrenia.

Se ha extraído únicamente lo referente a las investigaciones de Freud y Lacan, dejando afuera a muchos autores importantes, como Federn, Jacobson, Mahler, Bion o Melanie Klein.

En América Latina y otros lugares se llama Esquizofrenia básicamente a la Demencia Precoz. En otros lugares como Estados Unidos se llamó Esquizofrenia al grupo de Bleuler, al cual se agregaron otras psicosis. Freud parece estar de acuerdo con Kraepelin, pero propone para la Demencia Precoz el término Parafrenia, según una investigación que hace Kury en 1977. *"Para complicar más las cosas, al caso Schreber, que es fundamental en la teoría psicoanalítica sobre las psicosis, Freud lo denominó Paranoia o Dementia Paranoides. ¿Y qué sería para nosotros, este caso? Dice Kury: Una Parafrenia."* (Gomberoff, 1985, pág.81)

Estas dificultades de denominación se pesquizan, como una tradición fundada por Freud, en los distintos artículos de los psicoanalistas sobre la psicosis, pero de ello no se puede culpar al psicoanálisis exclusivamente, ya que esta confusión es una resonancia de la dificultad de la psiquiatría en ponerse de acuerdo sobre una nosología compartida. Naturalmente que la mayoría de los casos clínicos reportados por Freud o por otros psicoanalistas, desde distintas categorías nosológicas, planteadas en momentos históricos distintos podrían ser diagnosticados con denominaciones distintas.

En el estudio de la Esquizofrenia se presenta entonces la dificultad reiterada de que los aportes psicoanalíticos parecen ser heterogéneos, partiendo de premisas teóricas distintas. Esto se complica aún más ya que las distintas escuelas psicoanalíticas tienen a veces teorías del desarrollo psíquico distintas y, en su intento de conservar los comunes denominadores con sus colegas psicoanalistas, usan los términos ya acuñados, dándoles significados diferentes.

El problema de las distintas teorías se va multiplicando con el desarrollo de las diversas escuelas psicoanalíticas.

Mario Gomberoff (1985) intenta dar un bosquejo de las teorías que el psicoanálisis ha planteado acerca de la Esquizofrenia. Mucho se ha escrito en relación a este tema. Se suceden los trabajos, los libros, las investigaciones a través de decenas de años. Es imposible reseñar todo. Para tratar de decir algo, en estas pocas líneas, es necesario limitarse a pocos autores, y aquí no se tocará el tratamiento psicoanalítico propiamente tal de la Esquizofrenia. Desde ya, se puede decir que Freud se refería a ella como un desorden narcisístico que, por eso mismo, no producía transferencia, por lo que el psicoanálisis clásico no estaba indicado. Su investigación sobre el caso Schreber lo hizo a través de una publicación autobiográfica del paciente. Muchos discípulos no consideraron esta recomendación de Freud y analizaron psicóticos; otros realizaron psicoterapias analíticas, efectuando investigaciones que son señeras en el aporte de la comprensión de lo que le ocurre al esquizofrénico. Actualmente, de nuevo, no habría psicoanalistas que recomendaran exclusivamente psicoanálisis a los esquizofrénicos, y eso a raíz del ingreso de fármacos y otras terapias en su tratamiento. El psicoanálisis se inserta en el tratamiento integral con sus aplicaciones en la psicoterapia, en la terapia ocupacional, en la comunidad terapéutica, en los aspectos administrativos, etc.

Los psicoanalistas que recomiendan análisis exclusivamente se refieren a tratamientos que la mayoría de los psicoanalistas no denominarían con ese nombre, ya que agregan una serie de medidas terapéuticas que no son toleradas en la técnica psicoanalítica tradicional. Los dos autores a los que se hará referencia, S. Freud y J. Lacan, han reflexionado sobre los alcances de la teoría psicoanalítica para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, realizando psicoanálisis propiamente tal o sus aplicaciones.

2.1. Teorías de Freud.

Mario Gomberoff (1985) considera que la teoría de Freud sobre la Esquizofrenia puede dividirse en tres fases:

La primera, la de lo años 1890, plantea que Neurosis y Psicosis son defensas contra la emergencia de lo reprimido, siendo sus modalidades distintas, conversión y pensamiento sustituidos en la histeria y la neurosis obsesiva, respectivamente, y proyección en la paranoia. Esto se plantea en 1894 en *"Las neuropsicosis de defensa"*.

La segunda fase (1897-1922) parte con fragmentos de ideas que menciona en cartas a Fliess, Abraham, Jung y Ferenczi; se consolida en el análisis del caso Schreber en *"Notas psicoanalíticas de un caso autobiográfico de un caso de paranoia, dementia paranoides"*. Pensaba que una sola teoría podía englobar a la Paranoia y a la Esquizofrenia, sólo con pequeñas diferencias.

En esta fase, partiendo de sus conclusiones acerca de que el desarrollo de la libido se inicia desde el autoerotismo, al narcisismo y luego al amor objetal, plantea que el punto de fijación en la Paranoia es la etapa narcisista (cuando ya hay yo) y el de la Esquizofrenia es la etapa autoerótica. Plantea también que el conflicto en la Paranoia tiene caracteres homosexuales, mientras que en la Esquizofrenia, es más indeterminada.

"Hay que considerar que la Paranoia de Schreber, según Freud, sería hoy día diagnosticada como Esquizofrenia paranoídea o Parafrenia". (Gomberoff, 1985, pág.85)

Freud concibió un mecanismo semejante a la represión del neurótico para la psicosis. En el primer caso la represión se concibe como un retiro de las catexias de las representaciones verbales preconcientes, pero permanece la catexia del objeto en la fantasía. Cuando en la neurosis falla la represión, un nuevo intento de represión resultará en la formación de síntomas neuróticos. En la psicosis también hay retiro de las catexias de los objetos rompiendo los vínculos con el mundo externo, invirtiéndose en el yo la libido que

también se retira de las representaciones intrapsíquicas de los objetos. Esta decatexis sería responsable, en los psicóticos, de la sensación de catástrofe interna a pesar de que no ocurre totalmente con los objetos, ya que sólo puede ser parcial. Así como en el neurótico el paso siguiente a la represión, cuando falla, es la formación de síntomas, en el psicótico el paso siguiente al retiro de la libido, al yo, constituyéndose un estado narcisístico que sería el responsable de las ideas megalomaniacas e hipocondriacas, es el proceso de la restitución. El retiro de la libido en el psicótico se compara a la represión en el neurótico. La reconstrucción, o restitución como un intento de mejorar, es la vuelta de nuevo de la libido sobre los objetos. Es equiparada a la formación de síntomas que deshace la represión en el neurótico. Naturalmente este intento de restitución es parcial, ineficiente. En el caso de la Paranoia la restitución se hace especialmente a través de la proyección, experimentando entonces al sujeto como persecutorio. Mientras en la Paranoia la regresión es a un nivel narcisístico, en la Esquizofrenia la regresión es a un nivel anterior a la etapa autoerótica, donde el yo es prácticamente inexistente y donde tampoco hay noción clara de objeto.

La proyección permite el deshacerse de impulsos inaceptables para el paciente, Las alucinaciones, según Freud (Gomberoff, 1985), son trazos de memoria que se reviven como sensaciones de los órganos de los sentidos y que son parte del proceso restitutivo, así como las ideas delirantes. La experiencia de fin de mundo, es la proyección de la "catástrofe interna" a la cual se hacía referencia antes.

Freud anteriormente, y a propósito de la satisfacción alucinatoria del deseo en el infante y de la contrucción del sueño, con imágenes visuales, había descrito los fenómenos que usó para explicar las alucinaciones. En ambos casos, y en relación con deseos insatisfechos, la energía psíquica, en vez de dirigirse al sistema motor, lo hace al extremo del aparato mental, es decir, al sistema sensorioperceptual y surge entonces la percepción alucinatoria. Esto requiere de una regresión topográfica. En el proceso de recuperación libidinal de los objetos en la psicosis, éstos serían sustituidos por la memoria de objetos reales o fantásticos, y la libidinización sería de esos trazos de la memoria, que serían los núcleos de las alucinaciones.

En 1916 Freud plantea que la catectización del sistema consciente es condición para la regresión necesaria que hará que emerja la alucinación, regresión que debe sobrepasar el test de realidad. Este juicio de realidad es el que permite diferenciar la actividad ideacional de las percepciones. De allí que la catectización en la vigilia de trazos de memoria no lleve a alucinar, ya que quién discrimina es el juicio de realidad que aparece precozmente y permite el sobrepasar la satisfacción alucinatoria en el niño, convirtiéndola exclusivamente en una idea o imagen.

En 1915 Freud distingue entre la representación de cosa y palabra de un objeto. En la Esquizofrenia el proceso primario se da con las representaciones de las palabras que designan al objeto, de allí las sustituciones, condensaciones del desorden del pensamiento. Por otra parte, la decatectización de ambos tipos de representaciones que ocurrirían en la primera etapa de la psicosis, busca la restitución dirigiendo la recatectización a los trazos de memoria de las palabras, que están separadas de las representaciones de las cosas objetales. De tal modo que las palabras empiezan a adquirir el significado de cosas, porque ya no representan a su objeto y al ser catectizadas son tratadas concretamente por el paciente. En los sueños, en cambio, hay comunicación entre la representación de los objetos y sus símbolos verbales. En los sueños, la representación mental del objeto y no las palabras está sujeta al proceso primario. Desde estas consideraciones se explican los trastornos del pensamiento en la Esquizofrenia.

En 1925 Freud agrega que el negativismo de algunos psicóticos debe ser evaluado como signo de difusión de los instintos que se instauran como consecuencia del retiro del componente libidinal.

La tercera fase de Freud empieza con la publicación de *"El yo y el ello"* (1923) y con las publicaciones de 1924 sobre la Esquizofrenia.

En esta fase se aplica la teoría estructural tripartita. Considera que la neurosis resulta del conflicto entre las instancias psíquicas que permite que el yo mantenga su contacto con la realidad, y pueda intentar silenciar al ello, mientras que en la psicosis es sobrepasado por el ello y se aleja de la realidad. De esta manera, en la psicosis hay éxito en la huida de la realidad, lo que es seguido por una fase en que se intenta remodelarla en la restitución, mientras en la neurosis se difiere la huida.

La psicosis reniega y trata de reemplazar la realidad, mientras que la neurosis sólo puede ignorarla.

En *"Fetichismo"*, en 1927, introduce Freud el concepto de escisión como otra defensa de la psicosis, describiéndola como la posibilidad de coexistencia de dos actitudes, una de acuerdo al deseo y otra de acuerdo a la realidad; si la primera actitud es más fuerte, está la condición para la psicosis, si lo es la segunda hay más posibilidades de mejoría.

Freud en 1896, en *"Otras aportaciones a las neuropsicosis de defensa"* había planteado que como las ideas delirantes no se someten a influencia, el yo debe adaptarse a ellas. Más adelante considera que síntomas y cambios estables del carácter adquieren independencia de otros procesos mentales, por lo que hay un estado dentro de un estado, una parte que es inaccesible, cuya cooperación es imposible y que puede tener éxito en sobrepasar a la parte normal, lo que implica dominación de la realidad psíquica interna sobre la realidad y el mundo externo, y esto es una puerta abierta a la psicosis.

"Las teorías de Freud sobre las psicosis tratan de mantener las analogías con aquellas de la neurosis, planteándolas como en un continuo. Consideran el conflicto intrapsíquico como determinante. No aparecen con claridad la calidad de las relaciones objetales en las fases de fijación a las cuales se agrega. Se sugiere la importancia del yo y de los impulsos agresivos, pero no se elabora mucho estas sugerencias. Esto es lo que harán sus seguidores" (Gomberoff, 1985, pág.86).

2.2. Teorías de Lacan.

En la teoría lacaniana destaca el concepto de *Repudio o Forclusión*, que se refiere a lo psicótico como un rechazo de un significante fundamental, fuera del mundo simbólico. Hay que diferenciarlo de la represión, en el sentido que lo repudiado no se establece en el inconsciente, sino que puede retornar desde lo real especialmente en la alucinación. Tiene que ver con la proyección de los primeros tiempos de Freud, que no pasaba por la represión. Retiro de catexis de lo percibido, o retiro de la significación, es rechazar al exterior la percepción intolerable.

Tal concepto tiene relación con la represión en el neurótico que impide la salida de la pulsión o representación del inconsciente en contraposición a la "represión" del mundo externo en el psicótico que se describe como retirada narcisista de la libido o un retiro de la significación o del sentido de lo percibido.

Si se reniega la castración. En el caso de la niña con ausencia de pene, lo que se renegaría es una teoría, puesto que la ausencia es percepción sólo con una posible presencia que, aquí, no existió.

Lacan plantea que la "introducción en el sujeto" es la simbolización y que "la expulsión fuera del sujeto" constituye lo real, ya que esto último es lo que está fuera de la simbolización. Repudio entonces es no dar una simbolización a lo que debió simbolizarse (la castración). Es entonces una abolición simbólica

4. Terapia de Grupo con Pacientes Esquizofrénicos.

El siguiente material ha sido extraído del libro *"Terapia de Grupo"* de Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock, del año 1996. El autor, Nick Kanas, hace un recorrido por las diferentes modalidades de terapia grupal aplicada a pacientes esquizofrénicos.

Las técnicas descritas en este libro han sido utilizadas en el diseño de los dispositivos terapéuticos implementados en esta investigación, por lo que su inclusión en este trabajo otorga el marco referencial a partir del cual se estructuraron los talleres de música.

El texto comienza con una breve reseña histórica acerca del tratamiento grupal con pacientes esquizofrénicos.

3.1. Orígenes.

La primera aplicación de técnicas grupales a pacientes esquizofrénicos la realizó Edward Lazell (1921; *en Kaplan y Sadock, 1996*), quien describe un abordaje basado en los principios psicoanalíticos y en las técnicas didácticas. Entre los temas abordados se encuentran el miedo a la muerte, explicación de las alucinaciones y delirios y las causas de la inferioridad. Lazell refirió las siguientes ventajas de su método: los pacientes se socializan más que en el pasado, a la vez que se hacen más concientes de no estar solos frente a sus problemas, temen menos al terapeuta, siguen discutiendo los temas entre ellos después de terminar las sesiones y se sienten más cómodos en el ambiente hospitalario. Posteriormente, L. Cody Marsch (1933; *en Kaplan y Sadock, 1996*) describió un programa grupal aplicado en el Hospital Estatal de Worcester, Massachusetts (E.U.A.), a pacientes psicóticos. En él se incluían conferencias y clases terapéuticas, así como música inspiracional, charlas sobre temas de actualidad, terapia ocupacional y discusiones participativas. Aunque se realizaron varios intentos de aplicar al grupo las técnicas psicoanalíticas (Burrow, 1927; Wender, 1936*; en Kaplan y Sadock,*

1996), al principio se limitaron a pacientes no esquizofrénicos. La excepción fue Paul Schilder (1939, *en Kaplan y Sadock, 1996*), que trató pacientes psicóticos en grupos terapéuticos orientados al insight psicoanalítico, con discuciones sobre material infantil temprano y sobre desarrollo sexual, análisis de sueños, asociación libre, exploración de procesos inconcientes e interpretaciones transferenciales. De un conjunto de cuarenta y nueve pacientes tratados con ese enfoque, cinco fueron diagnosticados de esquizofrenia. De este número, tres no acusó mejoría alguna, uno mejoró relativamente y otro se recuperó totalmente.

Después de la Segunda Guerra Mundial se prestó mayor atención al papel de la terapia grupal en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, y se desarrollaron varios modelos. E.V. Semrad y sus colegas del Hospital Estatal de Boston en E.U.A. utilizaron las técnicas psicoanalíticas, definiendo al terapeuta como un catalizador que facilita la discusión libre y sosegada, a la vez que acompaña al paciente en el logro de una mayor comprensión de sus propios problemas (Semrad, 1948; *en Kaplan y Sadock, 1996*). El ambiente grupal permite la expresión de sentimientos y de material ansiógeno psicótico. Idealmente, los pacientes participaban activamente e interactuaban con un sentimiento general o común, lo que Semrad denominó cohesión o trabajo conjunto. Se han descrito las etapas grupales y las investigaciones han demostrado que este abordaje era más útil con pacientes agudos que con crónicos (Standish, Semrad, 1951; *en Kaplan y Sadock, 1996*). En 1947 los psiquiatras del Hospital Estatal de Brooklyn en E.U.A. empezaron a tratar pacientes esquizofrénicos en grupos de orientación psicoanalítica, con y sin internamiento hospitalario. Los terapeutas mantenían una actitud pasiva, dejando que los pacientes analizaran sus problemas y animándoles a que se ayudaran entre sí para lograr un insight (introspección) mayor de sus problemas emocionales profundos. A pesar de la opinión de los autores respecto a la utilidad del enfoque, algunos pacientes se volvían peligrosamente hostiles frente a los demás y los pacientes paranoides a menudo incorporaban las formulaciones dinámicas a su sistema delirante, por lo que se hacía necesaria su exclusión del grupo (Lawton, 1951; Pinney, 1956; *en Kaplan y Sadock, 1996*).

J.W. Klapman (1950,1951; *en Kaplan y Sadock, 1996*) describió un enfoque didáctico que incluye conferencias y un libro de texto para estimular las discusiones grupales. Sin embargo Klapman también animaba a sus pacientes psicóticos a interactuar y expresarse libremente sobre los temas sometidos a discusión. Jerome Frank (1955; *en Kaplan y Sadock*) afirmó que el enfoque no directivo y el interés por el insight genera, a menudo, ansiedad en los pacientes psicóticos, lo cual obstaculiza definitivamente la terapia. En consecuencia, Frank subrayó la importancia de la pertenencia (que denominó "cohesividad grupal"), la postura directiva del terapeuta y la claridad en el foco de interés, así como las ventajas del aprendizaje recíproco de los pacientes a través de sus interacciones grupales. John Beard, Victor Goertzel y Arthur Pearce (1958; *en Kaplan y Sadock, 1996*) describieron la aplicación de la terapia de actividades grupales para disminuir el aislamiento social y mejorar las oportunidades de descarga en los pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados. S.R. Slavson (1961; *en Kaplan y Sadock, 1996*) refirió algunos de los peligros de la terapia grupal psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos, afirmando que las discusiones grupales orientadas hacia la realidad pueden ser más terapéuticas. Slavson también consideró que la experiencia de participación en grupos pequeños es más valida, dado los sentimientos de participación, comodidad e intimidad que suponen. Louis Alikakos (1965*; en Kaplan y Sadock, 1996*) afirmó que la terapia grupal psicoanalítica es útil con pacientes esquizofrénicos no internados, dado que utiliza el apoyo y el contacto con la realidad. Mardi Horowitz y Paul Weisberg (1966; *en Kaplan y Sadock, 1996*) subrayaron la validez de las técnicas directivas en grupos de esquizofrénicos internados, ya que fomentan activamente la cohesividad grupal y la participación del paciente, a la vez que frenan las respuestas autoperjudiciales.

3.2. Historia Reciente.

A partir de los años setenta se ha descrito una gran variedad de terapias grupales para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. Algunos autores apoyan los modelos tradicionales que se centran en la discusión y expresión de sentimientos, aunque lleven a cabo modificaciones esenciales para su aplicación con pacientes psicóticos (Gruber, 1978; Klein, 1977; *en Kaplan y Sadock, 1996*). Otros han utilizado abordajes educativos, centrándose en temas prácticos y discusiones (Fenn, Dinaburg, 1981; Maxmen, 1978; Plante, Pinder; Howe, 1988; *en Kaplan y Sadock, 1996*) y el entrenamiento en habilidades sociales (Douglas, Mueser, 1990; Hierholzer, Liberman, 1986; *en Kaplan y Sadock, 1996*). Ampliando el campo psicoanalítico, algunos autores han optado por la teoría de las relaciones objetales (Kibel, 1981, 1987, 1991*; en Kaplan y Sadock, 1996*), la psicología del self (Josephs, Juman, 1985; *en Kaplan y Sadock, 1996*), el análisis grupal (Sandison, 1991; *en Kaplan y Sadock, 1996*), conceptos del grupo como un todo (Malawista, 1988; *en Kaplan y Sadock, 1996*) y los principios derivados de las teorías de Wilfred Bion (Johnson, Geller, Gordon, Wexler, 1986; *en Kaplan y Sadock, 1996*). Otros se han referido a la importancia de perfeccionar las relaciones interpersonales, centrándose en las interacciones del aquí y el ahora de los pacientes del grupo (Kahn, 1984; Yalom, 1983; Yehoshua, Kellermann, Calev, Dasberg, 1985; *en Kaplan y Sadock, 1996*). Kanas (1991; *en Kaplan y Sadock, 1996*), opta por un enfoque empírico que aprovecha elementos de los modelos educativo, psicodinámico e interpersonal. Otros modelos han utilizado los principios de la Gestalt (Serok, Rabin, Spitz, 1984; *en Kaplan y Sadock, 1996*), las técnicas de encuentro (Sandison, 1975; *en Kaplan y Sadock, 1996*), hay grupos que utilizan la filmación de las sesiones para la discusión posterior (Gunn, 1978; *en Kaplan y Sadock, 1996*), grupos dirigidos por los propios pacientes y observados por miembros de la institución (Gould, Garrigues, Sheikowitz, 1975; *en Kaplan y Sadock, 1996*), grupos de apoyo con asistencia no regular, que se sustentan en la transferencia institucional (Misunis, Feist, Thorkelson, MçCauley, 1990; *en Kaplan y Sadock, 1996*), grupos cuya composición se basa principalmente en los déficits cognitivos en vez de en el diagnóstico (Erikson, 1986; *en Kaplan y Sadock, 1996*) y grupos con flexibilidad de límites, que permiten al propio

paciente determinar la frecuencia de su asistencia (Mcintosh, Stone, Grace, 1991; *en Kaplan y Sadock, 1996*).

3.3. Aspectos Teóricos para el Tratamiento Grupal de la Esquizofrenia.

John Rosegrant (1988; *en Kaplan y Sadock, 1996*) afirma que hay tres enfoques teóricos principales (educativo, psicodinámico e interpersonal) para dirigir grupos de pacientes agudos hospitalizados; estos abordajes son también relevantes para la terapia grupal de pacientes esquizofrénicos.

a) Enfoque Educativo.

El enfoque educativo puede remontarse al trabajo de Lazell (1921), y Marsch (1933; *en Kaplan y Sadock, 1996*). El objetivo de este modelo consiste en ayudar a los pacientes esquizofrénicos a aprender a manejar sus problemas y síntomas más inmediatos, utilizando el consejo y las técnicas educativas. La premisa básica es que los pacientes psicóticos sufren una enfermedad mental radical con componentes biológicos y genéticos. En consecuencia, los terapeutas deberían dirigir sus esfuerzos para ayudar a que los componentes del grupo perfeccionen sus estrategias de manejo de problemas reales que están afectando a sus vidas en el momento presente. Las técnicas específicas se centran en la resolución de problemas, clases, consejos por parte del terapeuta, ejercicios grupales y, en algunos casos, tareas. Por ejemplo, Howard Fenn y Daniel Dinaburg (1981; *en Kaplan y Sadock, 1996*) describieron grupos de pacientes esquizofrénicos no internados que empiezan con clases relacionadas con los temas de la psicosis, luego sigue una discusión en la que se anima a los pacientes a relacionar el tema con sus propias experiencias. Además de educar a los componentes del grupo y ayudarles a adiestrarse en el manejo de las circunstancias vitales que pueden provocar un empeoramiento de sus síntomas, el enfoque pretende la integración de los pacientes que se muestran distantes durante la discusión, y fomentar el sentimiento de comunidad entre los pacientes del grupo.

b) Enfoque Psicodinámico.

El modelo psicodinámico tiene su origen en los primeros conceptos psicoanalíticos, tal y como lo aplicaron Schilder (1939; *en Kaplan y Sadock, 1996*), Semrad y colaboradores (Semrad, 1948; Standish, Semrad, 1951*; en Kaplan y Sadock, 1996*) y los psiquiatras del Hospital Estatal de Brooklyn en E.U.A. (Lawton, 1951; Pinney, 1956; *en Kaplan y Sadock, 1996*) en grupos de pacientes esquizofrénicos. En la base de este enfoque se encuentra la idea de que la esquizofrenia está relacionada con los problemas psicogénicos evolutivos de aparición temprana; éstos producen determinadas vulnerabilidades que posteriormente se manifiestan en los signos y síntomas de la enfermedad. Aunque el modelo no ignora la importancia de los antecedentes biológicos y genéticos, se centra en la importancia de los aspectos psicológicos del encuentro terapéutico. El objetivo consiste en ayudar a que los pacientes logren una mayor comprensión de los conflictos que provocan sus déficits y fracasos evolutivos, con el propósito de mejorar sus funciones yoicas y ayudarles a madurar, en el sentido de hacerles relativamente resistentes al proceso esquizofrénico. Se abordan los aspectos inconcientes y transferenciales, se toman en consideración tanto los hechos del pasado, como los problemas inmediatos.

El modelo de las relaciones objetales constituye un ejemplo actual del enfoque psicodinámico (Kernberg, 1976; *en Kaplan y Sadock, 1996*). Este modelo considera que los pacientes con una estructura caracterial psicótica son incapaces de diferenciar claramente las representaciones del self de las del objeto. Esa incapacidad les lleva a la escisión y negación de una unidad self-objeto indiferenciada y vinculada agresivamente con una constelación self-objeto buena, que funciona como capacidad organizadora, lo cual permite a los pacientes, relacionarse con su entorno. Según Howard D. Kibel (1981, 1987, 1991; *en Kaplan y Sadock, 1996*) durante la descompensación psicótica, ambas partes se rechazan agresivamente, produciendo un sentimiento de fragmentación y empobrecimiento del self. La fusión puede producir nuevas imágenes fantasmáticas o un intento de disociar estados contradictorios del yo, por medio de la proyección y la negación primaria. La capacidad de reflexionar sobre sí mismo y de contacto con la

realidad son deficientes. Kibel cree que uno de los objetivos más importantes de la terapia grupal es ayudar a los pacientes a tolerar sus introyectos vinculados agresivamente, y así como ayudar a los pacientes a poder integrarse en el grupo, de forma que se pueda llevar a cabo una sesión planificada y organizada; de esta manera los pacientes pueden reprocesar e internalizar sus fantasías proyectadas a través de la identificación con el grupo. Cuando se trata de pacientes internados, Kibel incluye en su enfoque aspectos de la teoría general de sistemas, considerando al grupo pequeño como un reflejo simbólico de los procesos dinámicos que suceden tanto en el seno del grupo como fuera de él.

El terapeuta toma una postura activa introduciendo temas en el grupo y fomentando la participación de los miembros. Se hacen muchas intervenciones en el plano del grupo como un todo, para promover la vinculación de los miembros y fomentar el sentimiento de participación. A pesar de sus orígenes psicoanalíticos, el objetivo principal no es el *insight* (introspección). Subraya las ventajas de la experiencia grupal, como interacciones de apoyo, sentimientos de pertenencia y aprendizaje mutuo de funciones adaptativas.

c) Efoque Interpersonal.

El enfoque interpersonal surge a partir de los trabajos de Frank y colaboradores (Powdermaker, Frank, 1953; Frank, 1955; *en Kaplan y Sadock, 1996*) y en la actualidad es seguido por Irving Yalom (1983; *en Kaplan y Sadock, 1996*). El modelo subraya el aislamiento social de los pacientes esquizofrénicos y las dificultades que tienen para interactuar con otras personas. A pesar de admitir la presencia de factores biológicos y genéticos, los teóricos interpersonales se centran en los problemas interpersonales actuales y las relaciones desadaptativas observadas en el grupo y creen que se produce un cambio más inmediato, cuando en las sesiones grupales se enfocan las interacciones en el aquí y el ahora. Al abordar este tipo de cuestiones, los pacientes esquizofrénicos no sólo aprenden a relacionarse mejor con los demás, sino que comienzan a poner en duda una parte del material delirante subyacente a sus sentimientos de desconfianza y

aislamiento. Para acelerar ese proceso, algunos autores han considerado la utilización de ejercicios estructurados (Yalom, 1983; *en Kaplan y Sadock, 1996*), mientras que otros abogan por un formato más directivo y orientado hacia la discusión (Frank, 1955; Kanas, 1991; *en Kaplan y Sadock, 1996*).

3.4. Aspectos Clínicos del Tratamiento de la Esquizofrenia.

Las siguientes recomendaciones formuladas por el autor, Nick Kanas, han sido aplicadas en la implementación de los talleres realizados en la presente investigación, obteniéndose resultados muy satisfactorios.

a) Objetivos del Tratamiento.

El terapeuta debe crear un entorno de cohesividad en el que los pacientes esquizofrénicos se encuentren cómodos entre sí y se sientan libres para discutir el material psicótico en un ambiente de apoyo. Los objetivos propios de los grupos recién formados y de los grupos específicos para pacientes psicóticos agudos contemplan (1) la discusión de las técnicas para manejar el material psicótico y (2) ayudar a los pacientes en el aprendizaje de nuevas estrategias para mejorar sus relaciones con los demás. En los grupos cerrados, en que todos los pacientes comienzan a la vez, se deberían explicitar dichos objetivos en la primera sesión. En los grupos abiertos, en que entran nuevos pacientes a medida que otros son dados de alta, se deberían repasar en la primera sesión en que el paciente nuevo se integra, a la vez que se debería intentar implicar al paciente en las discusiones lo antes posible. Por ejemplo, se puede preguntar a los miembros que acaban de integrarse al grupo por sus síntomas psicóticos y problemas relacionales, después se pide a los otros participantes que padecen problemas similares que cuenten las estrategias que utilizan ante esas situaciones.

Después de varias semanas o meses, cuando el grupo cuenta con cierto grado de cohesión, los pacientes se han estabilizado y ya se han abordado los temas psicóticos e interpersonales, se pueden abordar los problemas más profundos. Por ejemplo, las dificultades habituales para confiar en los demás pueden empezar a relacionarse con experiencias vitales de las relaciones con personas significativas del pasado de los pacientes. El objetivo consiste en ayudar a los pacientes a corregir sus patrones de desadaptación más permanentes, a través de experiencias emocionales correctivas grupales, por medio de animar a los pacientes a modificar sus conductas fuera del grupo. Gradualmente, con el apoyo y la discusión, los pacientes empiezan a corregir sus déficits en el funcionamiento yoico y en las relaciones objetales, incrementando la sensación de dominio sobre sus vidas. En grupos cohesivos a largo plazo, los pacientes son más eficaces a la hora de tolerar material ansiógeno, dado que hay más estabilidad que en los grupos a corto plazo, también porque se vivencia un ambiente de mayor apoyo y seguridad.

b) Encuadre.

Los grupos para pacientes esquizofrénicos se realizan tanto con pacientes internados como ambulatorios. Los grupos de pacientes hospitalizados se reúnen varias veces a la semana en sesiones de 45 o 60 minutos. Dado que los pacientes hospitalizados son generalmente pacientes psicóticos agudos muy perturbados, es difícil que toleren sesiones más largas. Los pacientes ambulatorios se reúnen una o dos veces por semana en sesiones de 60 a 90 minutos. El número de pacientes varía de 4 a 10, siendo 6 u 8 el número óptimo. Los grupos pueden ser abiertos o cerrados, dependiendo del encuadre. En las unidades de pacientes a corto plazo, los grupos terapéuticos suelen ser abiertos de acuerdo con el flujo de ingresos. En los servicios de pacientes a largo plazo o de pacientes ambulatorios se da la posibilidad de grupos cerrados, lo cual permite que los pacientes se vinculen y evolucionen juntos durante un período de tiempo.

c) Selección de Pacientes.

En los grupos de terapia para pacientes esquizofrénicos, todos los miembros deberían ser capaces de permanecer sentados durante toda la sesión. Se puede incluir pacientes agudos, en tanto que el tema de discusión no les perturbe en exceso y que ellos mismos no perturben excesivamente la discusión. De hecho, la irrupción de material abiertamente psicótico puede ser útil para estimular la discusión grupal, ya que permite a los pacientes abordar los problemas del aquí y el ahora. Por ejemplo, cuando un paciente está sufriendo una alucinación auditiva, se puede pedir a los demás miembros del grupo que comenten si oyen alguna voz en la habitación. Esto afecta al contacto con la realidad y permite que los miembros discutan fenómenos similares a medida que ocurren. Los pacientes esquizoafectivos interactúan bien con los pacientes esquizofrénicos, ya que poseen síntomas comunes, Es posible combinar pacientes esquizofrénicos y neuróticos en los grupos a largo plazo, siempre que los pacientes estén compensados, las discusiones sean relevantes para los dos tipos de pacientes, y que no generen una ansiedad excesiva. Se puede incluir pacientes con tendencia al distanciamiento y que sufran una preponderancia de síntomas negativos; aunque no participen demasiado, pueden beneficiarse de una situación en la que permanecen con personas que sufren el mismo tipo de problemas.

Están contraindicados los pacientes disruptivos o aquellos que están tan perturbados que no pueden seguir la discusión, así como los maníacos agudos, pacientes con síndromes orgánicos que no puedan recordar lo que se ha tratado en la sesión, y los pacientes con problemas caracterológicos severos, que tienden a ser manipuladores o a interferir con el entorno terapéutico.

d) Papel de los Terapeutas.

Los terapeutas deben procurar crear un ambiente de seguridad y apoyo que fomente tanto las discusiones orientadas hacia un objetivo como el aprendizaje interpersonal e intrapsíquico. Deben mostrarse activos y directivos a la hora de mantener a los participantes en el tema de discusión, así como mantener la buena marcha de ésta. Esto es muy importante en el caso de pacientes hospitalizados, debido a la mayor severidad de las perturbaciones. En los grupos de pacientes esquizofrénicos, Kibel (1991; *en Kaplan y Sadock, 1996*) ha comparado el rol de la terapia con el del director de orquesta. A veces los terapeutas dan consejos o manifiestan opiniones personales. Esto es aceptable cuando está al servicio del contacto con la realidad y supone un avance de la discusión, pero cuando está en juego la gratificación del terapeuta, como en situaciones relativas a la demostración de su autoridad o competencia, deberían abstenerse. Las intervenciones terapéuticas deben ser claras, concisas y concretas, ya que los pacientes se encuentran desorganizados y confusos a causa de sus perturbaciones en el pensamiento así como de la medicación. La repetición de los mensajes importantes nunca es perjudicial, ya que orienta al paciente y le ayuda a recordar los puntos claves.

e) Aspectos Relacionados con la Seguridad.

El grupo debe ser percibido como un entorno seguro donde los miembros pueden discutir sus problemas e interactuar entre sí, en un marco relativamente libre de ansiedad y conflicto. Esto es particularmente cierto para grupos de pacientes con psicosis aguda. Los terapeutas pueden contribuir a este ambiente de seguridad haciendo comentarios que impliquen apoyo y que se refieran a las tareas, a la vez que desvían la discusión del material ansiógeno. A veces esto se lleva a cabo cambiando de tema, otras veces el terapeuta debe afirmar explícitamente que el grupo se siente inseguro y que es conveniente cambiar de tema. Los pacientes esquizofrénicos pueden distorsionar los comentarios e intervenciones llevándolos rápidamente a una situación peligrosa.

Los pacientes esquizofrénicos son vulnerables ante la agresividad y el conflicto interpersonal, lo cual puede generar fantasías de agresión y el temor a la pérdida del control. En el mismo sentido, el material sexual produce ansiedad en algunos pacientes, cuando es congruente con los delirios o impulsos del paciente, de los cuales está tratando de protegerse. En estos casos el terapeuta debe controlar el material y puede ser necesaria una intervención rápida, cambiando de tema, o que confirme a los pacientes que los terapeutas mantienen el control.

f) Temas de Discusión.

Los temas seleccionados deberían ser congruentes con los objetivos grupales. Al principio de un grupo o en los grupos de pacientes psicóticos, se debería decir a los pacientes que están ahí para discutir problemas relacionados con las voces que oyen, los sentimientos de sospecha, la confusión y las malas relaciones con los demás. Al inicio de una sesión normal se les debe dar a los pacientes la oportunidad de sacar uno de estos cuatro temas. Si se distraen o hablan de temas poco importantes como política o deportes, los terapeutas deben conducirles a otro terreno. Una vez que se ha abordado un tema de interés, los terapeutas deben animar a los pacientes a que hablen desde su experiencia. Por ejemplo, si un paciente comienza una sesión afirmando que unos agentes secretos del gobierno tratan de matarle, los terapeutas deben preguntar a los demás miembros si han sentido lo mismo alguna vez. Se debe preguntar específicamente a los pacientes que no responden. También se puede hacer una ronda por turnos para comentar el tema. Una vez que todos han hablado se debería pedir a los participantes que cuenten cómo se las arreglan frente a esa situación. Se puede fomentar el *feedback* (retroalimentación) individual al paciente que trajo el tema, o bien, dirigirse al conjunto del grupo y esperar que alguien proponga una estrategia para afrontar el problema.

Las estrategias de manejo varían. Algunos pacientes consideran que sus síntomas se agravan cuando se sienten bajo presión o en una situación de estrés, de forma que una estrategia razonable sería buscar una situación menos tensa o tomar medicación adicional para calmarse. Otros aseguran que sus alucinaciones o delirios aumentan cuando están solos, por lo que pueden tratar de concentrarse en una actividad o buscar a otras personas que supongan un estímulo a su contacto con la realidad. Se puede animar a los pacientes que padecen enfermedades crónicas y a los que están más compensados para que aconsejen a los psicóticos agudos y a los que tienen problemas con sus síntomas. La medicación es útil, aunque en ocasiones no es suficiente para aliviar los síntomas de los pacientes.

En todas las sesiones se debe seguir la estrategia de identificar un tema relevante, pedir que los pacientes lo relacionen con situaciones concretas suyas y luego animarles a compartir sus estrategias de manejo. Los pacientes terminan la sesión sintiendo que no están solos frente a sus síntomas, que tienen la oportunidad de manifestarse en un ambiente de apoyo, que han aprendido nuevas formas de abordar sus problemas y que se ha incrementado su sensación de dominio. En algunas sesiones las estrategias no se discuten adecuadamente y se deben posponer para la siguiente sesión. En otras sesiones se deben tocar y abordar dos o tres temas a la vez.

Se debería animar a los pacientes a que transmitan *feedback (*retroalimentación) sobre los temas, más que depender exclusivamente del consejo de los terapeutas, ya que los pacientes pueden aprender mucho entre sí. Para contrarrestar la tendencia a depender de los terapeutas, se puede pedir que los pacientes se den feedback mutuamente, evitar el contacto visual con los pacientes que se dirigen a los terapeutas continuamente, o bien afirmar claramente que, ya que los pacientes aprenden más de los otros pacientes, deben compartir sus problemas y estrategias en el grupo. Los pacientes que sufren una experiencia psicótica durante la sesión pueden ser confrontados con otros miembros, los cuales pueden ayudarles a contactar con la realidad.

En los grupos a largo plazo o los dirigidos a pacientes con una psicosis relativamente menos aguda, se pueden discutir temas más sofisticados. Ejemplos de ellos pueden ser: reaccionar ingenua o desconfiadamente ante los demás como consecuencia de una vida de relaciones desadaptadas y las vivencias de desesperación, o desesperanza frente a una enfermedad mental crónica. Los pacientes relativamente bien compensados pueden tolerar los temas ansiógenos siempre y cuando no sean demasiado intensos y estén adecuadamente dosificados por parte de los terapeutas. Incluso la discusión de temas desagradables del pasado de los pacientes puede ser productiva en grupos con una duración adecuada, cuando los participantes son capaces de contactar con la realidad y manejar sus experiencias psicóticas adecuadamente. Sin embargo, los pacientes esquizofrénicos pueden descompensarse por diferentes motivos, los terapeutas deben ser sensibles a la vulnerabilidad del paciente cuando se abordan temas ansiógenos o amenazadores.

g) Proceso Terapéutico.

Aunque a veces los pacientes se benefician de los consejos de los terapeutas, el aprendizaje surge principalmente de las interacciones grupales de dos formas. Primero, aprenden estrategias de manejo de sus problemas a través de los temas discutidos con otras personas que tienen síntomas similares. Segundo, los pacientes son capaces de poner en práctica las habilidades interpersonales en las sesiones, habilidades que pueden generalizar a otras interacciones de fuera del grupo. La experiencia grupal genera confianza para relacionarse con otras personas y por lo tanto combatir la soledad y el aislamiento.

Los problemas se suelen discutir desde una perspectiva del aquí y el ahora, ya que los temas que afectan a los pacientes durante las sesiones o los de la vida real fuera del grupo son más adecuados para la intervención que otros temas que les han afectado en otros momentos o entornos anteriores. Durante las sesiones se debería animar a los pacientes a que se miren entre sí directamente. Esto se puede llevar a la práctica pidiéndoles que hablen a otro paciente de un tema, o a través de intervenciones hacia el conjunto del grupo, a la vez

que se recuerda que pueden aprovechar más la sesión si dirigen sus comentarios a otras personas.

Muchos pacientes con síntomas negativos o con delirios paranoicos permanecen tranquilos o distanciados en el grupo. Los terapeutas deberían ofrecerles la oportunidad de hablar en cada sesión, dirigiéndose específicamente a ellos o a través de turnos de respuestas. Esto incrementa la cohesividad y les transmite que son importantes para el grupo. Si la tranquilidad perdura a o largo de varias sesiones, su rechazo a hablar puede convertirse en el tema de discusión, siempre que no sea demasiado estresante. Aunque se les dé la oportunidad de hablar, no se les debería obligar, pudiendo hacerse un comentario como: *"Veo que hoy no te apetece hablar. Verdaderamente nos gustaría oirte, espero que sea posible la próxima vez"*. Este comentario de apoyo, a la vez que confrontativo, transmite al paciente que se espera su participación, aunque no se le va a forzar.

Idealmente, un paciente inicia la sesión abordando un tema relevante, todos los participantes lo relacionan con sus experiencias y comparten sus estrategias. Este proceso ocurre de forma espontánea en contadas ocasiones, dado que algunos pacientes se muestran distantes y suspicaces, mientras que otros están desorganizados hasta el punto de serles imposible concentrarse en una discusión. Los terapeutas deberían estructurar la discusión activamente, de forma que los participantes se atengan al tema. Pero cuando los miembros interactúan espontáneamente sobre un tema adecuado, los terapeutas deberían abstenerse, permitiéndoles arreglárselas y expresarse de forma natural. Los terapeutas deberían captar las pistas sobre la marcha del proceso, retirándose o interviniendo según el nivel de actividad y la relevancia del tema, a efecto de las necesidades de los pacientes.

3.5. Aspectos Éticos.

Se debería prevenir a los pacientes de discutir el material grupal con otras personas ajenas al grupo. A veces las sesiones son observadas por estudiantes u otro personal, los que pueden estar físicamente en la habitación u observar a través de un espejo unidireccional. Ocasionalmente se graban las sesiones por motivos pedagógicos. En estos casos, se les debería decir que las sesiones van a ser observadas, y los observadores deberían presentarse al comienzo de la sesión. Cuando se graba, es preciso contar con permiso escrito. Se debería pedir a los observadores que no comenten las sesiones fuera del grupo, las grabaciones deben ser cuidadosamente controladas, de forma que no sean accesibles para otras personas. En el caso de pacientes esquizofrénicos se considera la medicación la intervención terapéutica primordial, especialmente en el caso de psicóticos agudos. En consecuencia la mayoría de los participantes recibe medicación, por lo que se facilita la labor grupal. No se debería dedicar la discusión a hablar de las dosis y efectos secundarios de la medicación, dado que es algo que pueden trabajar con el médico fuera del grupo. Sin embargo, en ocasiones es útil compartir las vivencias relacionadas con la necesidad de la medicación y su eficacia en lo relacionado a las experiencias psicóticas y situaciones de tensión

5. Historia de la Técnica de los Grupos Operativos.

El siguiente material procede de una clase dictada por el Dr. Enrique Pichón-Rivière en mayo de 1970, en Buenos Aires, Argentina, en la cual describe y explica los conceptos básicos de la técnica de los *Grupos Operativos* .

Su inclusión en el presente trabajo deriva de la utilidad de dicha técnica para el tratamiento grupal, y del hecho que en esta investigación se implementó un dispositivo terapéutico grupal con modalidad operativa, basado en los conceptos de Enrique Pichón-Rivière.

Los *Grupos Operativos* se definen como Grupos Centrados en la Tarea. *"Ahora, porqué esta insistencia? Por el hecho que los grupos en general se clasifican según la técnica de abordaje del mismo. Observamos que hay técnicas grupales centradas en el individuo: son algunos de los llamados "grupos psicoanalíticos o de terapia", en los que la tarea está centrada sobre aquél que para nosotros se denomina portavoz. Nuestra posición ante esta técnica es de crítica, en tanto entendemos que desde esta perspectiva la situación grupal no es comprendida en su totalidad, sino que la puntería de la interpretación va dirigida a aquél que enuncia un problema que generalmente es considerado personal, no incluyendo en la problemática al resto."* (Pichón-Rivière, 1980, pág.19)

El otro tipo de técnica es la del "grupo centrado en el grupo", en el análisis de la propia dinámica. Esta técnica está inspirada en las ideas de Kurt Lewin, en la que se considera al grupo como una totalidad. No incluyen sin embargo el factor último que señala Pichón-Rivière, la relación sujeto-grupo, verticalidad-horizontalidad, originando así los *"grupos centrados en la Tarea"*.

Para Pichón-Rivière la *Tarea* es lo esencial del proceso grupal, por lo tanto en esta caracterización se dan los tres tipos: a) centrados en el individuo, b) centrados en el grupo como un conjunto total, y c) los grupos centrados en la tarea, aclarando que no es lo mismo tarea que grupo total.

La idea es abordar a través del grupo, centrando en la tarea, los problemas de la tarea, del aprendizaje y los problemas personales relacionados con la tarea, con el aprendizaje. Lo que se intenta realizar en esta investigación es un aprendizaje que tiene carácter grupal. El grupo se propone una tarea, y la tarea es el aprendizaje, o el retrabajo, en este caso, de las actividades musicales. Es decir, en grupo de tarea se trabaja, o se reaprenden, o se aprenden finalmente como totalidad, estos contenidos. Esto se realiza en grupo con las implicancias personales que van incluyéndose en el proceso. Se reitera que hay una diferenciación clara entre los grupos centrados en el individuo, centrados en el grupo y centrados en la tarea.

El eje de la tarea hace de esta técnica un instrumento útil para cualquier clase de trabajo. En la presente investigación, la tarea es planteada desde el inicio del taller de música, y absorbida y retrabajada en cada sesión. Así se cumple con todas las reglas del aprendizaje en su totalidad: un aprendizaje global, total, y fundamentalmente de *carácter social.*

Lo anteriormente mencionado sobre la diversidad de técnicas grupales señala el carácter diferencial del Grupo Operativo, por el hecho que no está centrado en el grupo como totalidad, sino en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. Es decir, el vínculo fundamental, establecido o a establecer, es la relación entre el grupo y sus miembros con una tarea determinada, dejando un poco de lado los problemas personales del grupo centrado en el individuo, y los problemas totales, que están incluidos también como suma de partes, de individuos que enuncian aspectos personales en forma global. Entonces lo esencial es esta diferenciación: lo que es *tarea*, lo que es *grupo,* lo que es *individuo*.

"El nombre de Grupo Operativo proviene de allí, en realidad es una denominación que he puesto a este tipo de grupos, porque nacieron en un ambiente de tarea concreta." (Pichón-Rivière, 1980, pág.20)

"¿En qué consiste esta técnica? Se puede decir que en dos aspectos fundamentales: el aspecto manifiesto, explícito, y el aspecto implícito, o latente. En ese sentido nos acercamos a la técnica analítica que es en realidad hacer conciente lo inconciente, o sea hacer explícito lo implícito. Desde un punto de vista técnico se parte generalmente de lo explícito para descubrir lo implícito, con el fin de hacerlo explícito, y así en un continuo movimiento espiralado." (Pichón-Rivière, 1980, pág.21)

Pichón-Rivière define la *Tarea* de la siguiente manera*: "Consiste en el abordaje del objeto de conocimiento, que tiene un nivel explícito o manifiesto de abordaje. Pero en este plano explícito de la ejecución de la tarea o tratamiento del tema, surgen ciertos tipos de dificultades, de lagunas, de cortes en la red de comunicación, montos de exigencia que aparecen como signos emergentes de obstáculos epistemológicos. Lo esencial es esto: que en lo explícito de la ejecución de la tarea, o del tratamiento del tema se dan cierto tipo de dificultades, (las dificultades típicas o lagunas, o cortes en la red de comunicación), y grados de exigencia que aparecen como signos, como emergentes de lo que nosotros denominamos obstáculo epistemológico. Esto es, sería un obstáculo en la visión de un conocimiento cualquiera."* (Pichón-Rivière, 1980, pág.21)

Este obstáculo o dificultad de abordaje denuncia una actitud de resistencia al cambio, y permite acceder al centro de la cuestión: el obstáculo epistemológico centra las resistencias al cambio, y la tarea es justamente promover un cambio (en sentido grupal) operativo (cambio de una situación a otra), en que lo explícito tomado como manifiesto se interpreta hasta que aparezca algo nuevo, un nuevo descubrimiento o un nuevo aspecto de la enfermedad.

Este obstáculo o dificultad de abordaje, tal como se ha dicho, denuncia una actitud de resistencia al cambio, si se considera que la enfermedad mental o las dificultades sociales de cualquier tipo van acompañadas de una resistencia al cambio. En esta investigación se trabaja con pacientes psicóticos, y es precisamente el enfrentamiento del obstáculo, para curar, lo que da la dirección de la tarea.

En el paciente no existe muchas veces la voluntad de curarse, sino que se da la resistencia al cambio, por un estado particular creado por él: una vez que está en una situación psicótica, por ejemplo, trata de no cambiar de esa situación por una actitud constante de resistencia al cambio, y es sobre ésta que se trabaja permanentemente.

Analizando el porqué de la resistencia al cambio y qué significa el cambio para cada uno, se puede ver que existen en realidad dos miedos básicos en toda patología y frente a toda tarea a iniciar. Son los dos miedos básicos con los que se trabaja permanentemente: El *Miedo a la Pérdida y El Miedo al Ataque*. *"Los pacientes viven el miedo a la pérdida de lo ya adquirido, de las defensas neuróticas establecidas. Es decir que en el fondo hay un no querer curarse y es el enemigo fundamental de la terapia. Nuestra operación es entonces trabajar sobre el miedo a la pérdida en caso de cambio, porque están puestos en una situación de cambio. Ahora bien, hay que estudiar porqué el cambio tiene esta significación. Es decir, que de los dos miedos, el miedo a la pérdida fundamentalmente esta relacionado con la pérdida de los instrumentos que ya utilizan como enfermedad para lograr una adaptación particular al mundo. Es decir que en esas condiciones se sienten más seguros por haber aprendido el "oficio" de enfermo, que no quieren cambiar por otra situación, que les crea una ansiedad muy grande y que frena el cambio."* (Pichón-Rivière, 1980, pág.22)

El análisis sistemático del miedo a la pérdida, permite concebirlo de la siguiente manera: consiste en sentimientos o temores de perder, por el cambio, la situación previamente lograda, como si la situación previamente lograda de enfermedad estuviera significando una seguridad para el sujeto.

Por otro lado, el miedo al ataque, que realmente es lo que más se observa directamente, significa que, por el hecho de haber cambiado, el sentimiento de pérdida crea una nueva situación en el paciente, una nueva ansiedad, un motivo de la resistencia al cambio, que es el miedo al ataque. Y el miedo al ataque consiste o proviene del sentimiento de encontrarse sin instrumento ante la nueva situación, con la consiguiente vulnerabilidad. Es decir, que aumenta el miedo del paciente por haber perdido sus defensas neuróticas, o sus defensas psicóticas en este caso, lo que constituye una resistencia al cambio. Aquel paciente apela a todas las resistencias, a sus técnicas neuróticas o psicóticas, que surgen de una situación de resistencia al cambio por sentir miedo ante la falta de instrumentación que lo proteja después del cambio, o al iniciarse el cambio.

Entonces el miedo a la pérdida es el sentimiento de perder lo que ya se posee, y el miedo al ataque es el sentimiento de encontrarse indefenso ante un medio nuevo, sin la instrumentación capaz de protegerlo. Así se puede pasar, por así decirlo, por todos los cuadros de la neurosis o psicosis, entendiéndolos en términos de los dos miedos básicos, y cuya comprensión va a orientar casi toda la tarea.

La *Tarea* consiste en resolver las situaciones estereotipadas y dilemáticas que surgen de la intensificación de estas ansiedades en la situación de aprendizaje, en este caso, de las actividades musicales. Se entiende la dificultad a curarse o la resistencia a curarse, como perturbaciones del aprendizaje. Es decir, el paciente se enfrenta con algo nuevo que tiene que aprender, lo que implica que debe abandonar lo anterior para poder aprender. Ese es el dilema que tiene que resolverse: resolver estas situaciones que están fijas, estereotipadas, etc., y que se denominan dilemáticas, no dialécticas, que surgen por la intensificación de las ansiedades ante la situación que se da en el aprendizaje.

6. Musicoterapia.

El siguiente material ha sido extraído del "*Diccionario de Psiquiatría"*, de Raymond Battegay, Johann Glatzel, Walter Pöldinger y Udo Rauchfleisch, del año 1989.

Su inclusión en el presente trabajo se debe a que en esta investigación se utiliza la música para el tratamiento de la Esquizofrenia, y se han adoptado algunas técnicas de la Musicoterapia. El autor de este texto, Gerhart Harrer, explica qué se entiende por Musicoterapia, y describe algunas de sus técnicas, así como las diferentes modalidades que conforman esta disciplina, a saber: *Musicoterapia individual, musicoterapia en grupo, promoción de creatividad, musicoterapia activa, musicoterapia receptiva*.

"Se entiende por Musicoterapia la aplicación sistemática y deliberada de la música, partiendo de ciertas ideas teóricas y experiencias prácticas, a fines terapéuticos, a la mejora del estado corporal y psíquico de los enfermos que sufren trastornos somáticos, psíquicos o espirituales y el fomento de su reinserción social. Especialmente en colaboración con otras formas de terapia, la musicoterapia puede contribuir a la activación emocional, a la regulación de las tensiones, a la toma de contacto y al incremento vivencial, utilizando la música como medio de comunicación en forma receptiva o activa." (Harrer, 1982; *en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989, pág.332*)

La musicoterapia constituye un método psicoterapéutico que suele aplicarse en el marco de un concepto terapéutico global. El musicoterapeuta debe poseer, según esto, además de la formación musical adecuada y familiaridad con los métodos musicoterapéuticos especiales, unos conocimientos sólidos en el campo de la psicología médica y en psicoterapia.

Hay que delimitar la musicoterapia frente a la pedagogía musical curativa, con su ámbito de tareas rehabilitadoras, y frente a la pedagogía musical, que persigue la educación mediante y para la música.

Schwabe (1982; *en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989*) destaca cuatro fines en la musicoterapia:

1. Activación y desencadenamiento de procesos emocionales. Se intenta un enfrentamiento interior con conflictos patógenos mediante adecuadas asociaciones musicales.

2. Activación y desencadenamiento de procesos de comunicación social mediante la *"técnicas de interacción no verbal"*. La música fomenta con su honda expresividad emocional el encuentro y el entendimiento interhumanos sin el apoyo de la palabra.

3. Recuperación o creación de intereses; intensificación de la capacidad estética. La experiencia de la música puede contribuir a una ampliación y profundización de las vivencias que favorecen la creatividad, promoviendo un estilo de vida positivo, corroborador de la personalidad.

4. Regulación de desarreglos psicovegetativos. No se trata aquí, como en los fines antes mencionados, de un punto de apoyo centrado en la personalidad, sino del aspecto sintomatológico. Se ofrecen al paciente, en primer término, modelos de conducta ejercitables, para poder influir en sentido favorable incluso sobre funciones neurovegetativas autónomas, como la respiración, la actividad cardíaca, etc.

Investigaciones sistemáticas llevadas a cabo durante varios años sobre los efectos de la música en los procesos neurovegetativos (Harrer, 1982; *en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989*) han dado los siguientes resultados sobre la correspondencia entre el efecto vivencial y los "fenómenos de expresión corporal" **:**

a) Las modificaciones neurovegetativas que se manifiestan en la actividad musical son mucho más intensas que en la mera audición de la música, independiente del gasto energético.

b) La naturaleza y la proporción de las reacciones a nivel neurovegetativo dependen en gran medida de la actitud que adopte el sujeto estudiado frente a la pieza musical que se le ofrece. Muestran su mayor eficacia cuando el sujeto se entrega plenamente a la música y se reducen o desaparecen cuando el sujeto adopta una actitud exclusivamente crítica ante la música.

c) Hay piezas musicales que pueden tener especial eficacia sobre el sistema cardiocirculatorio, la respiración o el tono muscular y que son en ese sentido "organotrópicas". Estos efectos interfieren con las diversas reacciones neurovegetativas individuales a los estímulos emocionales.

Investigaciones de Chr. Frank (1982; *en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989*) y otros han mostrado que se pueden lograr una igualdad de frecuencias o una sincronización de ritmos biológicos (frecuencia del pulso y de la respiración) con el compás musical, ofreciendo piezas de cadencia marcada, ritmos de tambor, etc., en condiciones favorables, como son una reactividad neurovegetativa suficiente y un efecto vivencial profundo.

5.1. Formas de la Musicoterapia.

Cabe distinguir fundamentalmente una musicoterapia pasiva – o, más exactamente receptiva – y otra activa. En la musicoterapia receptiva, el factor principal consiste en el despliegue del efecto emocional y en un modo concentrado de escuchar, y en el ejercicio de la capacidad de entrega (Geller, 1973; *en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989*). Pueden utilizarse instrumentos (por ejemplo, piano, clavicordio, espineta), o bien discos o grabaciones magnetofónicas.

Suele preferirse, sin embargo, la musicoterapia activa: ésta puede ser productiva (creación propia) o reproductiva (ejecución de composiciones ajenas). La musicoterapia productiva trabaja con improvisaciones libres, sin presuponer el dominio técnico de un instrumento. Su valor reside sobre todo en la promoción de la creatividad y productividad, de la reacción espontánea hasta la posibilidad de liberar sensaciones y emociones que se expresan simbólicamente. Esto contribuye esencialmente a intensificar la elaboración de vivencias. Este es precisamente el uso que de la música se hace en los talleres implementados en la presente investigación.

Tanto la musicoterapia activa como la receptiva pueden realizarse como terapia individual o de grupo. La individual debe aplicarse sobre todo cuando los pacientes, por ejemplo enfermos introvertidos, autistas o negativistas, necesitan de cuidados individuales intensivos o cuando, por otras razones, no es posible el tratamiento en grupo. La musicoterapia en grupo se presta sobre todo para la superación y eliminación de trastornos de contacto y comunicación. Son éstos los objetivos perseguidos, en la presente investigación, a través de las actividades musicales.

La musicoterapia puede combinarse con otras formas de psicoterapia. Ha dado buenos resultados la combinación con psicoterapia analítica, terapia de la conducta, ejercicios de relajación, fantasía catatímica, terapia del movimiento y del cuerpo, psicodrama, psicoterapia mediante artes plásticas, etc. (Strobel y Huppmann, 1978*; en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989*).

Cabe esperar resultados favorables con la musicoterapia, sobre todo, en casos de psicosis, en enfermos e impedidos crónicos, o en niños con lesiones cerebrales o deficientes mentales (Lecourt 1977, Strobel y Huppmann 1978, Curic 1981, Harrer 1982; *en Battegay, Glatzel, Pöldinger, Rauchfleisch, 1989*).

La musicoterapia está considerada en general como un enriquecimiento básico del arsenal de medidas psico y socioterapéuticas de que se dispone.

7. El Musicoterapeuta y la Musicoterapia.

Este material ha sido extraído del libro *"La Nueva Musicoterapia"* de Rolando Benenzon, del año 1998. Su autora, Gabriela Wagner, musicoterapeuta, hace una descripción de esta disciplina y explica algunos de sus conceptos teóricos. Los talleres de música implementados en esta investigación se han influenciado con aportes de la Musicoterapia para diseñar las actividades musicales.

En principio, es posible referirse a los *musicoterapeutas* como profesionales especialistas en el uso de la música, el sonido, el silencio y el movimiento con fines terapéuticos. *"Este uso es tan antiguo como la humanidad misma pues el hombre es cuerpo, sonoridad y movimiento. La sonoridad y la rítmica de los seres humanos se entrelazan con la sonoridad y la rítmica de otros seres vivientes, así como con los de la naturaleza en general. El mundo de la palabra, de la música, de la plástica, de la danza surge desde capacidades creativas inherentes al ser humano."* (Wagner; *en Benenzon, 1998, pág.35*)

Toda propuesta terapéutica implica una visión de sí mismo y de los otros. Aún cuando no se explicite esta relación, en todo modelo de tratamiento hay un concepto de ser humano, una cosmovisión, así como una comprensión de lo que es salud y enfermedad. En la actualidad se puede afirmar que la musicoterapia se nutre por sobre todo de las investigaciones que tienen como objetivo el estudio del *"complejo sonido-ser humano-sonido"*, desde el punto de vista fenomonológico, neuropsicológico, cognitivo y psicodinámico. Sobre estos pilares se construye una práctica profesional que es resultante de una interrelación de discursos. Los diferentes "saberes" convergen en un campo de indagación científica que abarca todos los aspectos de la interacción sonoro-musical con fines terapéuticos.

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

El marco referencial teórico de los musicoterapeutas puede variar. El musicoterapeuta se desempeña teniendo como referencia un cuerpo teórico interdisciplinario, poniendo sus conocimientos específicos en función del logro, objetivos no musicales, que surgen de la convergencia de los diversos abordajes que ofrece un equipo de rehabilitación en particular. La musicoterapia se sustenta entonces sobre una visión del ser humano que debe tener en cuenta que la interacción córporo-sonoro-musical lo involucra como una unidad bio-psico-social y espiritual. Si bien hay coincidencias y divergencias en musicoterapia, se puede percibir una constante detectable a primera vista: *"el hacer"*. Se considera que este *"hacer"* tiene como eje la interacción terapéutica córporo-sonoro-musical .

Los musicoterapeutas utilizan la música y sus componentes inherentes, el sonido, el silencio y el movimiento, como recursos esenciales para el logro de objetivos terapéuticos, tanto a nivel psicológico como físico, a diferencia de la educación musical, pues en este caso se persiguen *objetivos no musicales.*

Se considera que la actividad musical de por sí no es terapéutica, sino que se convierte en tal cuando se desarrolla en el marco de un proceso musicoterapéutico, con objetivos generales y específicos por lograr, así como criterios para evaluar los resultados, que surgen de la interacción terapeuta-paciente en un encuadre dispuesto para tal fin, y apoyándose en un marco teórico que sustente el quehacer musicoterapéutico.

Existe una gran variedad de posibilidades de incluir la música, el sonido y el movimiento, que se agrupan fundamentalmente en dos grupos:

- Predominantemente expresivos
- Predominantemente receptivos

"La actividad musical desplegada en la sesión de musicoterapia "expresiva" suele denominarse con alguno de los términos derivados de la palabra "improvisación", sugiriendo así un paralelo entre el arte de componer directamente sobre un instrumento en una audición, en una ceremonia religiosa, o en una sesión de jazz, y la posibilidad de ejecutar instrumentos sonoro-musicales durante la sesión de musicoterapia. La musicoterapia se basa en las capacidades humanas que se dan en todos los pueblos y en todos los tiempos. Más allá de las diferencias culturales y el nivel de capacitación, lo que cambia esencialmente es la comprensión de los procesos que ello involucra. La intencionalidad en la selección del material sonoro dependerá del objetivo, y esto último se definirá desde el Encuadre." (Wagner; *en Benenzon, 1998, pág.41*)

"El hacer sonoro-musical cambia su significado desde su intencionalidad. Desde el punto de vista dinámico e individual, ese discurso es producto de la interacción recíproca de fuerzas intrapsíquicas opuestas. Se hace necesaria la interrelación entre el discurso psicoanalítico y el musicoterapéutico para entender que lo que se estudia no son hechos sino procesos de desarrollo, en términos de regresión y progresión. Se recurre a la "asociación libre de ideas córporo-sonoro-musicales" que da lugar a la interacción musicoterapeuta-paciente, musicoterapeuta-grupo, musicoterapeuta-familia." (Wagner; *en Benenzon, 1998, pág.43*)

El marco teórico para la comprensión de los fenómenos observados y vivenciados debe ser construido desde el estudio cuidadoso de la realidad misma de la interacción córporo-sonoro-musical, como hecho inherente al ser humano.

El trabajo musicoterapéutico incluye la hipótesis de que la percepción y la expresión musical permiten un nivel de registro y una conexión con la realidad interna de otra naturaleza que la de los procesos verbales. Un proceso adecuado de integración de ambas posibilidades, verbales y no-verbales, permite una síntesis y un *"insight"* (introspección) que favorecen la toma de conciencia de las propias potencialidades para una interacción creativa con el otro y con su entorno. Esta premisa está a la base del diseño del dispositivo terapéutico implementado en la presente investigación

Dentro de las llamadas *"musicoterapias expresivas"* se encuentra una gran variedad de *"modelos de improvisación en musicoterapia"*, tal como los denomina Kenneth Bruscia (Bruscia, 1987; *en Benenzon, 1998*), que son el resultado de diversas orientaciones teóricas. Se puede afirmar que la acción del *musicoterapeuta en psiquiatría* tiene como eje la comunicación córporo-sonoro-musical vocal, instrumental y corporal en interacción basada en la capacidad de improvisar en forma más o menos libre, con un mayor o menor grado de espontaneidad. La intervención clínica se desarrolla a partir de una comprensión y una resignificación del discurso córporo-sonoro-musical del paciente.

En cuánto al término *musicoterapia,* se debe tener en cuenta que presenta un problema epistemológico, al hacer referencia en forma simultánea a dos campos de indagación interrelacionados entre sí. Por un lado, como ciencia, su objeto de estudio es el *"complejo sonido-ser humano-sonido"* así como la búsqueda de elementos de diagnóstico y métodos de intervención derivados. Por otro lado, este mismo término es utilizado para definir un proceso terapéutico específico, predominantemente sonoro-musical, tendiente a colaborar en la superación de síntomas patológicos. Para definir el campo de indagación científica del cual se nutre la musicoterapia, tal como se lo comprende en la actualidad, se sugiere el término *Sonología*.

La posibilidad de interactuar a niveles *no verbales y pre-verbales,* utilizando el lenguaje córporo-sonoro-musical, permite un abordaje terapéutico que potencialmente puede acceder a niveles regresivos, de manera de incidir en aspectos estructurales de la personalidad.

Se interviene desde la hipótesis de que el uso creativo de la música es un recurso que facilita, *a modo de técnica intermedia*, el camino hacia los objetivos terapéuticos propuestos. Por ejemplo, el uso creativo de la música en terapias grupales. En este caso, la técnica esencial es la psicoterapia de grupo, donde la inclusión de lo sonoro-musical es un elemento integrado a las técnicas verbales utilizadas y donde la "intervención terapéutica" se da a nivel de la semántica de la palabra. Este es precisamente el caso de la presente investigación. El dispositivo terapéutico implementado en la Comunidad Terapéutica

Diurna de Peñalolén es un dispositivo de modalidad verbal, es decir, de *terapia a través de la palabra*. La música se utiliza para facilitar la transición desde la comunicación no verbal hacia la comunicación verbal, es decir, la verbalización de la experiencia emocional de los pacientes durante las actividades musicales.

Para hablar de *musicoterapia* propiamente tal, se debe pensar en un encuadre donde la inclusión de lo sonoro-musical no es tan sólo un elemento integrado a las técnicas verbales utilizadas, sino un elemento sustancial de la intervención terapéutica. Las llamadas *"intervenciones terapéuticas"* se hacen a nivel de la semántica del discurso córporo-sonoro-musical. Cabe señalar que, desde esta perspectiva, el dispositivo terapéutico implementado en esta investigación no corresponde a un taller de musicoterapia.

8. Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén.

El siguiente material da cuenta de la institución que brindó la posibilidad de realizar esta investigación. Teresa Huneeus, quién formó parte del equipo que fundó esta comunidad terapéutica, en 1988, relata en su libro *"La Esquizofrenia, Visión Integradora",* la manera como este equipo se insertó en Peñalolén, y en qué consiste el trabajo de esta comunidad.

La Comunidad Terapéutica Diurna (C.T.D.) de Peñalolén surgió como una necesidad. Era un equipo multidisciplinario integrado por dieciocho personas, que formaba parte de un Programa de Atención Primaria en Salud, con énfasis en salud mental. Este programa tenía como contraparte local a la Iglesia Católica, por intermedio de la Parroquia San Roque, que era la sede al comienzo, en 1988.

El programa se encontraba enmarcado dentro del compromiso de la Cooperación Italiana, ONG cuyo objetivo era apoyar el proceso de recuperación democrática en Chile. Esta organización financiaba el programa, y lo apoyaba técnicamente, contribuyendo a la reflexión sobre sus objetivos. Estos se centraban en promover la salud mental desde una perspectiva integradora mediante la asistencia, la prevención, la educación y la participación comunitaria. Estos últimos tres elementos habían estado ausentes de los programas de salud mental durante la dictadura, y por lo tanto, se pretendía apoyar la sistematización de este modelo de asistencia en el sistema democrático chileno que estaba por iniciarse.

Este nuevo proyecto no habría sido posible sin el interés y entusiasmo de los miembros del equipo que participaron en él: el Dr. Andrés Bahamondes, psiquiatra; Loreto Rencoret, terapeuta ocupacional; Giorgio Novelli, fotógrafo y terapeuta corporal; Julia Vicencio, asistente social; Víctor Cantelano, terapeuta ocupacional, y Teresa Huneeus, psicóloga, quién asumió la dirección de la Comunidad.

Ese fue el comienzo. La Cooperación Italiana fue muy receptiva con el Proyecto de Comunidad Terapéutica que este equipo les presentó, y les dio una casa en Peñalolén Alto, en cuya parte de atrás se construyó una pieza multiuso, diseñada específicamente para este trabajo. Así, el 1 de Abril de 1991 fue entregada la casa donde funciona la C.T.D. hasta hoy.

Este proyecto fue desarrollado para ofrecerle a las personas con perturbaciones mentales graves, habitantes de sectores marginales de la comuna, una alternativa a la hospitalización total o al abandono. Se implementó una modalidad de tratamiento que abarca la medicación, la terapia y la rehabilitación psicológica, social, ocupacional, corporal, familiar, la reinserción laboral y la atención en crisis.

Los principios fundamentales que guiaron la C.T.D. fueron:

- Responsabilidad compartida
- Horizontalidad en las relaciones
- Comunicación abierta y grupal
- Democracia en la toma de decisiones
- Permisividad
- Respeto y aceptación

La mayoría de los usuarios tenía un diagnóstico de esquizofrenia, también los había con psicosis afectivas, y psicosis por daño orgánico. Uno de los principios era aceptar, dentro de las posibilidades, a todas las personas, siempre que su crisis fuera tan aguda que les impidiera funcionar en la vida. No se pueden recibir personas con retardo mental severo, psicopatías, ni drogadicción, pues esta manera de trabajar no les sirve.

Se considera fundamental incorporar y apoyar a la familia dentro del tratamiento, pues se ha visto que sin el apoyo de ésta, es muy poco lo que se puede hacer por los usuarios. Se trabajaba con las familias, había talleres de madres, y una Agrupación de Familiares y Amigos de la Comunidad, que se reúne periódicamente, hasta el día de hoy.

De hecho, en 1995, la Agrupación presentó dos proyectos al FOSIS y los ganaron. Ambos siguen funcionando aunque el financiamiento era solamente por un año. Uno es la Pizzería, taller protegido en el cual trabajan algunos de los usuarios y otro es el Hogar Protegido, en el cual viven algunos de los usuarios. Ambos proyectos formaban parte de la Comunidad, y el equipo estaba a cargo de su funcionamiento en lo técnico, lo que produjo bastantes problemas pues no se aumentaron las horas de trabajo remunerado, pero sí el trabajo.

"La forma en que entendemos a nuestros pacientes, nuestro abordaje terapéutico, es tratar a una persona que sufre una crisis psicótica o una crisis crónica, como un ser humano integral, acompañándolo en lo que sea que le esté pasando, y cuidando la totalidad de la persona. Se intenta proporcionarle las características básicas de un ambiente terapéutico; existe en el equipo profesional una disposición humana para comprender y compartir, en la medida de lo posible, el sufrimiento psicológico del otro. Nosotros no ponemos una barrera terapeuta-paciente. Escuchamos al enfermo, tratamos de entenderlo y tomamos en cuenta sus deseos y opiniones." (Huneeus, 2001, pág.202)

Se creó un sistema de Tutorías en el cual cada miembro del equipo se hace cargo de algunos usuarios, de sus proyectos terapéuticos, y de facilitar su inserción en la comunidad. Esto se lleva a cabo por medio de entrevistas semanales.

El proceso de rehabilitación comprende cuatro etapas, las que se insertan en el proyecto terapéutico de cada usuario al ingresar:

- La primera etapa abarca ingreso, diagnóstico, evaluación de potencialidades, secuelas, recursos sociales y redes de apoyo.
- En la segunda etapa se inicia el trabajo de rehabilitación con el desarrollo de hábitos básicos de autocuidado, habilidades sociales, trabajo corporal, preparación laboral, controles psiquiátricos, medicación, terapia de grupo e individual, orientación y psicoeducación a los familiares.

- En la tercera etapa los usuarios pasan a una capacitación laboral externa o al trabajo en el taller protegido, con seguimiento de su evolución y apoyo a los familiares.
- La cuarta etapa se caracteriza por la reinserción laboral y social del usuario.

Todo este proceso toma idealmente 18 meses, adecuándose a los tiempos de cada usuario.

"El objetivo de la rehabilitación es la maximización de la salud, más que la minimización de la enfermedad. Pensamos que cada momento en la C.T.D. debiera ser terapéutico, lo que representa un gran desafío para el equipo." (Huneeus, 2001, pág.205)

IV - OBJETIVOS

El propósito que persigue este trabajo es diseñar un dispositivo terapéutico grupal, el cual utiliza la música para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia. De acuerdo con esto, se describe para la investigación los siguientes objetivos:

1. Objetivo general:

Explicitar y describir la relación que existe entre la música y la palabra, y las posibilidades que ofrece el uso conjunto de la expresión musical y la expresión verbal en el tratamiento de la Esquizofrenia, a partir del desarrollo de un dispositivo terapéutico grupal que utiliza la música para el tratamiento.

2. Objetivos específicos:

Los objetivos específicos contemplados en la intervención terapéutica con pacientes esquizofrénicos son los siguientes:

- Propender a la mejora de las relaciones interpersonales en este tipo de pacientes
- Fomentar el sentimiento de pertenencia al grupo y la cohesividad grupal
- Desarrollar un clima de confianza y contención para los pacientes esquizofrénicos
- Reforzar los vínculos entre los pacientes y el terapeuta
- Fomentar el trabajo en equipo entre los pacientes
- Facilitar la expresión de emociones en los pacientes, a través del trabajo con instrumentos musicales
- Facilitar la expresión verbal de las opiniones personales de los pacientes esquizofrénicos y el respeto por las de los compañeros
- Reforzar la autoestima y la autovaloración en los pacientes
- Desarrollar la comunicación no verbal, a través de la mirada, el oído, los gestos y la sincronización en las actividades musicales
- Desarrollar la comunicación verbal en los pacientes esquizofrénicos

V - METODOLOGÍA

1. Tipo y características de la investigación:

La presente investigación se define como de tipo descriptivo y correlacional. Es de tipo descriptivo dado que se describen conductas presentes en los pacientes con el fin de caracterizarlos, y es correlacional dado que se lleva a cabo una comparación en torno a los cambios conductuales evidenciados por los pacientes a lo largo del período que duró el trabajo terapéutico con ellos.

2. Diseño de la investigación:

Constituye una investigación de diseño cuasi-experimental, dado que el grupo con que se trabajó se define como un grupo intacto, un grupo que ya estaba constituido como tal antes del inicio de la actividad terapéutica musical con ellos. De esta manera, no fueron asignados al azar al grupo, sino que ya venían constituyendo un grupo antes de la intervención.

En términos de las evaluaciones llevadas a cabo, se efectuó una evaluación post-intervención, pero no se realizó una evaluación al inicio del tratamiento.

3. Formulación de hipótesis:

La hipótesis con la que se trabaja consiste en que los pacientes esquizofrénicos sometidos a un tratamiento grupal que utiliza la música, mejorarán significativamente sus conductas de aislamiento social, sus relaciones interpersonales, y la comunicación con las personas de su entorno.

El supuesto a partir del cual se desarrolla esta investigación consiste en que la música posee características particulares que se ajustan muy bien al tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

El arte en general ofrece muchas posibilidades para el tratamiento de las diversas patologías psíquicas, sin embargo, la música en particular, se adapta muy bien a las necesidades del tratamiento de la Esquizofrenia. Siendo éste un trastorno en el que el concepto de autismo adquiere especial relevancia, en el que el aislamiento social y la introversión constituyen uno de los rasgos esenciales y se encuentran presentes durante todo el curso de la enfermedad, un aspecto de especial relevancia en el tratamiento de la Esquizofrenia es el deterioro de la relaciones interpersonales. El fracaso en la capacidad de relacionarse con su entorno se manifiesta en las deficiencias del paciente esquizofrénico para establecer una comunicación fluida y espontánea con los demás.

La música se caracteriza por la importancia que adquiere la comunicación entre los participantes para lograr su realización. En esto se diferencia un taller de música de un taller de pintura o de escultura, por ejemplo, en los cuales los participantes trabajan individualmente, pero en grupo. Es decir, realizan las actividades reunidos en una misma sala, pero no necesitan comunicarse entre sí para llevar a cabo dichas actividades. Estas manifestaciones artísticas no requieren de una eficiente comunicación entre los miembros del grupo, por lo tanto pueden ser útiles para el tratamiento de trastornos en que no esté implicado esencialmente un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales.

Por consiguiente la música otorga la posibilidad de trabajar directamente los problemas de las relaciones interpersonales, a través del trabajo en equipo, y adquiere especial utilidad en los trastornos en que estos problemas son centrales, en particular en el caso de la Esquizofrenia.

4. Definición conceptual y operacional de las variables:

4.1. Variables dependientes:

La presente investigación se basa en los conceptos teóricos con que Eugen Bleuler describe la Esquizofrenia (Ojeda Figueroa, 1981; Chinchilla Moreno, 1996). Desde esta perspectiva, se entiende el trastorno como definido esencialmente por el deterioro de las relaciones interpersonales, los problemas de la comunicación, y el autismo, los cuales forman parte de lo que Bleuler ha denominado *síntomas fundamentales*, que están presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad. Estos *síntomas fundamentales* también incluyen los trastornos de la afectividad y del pensamiento, los cuales no están contemplados entre las variables dependientes de esta investigación.

Las variables dependientes sobre las cuales el trabajo terapéutico realizado en esta investigación pretende intervenir son:

- El autismo, entendido como la incapacidad del paciente esquizofrénico para establecer contacto con el mundo externo. El autismo concierne la relación con la realidad, constituye un desapego de la realidad, junto con la predominancia de la vida interior, compuesta por temores y deseos. *"El término autismo fue creado por Bleuler y traduciría una manera de ser especial de los pacientes esquizofrénicos de retraimiento hacia su interior, mundo interior rico en fantasías, muchas de ellas de contenido autoerótico, y pérdida del contacto con la realidad."* (Chinchilla Moreno, 1996, pág.160). *"Todo en estos pacientes tiene un significado nuevo, están raros, cambiados, se van apartando del mundo real y se van metiendo en un aislamiento progresivo, siendo el sumum el autismo."* (Chinchilla Moreno, 1996, pág.145). El autismo constituye uno de los *síntomas de segundo orden* para Kurt Schneider, quien lo denomina *Perplejidad*. Andreasen, por su parte, lo incluye dentro de lo que ha denominado *síntomas negativos*, en tanto que en el DSM-IV se incluye dentro de los *síntomas característicos* (Chinchilla Moreno, 1996). Operacionalmente, puede ser

definido como la incapacidad del paciente esquizofrénico para relacionarse con la realidad, lo cual se manifiesta a través de una *reacción inadecuada ante las influencias exteriores*, como por ejemplo, la irritabilidad, la indiferencia, etc.

- El deterioro de las relaciones interpersonales, entendido como un empobrecimiento en la capacidad del paciente esquizofrénico de vincularse con quienes lo rodean. *"Con los otros, con los de fuera, las relaciones vinculares están alteradas y destruidas. Al no estar en el mundo se va hacia el caos, habría un debilitamiento del ir del paciente hacia los demás."* (Chinchilla Moreno, 1996, pág.159). *"El paciente esquizofrénico no tiene la capacidad de captar el sentido de la realidad y del mundo circundante de forma adecuada, por lo que no se puede integrar armónicamente a su entorno social."* (Chinchilla Moreno, 1996, pág.153). Kurt Schneider lo incluye dentro de los *síntomas de segundo orden*, en tanto que Andreasen lo incluye dentro de los *síntomas negativos*, y lo denomina *Anhedonia-Insociabilidad.* En el DSM-IV aparece bajo la denominación de *Disfunción social/laboral* (Chinchilla Moreno, 1996). Operacionalmente, puede ser definido como la incapacidad del paciente esquizofrénico para realizar una actividad en la que sea necesario vincularse con otros para llevarla a cabo, es decir, la incapacidad del paciente para trabajar en equipo.

- Los problemas de la comunicación, entendidos como la incapacidad del paciente esquizofrénico para transmitir su experiencia, vivencias u opiniones a los demás, así como para establecer contacto con quienes le rodean. *"En el paciente esquizofrénico prima la fantasía, las distorsiones imaginarias, y el autoerotismo. Se pierde la idea de sí mismo, por la pérdida de su unidad y de la continuidad histórica de su yo, y se empobrece la comunicación con los demás por esa ruptura de su unidad interna, y regreso psicótico a patrones arcaicos."* (Chinchilla Moreno, 1996, pág.158). *"La comunicación verbal y no verbal está alterada: risas, gesticulaciones inadecuadas, paranimias, paratimias, falta de resonancia afectiva, estar como ausente, frialdad, distraibilidad y falta de*

participación en la cotidianeidad." (Chinchilla Moreno, 1996, pág.159). Andreasen incluye los problemas de la comunicación dentro de los *síntomas negativos*, bajo la denominación de *Pobreza afectiva*, manifestada por una escasez de contacto visual, escasez de ademanes expresivos y ausencia de inflexiones vocales, y también bajo la denominación de *Alogia*, manifestada por la pobreza del lenguaje y pobreza del contenido del lenguaje. En el DSM-IV se incluyen dentro de los *síntomas característicos*, bajo la denominación de *Lenguaje desorganizado* (Chinchilla Moreno, 1996). Operacionalmente pueden ser definidos como la incapacidad del paciente esquizofrénico para expresar verbalmente sus propias opiniones, así como para establecer contacto no verbal con quienes le rodean.

4.2. Variable independiente:

En este trabajo de investigación la variable independiente constituye el *Taller de Música*. En la Experiencia piloto la variable independiente se denomina *Taller piloto*, en tanto que en el Taller experimental se denomina *Taller experimental.*

4.2.1. Taller piloto:

En el *taller piloto,* cada sesión tiene una duración de una hora. Los quince primeros minutos se destinan a la elección de un instrumento por parte de los miembros del taller y a la exploración de las posibilidades musicales de éste. En seguida se da inicio a las actividades musicales. El trabajo de cada sesión se supervisa semanalmente con psiquiatra.

En el *taller piloto no* se realizan audiciones musicales, *no* se trabaja con un grupo musical y, en términos generales, *no se persigue ningún objetivo "musical".*

Se trabaja con una serie de instrumentos de carácter lúdico, didáctico, no con instrumentos que requieren conocimientos musicales para su interpretación, tales como pandero, flauta dulce, ocarina, armónica, bongó, xilófono, etc. La idea es jugar. Y en el juego, a través de *Consignas específicas*, intentar la consecución de determinados objetivos relacionados con la comunicación a nivel no verbal, los cuales se explicitan más adelante.

La *Consigna* es el dispositivo técnico en torno del cual se articula el trabajo de cada sesión. Se trabaja principalmente con dos recursos de la técnica musicoterapéutica. A saber, la *Improvisación Instrumental* y el *Diálogo Musical***,** ambos recursos articulados por medio de consignas.

La Improvisación instrumental consiste en tocar un instrumento en el nivel de la experiencia inmediata; la inspiración determina la interpretación directamente. Esta improvisación se articula entonces a través de una serie de consignas, las cuales determinan el *Nivel de estructuración* de la improvisación. La ausencia de consigna da como resultado una *Improvisación libre*.

La sesión usualmente comienza de esta manera: los pacientes *eligen su instrumento* y comienzan a tocar inmediatamente, uno tras otro hasta que todos los miembros del grupo terminan tocando libremente. En seguida se implementa la primera consigna, la cual introduce un elemento que organiza la improvisación en un *primer nivel de estructuración*. Por ejemplo, establecer un *orden de entrada para la ejecución musical*, de acuerdo con la posición relativa de cada uno en el grupo, o tocar incrementando solamente el *volumen desde un mínimo hasta un máximo*, o en el caso de los instrumentos de percusión, incrementando *únicamente la velocidad*.

En seguida se implementa una *Actividad de Imaginería*, en la cual a un miembro del grupo se le asigna el rol de *Director de Orquesta*. El director, haciendo un movimiento ascendente con su mano, determina el incremento de volumen de la música, y el grupo debe entonces ajustar su propio incremento de volumen de acuerdo al movimiento de la mano del director.

Durante el transcurso de la sesión, cada una de las consignas anteriores sigue vigente. La siguiente y última consigna establece un orden de salida para cada uno, nuevamente con relación a la posición relativa dentro del grupo. De manera que en la actividad final los miembros del grupo van entrando de a uno y saliendo de a uno, al mismo tiempo que regulan su volumen de acuerdo al movimiento ascendente de la mano del director. Al final de la sesión la improvisación se ha convertido en una *Improvisación estructurada.*

- *El objetivo específico de esta actividad es lograr el recorrido desde la Ausencia de Estructura hacia la Estructuración.*

El segundo recurso es el Diálogo musical. Se trata de una actividad de imaginería en la cual se simula una conversación con los instrumentos, para lo cual se trabaja con parejas. Comienza uno, toca libremente el tiempo que desee, y entonces le responde el compañero, hasta que decide a su vez detenerse, dándole paso a su compañero para responderle. Lo importante está en escuchar lo que el compañero propone, sin interrumpirlo, para luego contestarle.

En seguida se implementa la primera consigna, la cual trabaja con un *Componente,* o parámetro de la música, el cual dependerá de las características de los instrumentos utilizados. En esta actividad los pacientes *no eligen los instrumentos* sino que el terapeuta los asigna de manera de formar *Parejas de instrumentos afines*. Los instrumentos de percusión pueden trabajar con los Componentes *Volumen* y/o *Velocidad*. Los instrumentos de viento como la flauta, la ocarina y la armónica tienen mayor facilidad para trabajar con la *Duración de la nota*, ya que pueden controlarla con la respiración y el aliento. Los instrumentos como el xilófono y la calimba pueden fácilmente tocar notas que varían desde las más graves a las más agudas. La *Altura tonal* es el Componente con que trabaja esta pareja. La primera actividad consiste simplemente en realizar una *Simulación de diálogo*,

esperando la respuesta del compañero para contestarle. En seguida se implementa la primera consigna, la cual fija y establece uno de estos parámetros de la música para trabajar con él, e introduce un primer nivel de estructuración: Repetir la *Duración* con que tocó el compañero, responderle al mismo *Volumen*, mantener o cambiar la *Velocidad*, son ejemplos de consignas usadas aquí, respetando la disposición inicial de una *Simulación de diálogo*.

- *El objetivo específico de esta actividad es estimular la Comunicación no Verbal.*

En ambas actividades las relaciones interpersonales son moduladas por los aspectos *No Verbales de la Comunicación.* El quehacer musical grupal en general se inserta dentro del marco de la *Comunicación No Verbal*. El trabajo de estas sesiones se influencia con aportes de la Teoría de la Comunicación en lo referente a la comunicación no verbal, elementos que constituyen parte del modelo teórico de la Musicoterapia.

Al finalizar cada una de las actividades, los miembros del grupo expresan sus opiniones con respecto al desempeño propio y del grupo.

En este trabajo el terapeuta tiene dos roles: uno como miembro del grupo, participando en las actividades musicales, y el otro como coordinador de un equipo, articulando el trabajo grupal en torno a la *Tarea, o Meta del taller* : Hacer música, un tipo particular de música. Un trabajo serio, responsable, en el cual cada uno de los miembros es un elemento insustituible y necesario para lograr la consecución de la Tarea.

El Proceso de cierre del taller comienza faltando quince minutos para el término de la sesión. En ese momento se señala la hora, y los últimos minutos se consagran a concluir las actividades, hacer alguna alusión al trabajo de la próxima sesión, una ronda de opiniones y sugerencias, tras lo cual, luego de una última improvisación libre y con un gran aplauso, se cierra la sesión.

El *Encuadre* con que se trabaja comienza a implementarse desde el primer encuentro con los pacientes. El taller ha de ser presentado a los futuros miembros en la Asamblea de la Comunidad, o en la actividad formal que los convoque a todos con relación a las actividades de la Institución. Es ahí donde el terapeuta se presenta, comenta sus experiencias previas, y procede a anunciar formalmente la implementación del taller. De particular importancia es dejar en claro la duración del proyecto, fijando los límites temporales del mismo, es decir, se establece precisamente la fecha de inicio y la fecha de término, los días de la semana y el horario, así como la duración de cada sesión. El Encuadre esta constituido por variables de tiempo y espacio fijas. La experiencia con pacientes esquizofrénicos señala que, tras haber hecho esta presentación formal, el taller*, de hecho***,** comienza concretamente a existir en la mente de los futuros miembros. Un lapso conveniente es presentar el taller unas dos semanas antes de la primera sesión.

El Encuadre permite mantener una distancia emocional respecto de los pacientes, genera un ambiente de confianza y protección, tanto para los pacientes como para el terapeuta. El elemento crucial del Encuadre es organizar las actividades del taller en torno a una *Tarea o Meta*, un objetivo a largo plazo; Una verbalización apropiada podría ser: " *[...] nosotros nos reunimos aquí para conseguir un objetivo específico, un producto musical serio*". De esta manera se canaliza la transferencia hacia la *Tarea*, y no sobre la persona del terapeuta, lo que lo protege y evita el quedar sobrecargado y sobreimplicado, ya que cumple con dos roles dentro del taller, uno como músico que participa de las actividades y otro como coordinador de un equipo.

La experiencia ha demostrado que el taller logra su máxima efectividad con una duración de cuarenta y cinco minutos, para mantener el nivel de concentración, y con un número máximo de diez personas, para así poder mantener la atención flotante por parte del terapeuta y trabajar con un máximo de cinco parejas en el diálogo musical.

El *taller piloto* comprende una serie de actividades musicales, las cuales se describen a continuación:

1.- Improvisación libre: Se caracteriza por la ausencia de consigna. Cada miembro del grupo tiene plena libertad para tocar lo que quiera, o guardar silencio. Su duración es indefinida y depende del grupo.

2.- Improvisación libre estableciendo un orden de entrada: Se introduce la primera consigna, muy simple y clara. Cada participante espera su turno de acuerdo con un orden de entrada preestablecido, hasta terminar tocando todos juntos. En seguida cada uno va terminando su interpretación en el mismo orden de entrada anterior.

3.- Director de Orquesta: Se pide a un participante que asuma el rol de director de orquesta, dirigiendo la ejecución musical de los demás participantes, los cuales deben ajustar su interpretación de acuerdo con los movimientos de la mano del director. El director, subiendo o bajando la mano, determina la variación de ciertos parámetros musicales establecidos al inicio de la actividad. Estos parámetros son los siguientes:

a) Velocidad o ritmo.
b) Volumen o intensidad sonora.
c) Altura tonal, de más grave a más agudo.

Es posible realizar esta actividad en forma grupal o individual, en este caso el director determina la variación de los parámetros musicales para la ejecución de un participante a la vez.

4.- Diálogo musical: Esta actividad consiste en simular una conversación entre dos participantes. Primero comienza a tocar uno, ejecuta libremente hasta que decide terminar y entonces su compañero le responde, hasta que a su vez éste decide terminar, dando paso a su compañero para responderle nuevamente. En esta actividad no se trabaja con ninguna

consigna. Los participantes pueden tocar libremente durante el tiempo que deseen, respetando únicamente la estructura de un diálogo entre dos personas.

También aquí se pueden utilizar los parámetros musicales antes mencionados, para introducir un elemento adicional de estructuración en el diálogo musical. Para este fin se combinan instrumentos afines, con características similares, en que la ejecución de uno determina la respuesta de su compañero, de acuerdo con el parámetro musical utilizado. Los parámetros en esta actividad son:

a) *Duración de la nota.* Para esta actividad se combinan instrumentos que pueden sostener en el tiempo la nota, como por ejemplo la flauta, la ocarina o la armónica. Si el primero comienza con notas largas, por ejemplo, su compañero le responde también con notas largas.

b) *Altura tonal.* En esta actividad se combinan instrumentos que pueden dar notas que van de más grave a más aguda, como por ejemplo, el xilófono, la flauta o la armónica. Si el primero comienza con una nota aguda, su compañero le responde con otra nota aguda.

c) *Velocidad de ejecución.* En esta actividad se combinan instrumentos que puedan variar la velocidad de su interpretación. Los instrumentos de percusión se adaptan perfectamente a este fin, así como también las flautas. Si el primero comienza con un ritmo lento, su compañero le responde igualmente con un ritmo lento.

Otra modalidad del diálogo musical es la representación de emociones a través de la música. El diálogo adopta las características de una determinada clase de conversación, como por ejemplo una discusión, que puede comenzar tranquilamente y progresivamente ir acalorándose. La consigna aquí es simular una conversación en la que los participantes van enojándose de a poco.

Otra modalidad del diálogo musical consiste en una interacción entre un participante y el resto del grupo, en la que comienza el "solista", y luego le responde el grupo de acuerdo con la consigna que se esté utilizando.

5.- Transmisión musical: Esta actividad es similar al diálogo musical. Comienza un participante a tocar libremente, hasta que decide finalizar, luego continúa el compañero sentado a su lado, quien ya no tocará libremente, sino que deberá ajustar su ejecución de acuerdo a la de su compañero con relación a alguno de los parámetros anteriormente mencionados, teniendo libertad para elegir el parámetro que guste. En seguida, y a diferencia del diálogo, ya no le contestará aquél que primero comenzó a tocar, sino que el siguiente participante, sentado a su lado. Éste a su vez deberá ajustar su ejecución de acuerdo con la de su compañero, también en torno al parámetro que desee.

6.- Musicalización de emociones: Se invita a los participantes a elegir una emoción de particular relevancia para cada uno, compartiendo con el grupo su vivencia personal en torno a esta emoción. A continuación cada participante intentará expresar dicha emoción a través de su instrumento musical. En seguida se fomenta una discusión grupal acerca de las percepciones de cada uno con relación a la musicalización de la emoción elegida por su compañero.

4.2.2. Taller experimental:

La segunda etapa de esta investigación fue realizada por un equipo integrado por una musicoterapeuta y dos psicólogos, los cuales cumplen los roles de coordinador y observador.

Este taller consta de seis sesiones de una hora y media de duración, más una sesión de cierre. Las sesiones comienzan con actividades musicales coordinadas por la musicoterapeuta, con una duración de treinta minutos. Enseguida el coordinador dirige una segunda parte, de cuarenta y cinco minutos de duración, en la cual se va a conversar acerca de lo que los pacientes han sentido, pensado e imaginado durante la primera parte. El memorista participa como observador, haciendo anotaciones de lo que se ha dicho. Los últimos quince minutos el observador hace una lectura del registro, para luego conversar acerca de dicha lectura. El equipo se reúne una vez por semana para supervisar el trabajo de cada sesión con psiquiatra.

La primera parte del taller experimental es coordinada y dirigida por la musicoterapeuta. El coordinador y el observador permanecen en silencio. La segunda parte del taller se basa en el modelo teórico de los *Grupos Operativos* (Pichón-Rivière, 1970). La musicoterapeuta no interviene aquí. Desde esta perspectiva el coordinador articula una conversación grupal en torno a la Tarea explícita del taller: la verbalización de la experiencia emocional durante las actividades musicales. El observador toma nota de todo cuanto es dicho por los miembros del grupo, sin identificar a nadie con lo verbalizado, vale decir, realiza un registro del discurso grupal. Los últimos quince minutos, el observador realiza una lectura del registro. A medida que el observador va leyendo, el coordinador le marca los emergentes grupales, los cuales son subrayados en el registro. Una vez finalizado esto, se realiza una segunda lectura de los emergentes subrayados, y el coordinador invita a los usuarios a comentar dichas lecturas, hasta el fin de la sesión, la cual es cerrada por el coordinador.

5. Definición y características del universo:

La población con la que se trabaja consiste en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que reciben tratamiento en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, y que han sido derivados de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Salvador. Los criterios diagnósticos con los cuales trabaja el Hospital Salvador son los del manual DSM-IV.

6. Definición y tamaño de la muestra:

El grupo con el cual se trabaja consta de diez usuarios de la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, todos ellos con diagnóstico de Esquizofrenia, seleccionados por el equipo de la Comunidad de acuerdo a tres criterios, los que se describen a continuación:

- Que tengan control médico regular, una vez al mes, en el Hospital Salvador
- Que asistan regularmente a las actividades de la Comunidad Terapéutica
- Que estén en Tutoría una vez por semana

7. Procedimientos de investigación:

La experiencia del autor con pacientes esquizofrénicos se remonta a 1996, cuando cursaba tercer año de la carrera de Psicología en la Universidad de Chile. Ese año, junto a dos compañeros, se desarrolló un proyecto de investigación con metodología cualitativa, en el cual se pretendía explorar la *Percepción musical en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia*. Para tal efecto se implementó un taller de música en el Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak, con un grupo de diez pacientes esquizofrénicos con tratamiento ambulatorio. Las sesiones comenzaban con una audición musical con material sonoro proveniente de diversas culturas y etnias, diferentes épocas y estilos musicales. Enseguida se invitaba a los pacientes a expresar lo que habían sentido con relación a la música a través del dibujo, para lo cual se les entregaba lápiz grafito y papel. El marco teórico con el cual

se trabajó comprendía elementos de Grafología, Simbolismo y Arquetipos desde la perspectiva de Carl G. Jung, y conceptos de Teoría de la Percepción.

Posteriormente, en el año 2000, toma contacto con la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, en donde lleva a cabo la práctica profesional. Dicha institución trabaja con pacientes esquizofrénicos derivados del Hospital Salvador. Todos ellos tienen tratamiento psiquiátrico y farmacológico al día en dicho hospital y asisten a las diferentes actividades y talleres en la Comunidad de Lunes a Viernes entre las 9:30 A.M. y 1:30 P.M.

El trabajo en la práctica profesional consistía en realizar, bajo la supervisión de una psicóloga de la comunidad, las entrevistas de ingreso, en las cuales se evaluaba principalmente si los pacientes derivados del Hospital Salvador cumplían o no con los requerimientos para el ingreso a la comunidad.

Otra actividad que se desarrolló fue un taller de música. En dicho taller se realizaba una *Audición dirigida*, la cual consistía en piezas musicales cuidadosamente seleccionadas que se les presentaba a los pacientes *(Usuarios de la Comunidad)* al comienzo de la sesión, haciendo referencia al contexto sociocultural en que se insertaba la pieza, así como a la época de la Historia a la que pertenecía y el clima político que se estaba viviendo. A continuación se realizaba la Audición, de una duración aproximada de unos quince minutos. Enseguida se realizaba una conversación grupal, en que se generaba un *espacio de discusión estructurado,* en el cual los pacientes podían expresar sus opiniones y emociones con relación a la música, en un ambiente de confianza y contención. Se trabajaba únicamente con una *Consigna*, la cual consistía en circunscribir los comentarios y opiniones a la pieza musical escuchada. Se trabajaba el respeto por la opinión del otro, la aceptación de opiniones diversas, y el reforzamiento en la expresión de las propias creencias y convicciones.

A continuación, en la segunda media hora del taller, se conformaba un grupo musical con todos los miembros del taller. Se utilizaban las propias potencialidades de los usuarios para desarrollar un coro, en el cual se trabajaba con canciones que ellos mismos

proponían y cantaban espontáneamente. El terapeuta los acompañaba y apoyaba con su propio instrumento musical. Cabe señalar que el autor estudia música desde unos diez años, trabaja con diversas agrupaciones musicales y realiza clases de música con algunos alumnos. Su instrumento es el Bajo eléctrico. Algunos miembros del grupo tenían conocimientos musicales; así, por ejemplo, uno de ellos se ofreció para acompañar algunos temas en guitarra, en tanto otro se ofreció para tocar la flauta dulce. A final de año el grupo tuvo una presentación formal en las Olimpiadas de la Discapacidad Mental organizada por el COSAM de Pedro Aguirre Cerda, ante una audiencia de no menos de cien personas. Fue todo un éxito, el grupo recibió un cariñoso aplauso y fue una importante experiencia para todos.

Desde el año 2001 se agrega a lo anterior el haber comenzado a interiorizarse en el modelo terapéutico de la Musicoterapia, haber asistido al Primer Simposio Chileno de Musicoterapia y la adquisición de material bibliográfico sobre el tema, el cual, cabe señalar, tuvo sus orígenes como disciplina terapéutica en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos hacia los años sesenta. A principios del año 2001 el autor comenzó a trabajar en su proyecto de memoria de título, para lo cual implementó un dispositivo de terapia grupal, denominado *Taller piloto*, en el cual se buscaba la manera de integrar eficientemente la música y la palabra. Este año comenzó a trabajar bajo la supervisión de psiquiatra. El proceso seguido durante ese año, implementando el taller una vez por semana en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén y supervisando luego la experiencia, arrojó importantes conclusiones acerca de la relación entre la música y la palabra. Sin embargo, también surgieron muchas dudas y cuestionamientos acerca de la naturaleza de dicha relación.

Para dilucidar estas interrogantes, así como para corroborar las conclusiones obtenidas durante el desarrollo del taller, el autor se reunió con una musicoterapeuta y un psicólogo con experiencia en terapia grupal, que trabaja desde la perspectiva de los *Grupos Operativos* (Pichón-Rivière, 1970)

A comienzos del año 2002, se conformó un equipo el cual implementó, bajo la supervisión de psiquiatra, un taller de terapia grupal en la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén. Este taller, denominado *Taller experimental*, permitió dilucidar las interrogantes surgidas durante el *Taller piloto*, y extraer conclusiones significativas acerca de la interacción entre la música y la palabra.

El resultado de estas dos experiencias constituye una propuesta de terapia de grupo en la que se utiliza la música para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

8. Obtención de la información y análisis de los resultados:

El *Taller piloto* no cuenta con registros escritos sobre lo ocurrido en las sesiones. El memorista realizó una *Observación Participante*, la cual fue analizada en las supervisiones. Estas supervisiones fueron grabadas en cassette de audio y las reflexiones surgidas en ellas fueron transcritas en el acápite *Análisis de la Experiencia Piloto.*

Las conclusiones extraídas a partir del análisis de los resultados del *Taller piloto*, así como las interrogantes surgidas en el mismo, fueron utilizadas para diseñar un dispositivo terapéutico denominado *Taller experimental.* Estas conclusiones e interrogantes están detalladas en el acápite *Conclusiones de la Experiencia Piloto.*

El *Taller Experimental* cuenta con registros escritos de cada una de las sesiones. El equipo realizó una *Observación Participante*, la cual fue analizada en las supervisiones. Estas supervisiones no fueron grabadas en cassette, sin embargo las reflexiones surgidas en ellas fueron anotadas por escrito por el autor, que luego las transcribió en el acápite *Análisis del Taller experimental*.

VI - ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se describe el proceso de análisis de la información obtenida por medio de una *Observación Participante* del quehacer terapéutico durante la *Experiencia Piloto,* y posteriormente durante el *Taller experimental.* Las *Conclusiones de la Experiencia Piloto* sientan las bases para el *Taller Experimental*, el cual entrega finalmente las conclusiones generales acerca de la relación entre la música y la palabra en el tratamiento de la esquizofrenia.

1. Análisis de la Experiencia Piloto.

El siguiente material consiste en la transcripción de las grabaciones en cassette de audio que efectuara el memorista durante las supervisiones del *Taller Piloto*.

Las reflexiones del autor están expresadas por el *Terapeuta*, en tanto que las intervenciones del psiquiatra Dr. Willy Steil Velozo aparecen expresadas por el *Supervisor*.

1ª Supervisión.

Terapeuta: Estoy trabajando con un grupo estable de ocho pacientes, los cuales fueron seleccionados por el equipo de la Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén (en adelante C.T.D.) de acuerdo a tres criterios, primero que participe regularmente de las actividades de la comunidad, segundo que esté al día con su control médico en el Hospital Salvador y por último que esté en Tutoría, la cual se realiza una vez por semana. Llevo un registro de asistencia. Se nombra al inicio de la sesión a los miembros del grupo que están ausentes, para así de alguna manera hacerlos presentes e ir generando un sentimiento de pertenencia al grupo. La idea de mencionar a los ausentes es que quede claro que todo el trabajo del taller está orientado a la consecución de un objetivo a largo plazo, un logro terapéutico al final del taller, y para esto es necesario que todos los miembros del grupo estén presentes y

que de alguna manera se comprometan con su propia mejoría. Por lo tanto yo verbalizo, explicito esta situación, diciendo por ejemplo que hoy faltan tales personas y yo necesito que estén presentes para poder hacer bien mi trabajo, es necesario para que el taller logre su objetivo.

Supervisor: Ahí surge la pregunta: De eso te tienes que hacer cargo tú, o se tiene que hacer cargo el grupo? Me entiendes tú, y tú simplemente señalar. Quizá no es necesario que tú lo digas al comienzo, pero sí en algún momento. Si no tú te estás haciendo cargo de algo que le corresponde a ellos. Te estás echando encima una carga extra. Uno podría pensar que estás sobreimplicado con el taller. Uno se implica, normalmente, pero aquí tú estás sobreimplicado, estás cumpliendo más funciones de las que te correspondería. Podrías hacer lo mismo que estás haciendo, pero tú descansar más en el grupo, apoyarte más en el grupo.

T: ... Bien, la sesión dura una hora. Los quince primeros minutos se da una interacción informal en la cual yo voy sacando los instrumentos musicales y cada usuario va eligiendo el suyo y explorando sus posibilidades. Enseguida se da comienzo a la sesión. Ahora los usuarios mismos se encargan de tener la sala dispuesta para el taller antes que yo llegue, con las sillas ordenadas y todo listo.

S: Quince minutos que son los que tú usas para ir sacando los instrumentos, y ellos los van eligiendo.

T: En las actividades musicales de improvisación libre, es libre la elección del instrumento. En las actividades estructuradas soy yo quién asigna los instrumentos.

Me gustaría que pensáramos un poco sobre una situación particular que se ha dado varias veces. Al inicio de la sesión, acercándose el final de los quince primeros minutos, algunos usuarios salen a fumarse un cigarrillo, justo cuando la sesión va a comenzar, generando un clima de tensión. O piden permiso para ir al baño a la mitad de la sesión, o se ponen a conversar entre ellos. Yo siento que me están poniendo en jaque, que están

probando hasta dónde pueden llegar en su relación con la autoridad del terapeuta, un juego de transgresión de la Norma y de comprobar el uso del poder por parte del terapeuta. Es difícil asumir una actitud frente a estas situaciones. Yo intento no abusar de mi autoridad, pero dejando en claro que no permitiré que el taller se desordene o que no se logren los objetivos por alguna causa ajena al taller. Un ejemplo de esto se dio el martes, un usuario pidió permiso para ir al baño en la mitad de una actividad en la que estaban todos involucrados. Yo le pregunté si podía esperar hasta el final de esa actividad ya que su presencia era necesaria y me respondió que sí, continuó tocando y al término de la actividad salió al baño. Regresó enseguida y esperó que termináramos con la actividad en la que estábamos para volver a su asiento. No he tenido que hacer uso del poder, el taller los convoca de por sí.

Mi actitud en mi trabajo... A veces alguno me pregunta si yo consumo alcohol, o si he probado la marihuana, o traen temas referentes a la sexualidad, o comentarios sobre las terapeutas del equipo de la C.T.D. y yo he de asumir una postura clara frente al tema. Es complicado. Es difícil establecer mis propios límites. En estos casos yo usualmente reconduzco su pregunta a ellos mismos, ... *"¿porqué les interesa hablar de este tema?"*, protegiendo así mi propia persona, pero al mismo tiempo sin abandonar el tema y trabajándolo con ellos.

S: Está ahí la posibilidad de interrogar esa pregunta. Porqué ellos quieren saber de tal cosa. Explorar la percepción que ellos tienen de ti como terapeuta y como ser humano. Quizás ellos quieren hablar de lo prohibido. ¿Se podrá hablar en la C.T.D. sobre el tema de lo prohibido?

T: Claro, está el tema de lo prohibido, hasta dónde pueden infringir las normas de la C.T.D. Cuales son los límites y quién pone los límites, y si estos límites se hacen respetar o no por los terapeutas.

S: Bien... veamos ahora el Encuadre. Tiene que ver básicamente con variables de tiempo y espacio fijas, que el terapeuta tiene que preservar, y ser consistente con ese tiempo

y con ese espacio. La finalidad del encuadre es dar seguridad psicológica. Tu vas a trabajar con la locura y lo que inicialmente se hizo con la locura fue encerrarlos en un manicomio. El atenderlos en forma ambulatoria es algo reciente. El encuadre es un poco como la aplicación de ese manicomio, pero generando condiciones de derecho, donde los pacientes se pueden expresar. Es como un manicomio dosificado. El terapeuta tiene que estar entrenado para permitir que la locura fluya, y luego hacérsela entender al paciente, ayudarle a comprender. Desde la psicología freudiana el encuadre te lo dan las variables de tiempo y espacio fijas, que tu preservas al servicio de tu paciente, pero también de ti mismo. Con una actitud de atención flotante.

T: Reconozco que al principio mi atención no era precisamente flotante, debido a la angustia que me producía estar una hora en sesión con este tipo de pacientes.

S: El otro elemento es la Consigna, la Tarea.

T: Lo que yo entiendo por Consigna es el objetivo específico de una actividad musical. Por ejemplo mantener fija la variable volumen, y las demás variables como ritmo y velocidad pueden ser ejecutadas libremente. O por ejemplo improvisar libremente, pero siguiendo un orden de entrada preestablecido. Cada consigna introduce un elemento de estructuración a la improvisación libre. Durante una sesión se trabajan varias actividades con consignas diferentes. A medida que transcurre la sesión se van combinando diferentes consignas, de manera que hacia el final de la sesión la improvisación se ha convertido en una improvisación estructurada. Se ha hecho el recorrido desde la libertad, o ausencia de estructura, hasta la estructuración.

S: Me recuerda mucho la Terapia Corporal, con consignas del tipo *"caminen por la sala desplazándose hacia la izquierda", "tóquense con los ojos cerrados"*, las cuales van generando al interior de uno una serie de emociones, ideas y recuerdos. Una vez concluida la parte de terapia corporal nosotros nos sentábamos a conversar sobre lo que nos había pasado. Yo no sé si en el caso tuyo existe ese espacio.

T: Eso es algo que me gustaría trabajar contigo. Darle un sentido a esta interacción entre los aspectos no verbales y verbales de la comunicación. A veces hay comentarios y opiniones acerca de una actividad, pero un espacio dedicado a la conversación no existe, por lo menos no hasta ahora.

S: Cómo cierras tú la sesión?

T: Con una improvisación libre y un gran aplauso.

S: Se me ocurre que quizá esto que tú haces es lo menos regresivo, lo menos persecutorio para los pacientes que trabajan contigo. Pienso que si existiese un espacio muy amplio para la palabra, sería posible que emergieran componentes psicóticos.

2ª Supervisión.

Terapeuta: El martes se dio una situación particular que me gustaría pensar contigo. Estaba yo llevando a cabo una actividad musical estructurada, por lo que yo mismo asigné a cada quién los instrumentos musicales. En cierto momento un usuario me pidió el xilófono, y yo tenía pensado que él tocara una flauta, por lo que le dije que en ésta actividad yo prefería que él tocase la flauta, y el xilófono pasó a manos de otro usuario. El problema es que me quedé con la impresión de haber sido muy rígido y muy autoritario en la asignación de los instrumentos, haciendo una discriminación quizá muy violenta entre los usuarios, excluyendo a uno y favoreciendo a otro.

En las improvisaciones libres los usuarios mismos se las arreglan para ponerse de acuerdo en qué instrumento tocará cada uno, el grupo se organiza en forma autónoma. En cambio, en las actividades estructuradas, orientadas a un objetivo específico, soy yo quién arbitrariamente asigno a cada cual su instrumento. Esta asignación arbitraria se sustenta en un plan de trabajo preestablecido para esa actividad particular. Sin embargo a veces tengo la impresión de estar haciendo uso del poder como tallerista, o más bien haciendo abuso de

mi autoridad como terapeuta, imponiendo más que proponiendo. En las actividades estructuradas yo necesito que cada cual cumpla con un rol impuesto por mí, necesario para la consecución del objetivo musical. Es una aplicación del poder. El problema ético que aquí se plantea es que al final de la actividad, cuando el objetivo se ha cumplido con éxito yo no sé si ellos están más curados, más sanos, o mejor sometidos. El dilema ético se refiere al quehacer terapéutico como herramienta del poder. Los pacientes esquizofrénicos están mejor sometidos, o nuestro trabajo apunta a ayudarles a ser más libres? No debemos olvidar que en el pasado la terapia con esquizofrénicos empleaba electroshock y los encerraba, privándolos de su libertad.

Supervisor: En las actividades estructuradas tú asumes un rol más directivo que en la improvisación libre. Tú coordinas un equipo, como un entrenador de fútbol, y desde ese lugar de experto tú decides, *"hoy tú vas a tocar el xilófono"*, de acuerdo a ciertos criterios que justifican porqué a uno le toca el xilófono y a otro la flauta. Ya que en esta actividad van a hacer música de verdad, en serio, ya no es una improvisación libre o un ensayo. Tú estás en un lugar de director de orquesta, y no con personas cualquiera, sino con pacientes esquizofrénicos que son personas que justamente donde han fallado es en ser parte de orquestas.

A medida que transcurren las sesiones y tú empiezas a hablar y vamos supervisando tu trabajo, tú te vas esclareciendo también en tu rol. Entonces la idea es que, sesión a sesión, tú te vayas, de alguna forma, aliviando también. Poder reconocer que esto que tú hiciste de asignar el xilófono, que tú dices fue demasiado duro, no tiene nada de duro. Tú lo consideraste duro. Pero para el grupo fue necesario, fue positivo. Lo vivieron como que aquí hay orden, aquí no estamos simplemente que cualquiera toca lo que quiere, aquí hay una estructura. Uno podría decir que ahí tu reencuadras, tú preservas el encuadre con la autoridad que te dan ellos. Aquí se hace música en serio, de verdad. Eso tiene una connotación terapéutica, la seriedad en el trabajo, ya que ellos no han tenido éxito en las instituciones sociales, aquí estarían teniendo éxito en una institución musical. Por otro lado eso es aliviador porque ellos no están transferenciando contigo. Los pacientes están transferenciando con la Tarea. Entonces resulta que cuando tú asignas un instrumento a un

paciente, tú eso lo estás haciendo en función de la Tarea, no de una decisión tuya. Cuando tú lo vives como algo directivo y autoritario, es cuando aparece la Contratransferencia tuya, tu propia angustia.

Tú eres músico, y además eres psicólogo, eres terapeuta, entonces puedes juntar los dos roles, con honestidad, con consistencia, tratando de tener claro estos dos aspectos. El uno complementa el otro, todavía no sabemos bien cómo, quizá eso es lo que va a salir de esta tesis.

3ª Supervisión.

Terapeuta: Tal como te mencioné en la primera supervisión, por el momento no existe un espacio destinado a la palabra, me gustaría poder implementarlo en algún momento, pero siento que no estoy preparado para manejar el material que ahí pueda surgir, y poder llevar a cabo una adecuada contención.

Por ahora mi trabajo apunta a ordenar y estructurar las dinámicas grupales, *"aquí en el taller venimos a hacer música, pero también se puede abrir un espacio para que cada quién traiga algo personal, y compartirlo con el grupo, sin embargo este taller no está destinado a que ustedes trabajen su conflictiva personal, ese espacio está reservado para la Tutoría"*. Intento dejar claro el objetivo del taller, que no se confundan las cosas. Está la Tutoría y está el taller, en donde venimos a hacer música, tratando de evitar la confusión.

En algunas ocasiones algún usuario me pregunta algo, y entonces yo le respondo mirándolo a él, y yo siento que el grupo en alguna medida se siente excluido de aquella conversación. Entonces, en otro lugar del círculo de usuarios uno empieza a tocar su instrumento notoriamente, y mi impresión es que en alguna medida me está llamando, se está sintiendo excluido y me lo hace saber por medio de su instrumento. Entonces, al finalizar la conversación inicial me dirijo directamente al usuario que supuestamente me estaba llamando y le pregunto si tiene alguna sugerencia o algún comentario, y

normalmente él propone alguna idea de trabajo o da una opinión, lo que corrobora mi suposición. En cierta medida hice una interpretación de su tocar el instrumento como un llamado, un deseo de no ser excluido.

Los mejores logros musicales se obtienen cuando comenzamos con consignas claras, cortas y simples, cuando el trabajo comienza muy estructurado, como un diálogo musical en el que primero uno toca una frase y luego un compañero le responde con otra frase, así, simple, y luego comienzo a agregar consignas lo que progresivamente va complejizando la interpretación musical.

Este martes comencé el taller trabajando la idea de la individualidad. *"Aquí somos uno con nosotros mismos, cada quién tiene su individualidad bien clara, y cada quién decide lo que va a tocar en su instrumento. Yo no le voy a decir a nadie cómo debe tocar su instrumento, eso depende de ustedes, es personal. Cada quién tiene su espacio personal de individualidad. Pero al mismo tiempo estamos en esta sala todos juntos, reunidos en un grupo cuyo propósito es hacer música juntos. Al mismo tiempo que estamos solos con la capacidad de decidir autónomamente qué tocar, existe una red de comunicación grupal que da cómo resultado un producto musical. De manera que cuando ustedes se van para la casa, se van solos, toman la micro solos, y cuando están en su pieza, en la noche, están solos, y la soledad angustia. En ese momento de soledad recuerden la experiencia del taller de música, en el cual están solos, pero al mismo tiempo acompañados, formando parte de un grupo. Llévense para la casa la experiencia de pertenecer a un grupo de amigos. Piensen que todos los martes tienen la oportunidad de compartir un espacio de compañerismo, que existe una continuidad en el trabajo."*

Inmediatamente después que terminé de decir lo anterior, un usuario hizo un comentario sobre su propio sentimiento de soledad, y de su soledad y tristeza durante su última hospitalización.

Supervisor: Es interesante que incorpores, o que del grupo provenga la tristeza. Como que eso los conecta, y los conecta a través de la palabra. Uno podría decir que la experiencia más triste que ellos han tenido es la hospitalización. Tú planteas el tema de la soledad, de la tristeza, entonces ahí surge, y alguien lo toma. Uno podría decir que éste era un tema latente. Tú lo haces explícito y encuentras que de alguna forma hay acogida en el grupo.

T: Así es, pero lo más frecuente es que cuando yo intento hablar, siento que ellos se angustian, y comienzan a bostezar, algunos se levantan y salen de la sala, otros comienzan a hablar entre ellos, y esto a mí me hace sentir muy nervioso, como si quisieran que me callase luego y volviéramos a tocar.

S: Tú igual te vas a sentir tocado por ellos, entonces es la consigna la que te permite que ellos transferencien con la Tarea, por eso dices tú que mientras más clara y precisa y estructurante sea la consigna, obtienes mejores resultados.

T: Cuando intento hablar sobre un tema yo siento que ellos quieren volver a la música lo antes posible, y cuando introduzco una nueva consigna para tocar, ellos comienzan de inmediato, como anulando toda posibilidad de conversación.

S: Quizás ahí tú sientes un nerviosismo, una angustia, y después ellos se ponen a tocar. Se produce entonces la descarga, una especie de catarsis.

T: Claro, ellos quieren tocar, e incluso me ven a mí como un profesor de música, y no como un terapeuta con quién supuestamente deberían hablar y conversar. De manera que no dejan espacio para la palabra.

S: Esto que dices tú que te ponen en el lugar del profesor y no del psicólogo que persigue objetivos terapéuticos... Si lo pensamos en términos de Pichón-Rivière, una de las cosas que está a la base de la enfermedad es la distorsión de la lectura de la realidad, y en ese proceso interviene también el aprendizaje. De algún modo aprendieron a hacer esa

lectura distorsionada de la realidad desde su familia, y por otro lado esto está relacionado también con la comunicación. Comunicación y aprendizaje. Uno podría pensar que ellos van ahí a aprender, por un lado, pero también van a comunicarse, o sea los dos elementos subyacentes a todo proceso de cura. Y tú también estás ahí aprendiendo de ellos, como psicólogo, porque estás pudiendo estar con un grupo de esquizofrénicos que justamente su dificultad es la comunicación, y que se están comunicando a través de un objeto de una complejidad como es la música. Se da también ahí el tema de la amistad. Tienen que cooperar para hacer música. El coordinador de un grupo es como un co-pensor, o sea ayuda a pensar al grupo. Aquí tú estás en un rol de profesor porque tú eres el que sabe de música, y tú también sabes de psicología, entonces ellos van a tender constantemente a ponerte en ese lugar del saber, y para ellos eso es tranquilizador.

Lo otro quizá importante de tu señalamiento, de tu interpretación, es poder mostrarles que eso es algo que pertenece al grupo, como cuando se toca el tema de la hospitalización, por ejemplo. Es un tema que a todos toca. Es como que tú te hicieras cargo de lo más triste, del momento más difícil que puede tener un paciente psiquiátrico. Y luego devolvérselo al grupo, que sientan que ellos participan de esto. Cuando alguien habla de la soledad habla en nombre de todo el grupo.

4ª Supervisión.

Terapeuta: Este martes trabajamos con las emociones. Hicimos una actividad en la que el objetivo era expresar las emociones a través de la música*: "...para conocernos un poco más y tener control sobre nuestras emociones". "Vamos a hacer una ronda en la cual cada uno de ustedes va a pensar y sentir una emoción, se lo va a decir al grupo y después va a tratar de tocarla en su instrumento"*. El primero eligió la tristeza, y luego de interpretarla en su flauta me preguntó si lo hizo bien. Yo le respondí que esa pregunta no se la puedo contestar yo, ya que solamente él puede saber si lo que tocó representa para él su propio sentimiento de tristeza. De ser así la actividad logró su objetivo. Luego otros eligieron

rabia, alegría y temor. Sin embargo, siento que hay una cierta resistencia a trabajar con las propias emociones, como si reservaran ese espacio íntimo para la Tutoría.

Supervisor: Es interesante considerar los aspectos institucionales que subyacen a tu quehacer terapéutico. El elemento institucional determina tu trabajo, ya que éste se inserta dentro de una institución con varios años de trayectoria. La C.T.D. lleva años trabajando, tiene esta instancia que es la Tutoría, en la cual tú observas una relación de dependencia de parte de los usuarios. Por lo tanto la demanda terapéutica depositada en los talleres es menor, ya que gran parte de ella está puesta en la Tutoría. Tú no sientes esa demanda en los talleres, queda excluida, queda afuera, se escinde quizás. Y es interesante también el nombre que se le ha dado a esa instancia, Tutoría, es como si ellos fueran pupilos.

T: Esto que me dices tú me hace pensar en todos aquellos factores institucionales que están operando implícitamente en mi trabajo, y de los cuales yo no tengo conciencia, y sin embargo determinan directamente mi trabajo.

S: Cuando uno realiza una actividad no puede dejar de pensar en la institución en la que la realiza. Si se genera un dispositivo terapéutico que se apoya en un espacio como éste, de supervisión de tu actividad, ya surge la pregunta por la institución, y entonces puedes pensar al respecto.

5ª Supervisión.

Terapeuta: De acuerdo con Eugen Bleuler, aquello que define la enfermedad esquizofrénica son los llamados *Síntomas Fundamentales*, que están presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad, aún cuando deben haber alcanzado cierta intensidad para poder ser reconocidos con certidumbre. Son, por lo tanto síntomas específicos permanentes. Conceptualmente, se oponen a los *Síntomas Accesorios*, que son aquellos que pueden faltar durante ciertos períodos, e inclusive durante todo el curso de la enfermedad. Son por ello síntomas inespecíficos ocasionales.

A pesar de no ser esenciales para Bleuler, los síntomas accesorios dan con frecuencia el sello externo a la enfermedad. Son estos fenómenos accesorios los que poseen mayor significación desadaptativa. Los síntomas fundamentales en cambio, pueden ser poco intensos como para producir alarma y provocar una consulta al especialista.

Siguiendo a Bleuler, tenemos los siguientes síntomas accesorios: alucinaciones, ideas delirantes, síntomas catatónicos y los síndromes agudos. A mi entender, los objetivos que se persiguen en mi trabajo no atañen directamente los síntomas accesorios, ya que de esto se encarga la Psicofarmacología. Sin embargo, creo que el trabajo psicoterapéutico tiene mucho que aportar en relación a los síntomas fundamentales, los cuales, siguiendo a Bleuler, serían los trastornos del pensamiento (o más bien de la asociación), en el que el pensar se vuelve confuso, extravagante, incoherente y quebrado; los trastornos de la afectividad, en el cual comienzan a desaparecer las emociones (el llamado aplanamiento afectivo), destacándose la ausencia de coherencia ideo-afectiva; los trastornos de la voluntad, y el autismo esquizofrénico, que se manifiesta en un aislamiento del mundo exterior, en el que interviene una gran dificultad a nivel de la comunicación. Creo que las actividades del taller pueden ayudar mucho a superar estas dificultades, por lo tanto ya podríamos ir aclarando un poco el trabajo en cuánto a los objetivos específicos a perseguir con el taller.

Supervisor: Claro, los síntomas fundamentales y accesorios... si es que lo vemos desde Bleuler, y Bleuler de hecho está influenciado por Freud, y por Jung básicamente, a través de Jung. Entonces Bleuler hace una interpretación más comprensiva y dinámica de la esquizofrenia, y eso es lo interesante de Bleuler. Además tú estás trabajando con un esquema donde lo farmacológico también está incluido. Lo que hoy en día se ha visto que mejor funciona con los pacientes esquizofrénicos es el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, y familiar o ambiental

T: Entonces ya comienza a estructurarse y clarificarse mi trabajo. Éste se inserta dentro de una institución en la cual el aspecto psicofarmacológico está a cargo de un psiquiatra, y el trabajo comunitario está a cargo de alguien que se encarga de establecer redes con la comunidad, con la familia, con el entorno. Mi rol por lo tanto es la terapia de grupo, situándome en un marco teórico que concibe el tratamiento de la enfermedad a través de la farmacoterapia relacionada con la psicoterapia.

He estado leyendo el Vademecum Farmacológico para saber adónde apunta el tratamiento farmacológico, cuáles son los síntomas que trata cada fármaco en particular, y cuales son los efectos secundarios que cada uno de ellos conlleva, como por ejemplo los síntomas extrapiramidales en el caso de los fármacos más antiguos. De este modo puedo entender mejor cual es mi rol como terapeuta en el tratamiento de la esquizofrenia. La psicoterapia es el complemento de la farmacoterapia.

S: El espacio terapéutico se transforma entonces en un espacio lúdico, de juego. Uno podría pensar en esto del juego como lo plantea Winnicott, con la idea del *Objeto Transicional*. Quizá a través de la música los pacientes logran relacionarse con los otros. En la música depositan muchos aspectos suyos, proyectan. La música esta operando como un objeto transicional, es el intermediario para llegar al otro.

T: Entonces la cuestión ahora es ir clarificando qué aspectos de la esquizofrenia son posibles de trabajar en terapia de grupo.

S: Quizá uno podría pensar que el grupo, y la música, revinculan al paciente, lo vuelven a vincular, consigo mismo, con sus compañeros, con sus emociones. Si ellos expresan su rabia por ejemplo, a través de la música, es como una forma sublimada de expresión emocional, que es mejor que la actuación, entonces se vinculan con su rabia de un modo que no resulta destructivo, o con su tristeza de un modo que no es paralizante, no es caótico, sino que es todo lo contrario. De alguna forma tú les ayudas a que reaprendan a manejar sus emociones, a conocer sus emociones.

Desde Pichón-Rivière se entiende la enfermedad mental como producto de una lectura distorsionada de la realidad, que es fruto de un mal aprendizaje, y de una falla en la comunicación. Entonces tu taller lo que pretende lograr es que ellos lleven a cabo una lectura "real", "verdadera" de la realidad, no distorsionada.

Lo que tú estás haciendo con ellos es, por un lado, que ellos se están contactando con sus propias emociones, pero también se están contactando con el resto del grupo, y van construyendo una idea nueva de grupo.

T: Mucho se habla del déficit comunicacional en la esquizofrenia, como una dificultad para relacionarse con los otros, sin embargo yo pienso que quizá ese déficit comunicacional se da a nivel verbal, porque en las sesiones del taller los usuarios de hecho sí se comunican, y de manera eficiente, ya que de lo contrario ninguna actividad musical tendría éxito. El elemento indispensable para hacer música en grupo es la comunicación no verbal entre los miembros, y ellos de hecho se comunican a través de la mirada y los gestos, por lo tanto queda planteada aquí la cuestión de qué tipo de déficit comunicacional está a la base del trastorno esquizofrénico.

S: Freud planteaba que el esquizofrénico no se contacta con la realidad, el autismo es como una retirada del mundo externo y de los demás. Sin embargo en algunos casos pareciera que no hay una retirada, sino más bien un exceso de comunicación, como la transmisión del pensamiento, pero que no son verbalizadas, son muchas veces actuadas.

T: Los aspectos no verbales de la comunicación son tan importantes como la palabra. Si pensamos en el autismo infantil, éste se diagnostica a partir de la observación del hecho que el niño no juega y no habla y no se relaciona con sus amiguitos. Sin embargo nosotros podemos pensar que este niño de hecho sí está comunicando algo con su rechazo a hablar, está comunicando que algo no anda bien en su dinámica familiar, y está dando cuenta de una necesidad afectiva, una carencia afectiva. Por lo tanto sí comunica.

S: Tenemos entonces el aspecto comunicacional, y además tenemos el aprendizaje. Al mismo tiempo que se están comunicando están aprendiendo, de la música, y están aprendiendo a relacionarse entre sí.

T: De hecho están aprendiendo a relacionarse entre sí, ya que en los talleres existen ciertas normas que regulan la interacción grupal, como por ejemplo guardar silencio mientras habla un compañero, no tocar mientras habla otro, no interrumpir una actividad o a un compañero, respetar la opinión de los demás etc. El grupo tiende constantemente hacia la confusión, al caos, a hablar todos al mismo tiempo. Los límites están confusos. Quizá están probando hasta dónde pueden llegar en su relación conmigo y en qué punto yo voy a intervenir y poner orden. Mi rol entonces es encuadrar, preservar el encuadre y sostener la implementación de las normas del taller.

S: Podríamos pensar que ese caos es el caos del cual ellos provienen, del caos familiar, del grupo interno que trae cada uno. Y ahí lo actúan, lo vuelven a vivir ahí. Y eso es interesante, que lo puedan volver a vivir ahí, en un ambiente protegido, estructurado y ordenado. Dentro de un encuadre. Tú estás dando pautas como para niños muy chicos, como de jardín infantil.

Justamente son los pacientes esquizofrénicos los que más resienten cuando el encuadre no se sostiene. Al darles una estructura, implementar las normas, sostener el encuadre, tú les estás induciendo seguridad psicológica.

6ª Supervisión.

Terapeuta: Me gustaría comenzar hablando sobre la frustración, la frustración a la que se enfrenta el terapeuta que se dedica a tratar la esquizofrenia. Sabido es que el pronóstico en el tratamiento terapéutico con pacientes psiquiátricos no siempre es muy optimista, y esta realidad es bien conocida entre aquellos terapeutas que deciden dedicarse al tratamiento de la Psicosis.

Cómo ya te mencioné en la supervisión anterior, he estado estudiando la influencia de la farmacoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia. La sensación que he tenido en las últimas sesiones es como si quedara muy poco espacio para la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia.

Me ha ocurrido algo interesante de pensar. En el caso de uno o dos pacientes del taller, todas mis observaciones e hipótesis acerca de la evolución de dichos pacientes se vieron drásticamente alteradas en el momento en que cambiaron su tratamiento farmacológico. En especial al cambiar a la Risperidona. He presenciado grandes cambios conductuales y de la personalidad de una semana para otra. Luego se me informa que tal usuario ha cambiado a la Risperidona, lo cual genera un sentimiento de frustración con respecto a mi quehacer terapéutico. Queda la sensación que el terapeuta tiene poco que hacer en ése ámbito, y quizá por eso no son muchos los psicólogos que se dedican al tratamiento de la Psicosis.

Supervisor: La pregunta que tú traes hoy día respecto a los efectos que tienen los fármacos, cómo se integran en una consideración psicológica y social. Porque pareciera ser que los fármacos en cierta forma arrasan con respecto a las otras modalidades terapéuticas, con estos cambios tan sorprendentes. El cambiar la sintomatología de un paciente a través del fármaco es como que dejara todas las otras terapias de lado, con un papel secundario. Lo que aparece como importante es el fármaco.

Sin embargo, si consideramos una persona que está deprimida, y a través de la farmacoterapia tú le quitas los síntomas, se le quita la tristeza. Lo ayudas a escapar hacia la salud, y no a enfrentar los conflictos. Entonces cuando un terapeuta trabaja en conjunto con un psiquiatra busca no eliminar del todo los síntomas, dejar un poco de angustia para poder trabajar, para poder elaborarla. Porque si le quitas completamente los síntomas, ¿dónde queda la interpretación de dichos síntomas? Cómo él entiende eso. Porqué lo hacía, ya que eso tiene una comprensión psicológica además, y social.

En el caso de la esquizofrenia tenemos además a la familia, la hipótesis sistémica deja en evidencia que hay un trastorno de orden familiar en la esquizofrenia. Recuerdo una experiencia en el Peral, en donde se metieron unos psiquiatras de orientación muy biológica, expertos con los mejores medicamentos de su época. Entonces mejoraron a muchos pacientes esquizofrénicos, desde el punto de vista sintomático. Y luego los reinsertaron en sus respectivas familias. Y ahí fracasó todo el proyecto, hubo suicidios, recaídas graves. Yo a muchos pacientes que he visto que les han quitado el delirio, los dejan en el vacío, ya que el delirio tiene un significado psicológico, el delirio es un intento de reinsertarse en la realidad.

Lo que se sabe de la esquizofrenia es que el trauma es muy precoz, y quizá ésa es la vulnerabilidad del psicótico. Entonces en la intervención en la esquizofrenia la familia es uno de los elementos fundamentales. Si no se trabaja con la familia, no hay modificación del escenario en el que se produjo la enfermedad. El fármaco tiene un efecto sobre el paciente, pero no sobre el ambiente que rodea al paciente.

Entonces la pregunta que tú traes hoy es porqué el tratamiento de la esquizofrenia aparece como tan disociado, tan fragmentado. Qué tiene que ver tu intervención respecto a la de los fármacos. Cómo la de los fármacos aparece como asombrosa, y la tuya aparece como una forma mucho más lenta, dificultosa, frustrante, en dónde uno aparentemente no evidencia cambios. Sin embargo uno de los cambios que tú sí has podido evidenciar es la adherencia al tratamiento. Los fármacos operan a través de una relación con el terapeuta, que de alguna manera ayuda a que se conecte con su paciente. Los fármacos que han sido indicados a través de personas, son los que mejor operan, si tú das los fármacos a través de una máquina, por ejemplo, sin una persona implicada, que no haya un vínculo, no se obtendrían los mismos resultados.

Tu experiencia con respecto a psicofármacos ha sido en un equipo, hay gente que está controlando a los pacientes, se está relacionando con los pacientes. Hay una relación exterior a lo biológico. Eso es muy bien recibido por el paciente. Es un espacio en dónde le estás dando dedicación, afecto. Si tú simplemente indicas un fármaco y haces un control

cada dos meses o cada tres meses no obtienes los mismos resultados. El ámbito hospitalario.

Entonces tu pregunta: ¿qué es psicoterapia? Ahí está el espacio. La terapia de grupo inserta en un equipo interdisciplinario sería otro fenómeno que estaría en el nexo entre lo más biológico y lo más psicológico. Si tú tratas al paciente únicamente con el fármaco lo que estás haciendo es sostenerlo con el fármaco, no le estás ayudando a resolver cual es su conflicto con la realidad, con el mundo, con su familia.

El delirio entendido como un recurso de adaptación a la realidad, un intento fallido de adaptación a la realidad, es un intento muy elaborado, coherente y sistemático de adaptación a la realidad, con imágenes, fantasmas, etc. Quizá si el paciente no hubiera hecho eso se habría suicidado, o habría matado a alguien. Algunos pacientes no quieren mejorarse, no quieren salir del delirio, ya de alguna forma se han adecuado al delirio y encuentran que el delirio es la mejor forma de existir. Entonces surge ahí la pregunta de si es válido intervenir y quitarles el delirio.

Todos estos elementos te permiten ir reflexionando sobre lo que es la terapia de grupo a través de la música con pacientes esquizofrénicos. O sea cómo a propósito de tus intervenciones vamos reflexionando acerca de una propuesta conceptual. Eso es lo más importante, va a ser tu aporte, una propuesta de terapia para pacientes esquizofrénicos.

7ª Supervisión.

Terapeuta: Este último tiempo se ha dado un fenómeno interesante de reflexionar al respecto. Los pacientes se han venido progresivamente volviendo más reacios a entrar al taller, el ambiente se ha vuelto más denso y el trabajo se ha complicado un poco. Hay mucha desmotivación frente a las actividades musicales. Especialmente con ciertos pacientes, ya que éste no es el caso de la mayoría del grupo. Con unos pocos pacientes las

actividades musicales se logran fácilmente, no les cuesta nada y yo sentía en las sesiones que ellos no estaban interesados en las actividades musicales y que se aburrían en el taller.

Este martes la situación llegó a tal punto que un usuario se levantó de su asiento, me entregó su instrumento, y salió. Enseguida otro se puso de pie, dejó su instrumento en su silla, y abandonó la sala. Por último, un tercer usuario abandonó la sala.

Los miembros del taller se han ido progresivamente separando en dos grupos. El primero está conformado por pacientes que disfrutan de las actividades musicales, las cuales son un desafío para ellos y les cuesta un poco llevarlas a cabo con éxito. No manifiestan aburrimiento y tocan felices hasta el término de las sesiones. El segundo grupo consigue los objetivos musicales al primer intento, no les cuesta nada entender las consignas, manifiestan desmotivación y aburrimiento, preguntan por la hora, y algunos se retiran de la sala.

Entonces surgió la idea de introducir la Palabra de una manera más sistemática. Ya que hasta entonces el trabajo en los talleres era exclusivamente no verbal. Los aspectos verbales se limitaban a una que otra opinión, breves comentarios sobre las actividades y algunos chistes, pero no existía, hasta el momento, un espacio dedicado a la conversación exclusivamente.

Hasta entonces mi trabajo era similar a la Musicoterapia, según la entiende Gabriela Wagner, en la cual la herramienta terapéutica principal es la música y no la palabra. Pero de alguna manera la desmotivación y la actitud de éstos pacientes difíciles me hizo pensar que quizá lo que ellos necesitan es expresarse de otra forma, además de la música. Surgió entonces la hipótesis de que los problemas que había tenido en los talleres daban cuenta de una necesidad de implementar la Palabra, un espacio para la expresión verbal de la propia conflictiva interna.

Entonces hice una revisión acerca de lo que se había hecho en terapia de grupo verbal con esquizofrénicos, revisando el material recopilado por Nick Kanas. Las

experiencias con grupos de esquizofrénicos describían grupos de discusión centrados en el material psicótico, en el cual los terapeutas estimulaban a los pacientes a ayudarse entre sí compartiendo experiencias y sus propias técnicas para manejar el material psicótico: cómo enfrentan ellos la angustia, las alucinaciones, cómo se han adaptado a los fármacos y a los efectos colaterales. Se describen encuadres de tipo directivo, en los cuales son los terapeutas los que introducen el tema de conversación y dirigen las dinámicas grupales, estructurando las conversaciones y generando un clima de confianza y contención.

He pensado que para cierto tipo de pacientes esquizofrénicos, las actividades musicales, estructurantes y ordenadas pueden ser muy beneficiosas. Para ellos la implementación de la palabra es algo muy ansiógeno, y prefieren tocar música durante toda la sesión. La palabra no tiene cabida ahí. Lo verbal se limita a breves comentarios y opiniones.

Sin embargo, con este otro tipo de pacientes, a primera vista más complicados y difíciles, que se aburren con una sesión enteramente dedicada a la música, creo que la implementación de la palabra puede resultar muy beneficiosa. Si me pongo en el lugar de una persona cualquiera, que no es músico, resulta comprensible que tras dos o tres meses de hacer lo mismo con instrumentos lúdicos surja el aburrimiento. En cierto sentido es más sana su actitud. Es más natural y comprensible su desmotivación. Quizá estos pacientes, que yo en un primer momento consideré más enfermos, por no poder llevar a cabo una sesión completa, están en un nivel superior al de los pacientes que se pasan la sesión entera tocando. Tal vez ellos están más preparados para trabajar a través de la palabra que los otros.

Entonces puse a prueba mi hipótesis e introduje directamente temas relacionados con la enfermedad, y resultó que muchos pacientes se conectaron de inmediato con el tema y se formó un grupo de discusión en torno a la sintomatología psicótica. Me di cuenta que si uno no toca los temas relacionados con su enfermedad, ellos espontáneamente no te los van a comunicar.

En el texto de Nick Kanas, se describe el Enfoque Educativo, desarrollado por Lazell y Marsch en los años treinta. Utiliza técnicas educativas para ayudar a los pacientes a aprender a manejar sus problemas y síntomas más inmediatos. Las sesiones comenzaban con clases sobre la enfermedad y sobre los fármacos. Y a partir de eso se organizaba un grupo de discusión. De manera que implementé un grupo de discusión a continuación de las actividades musicales, invitando a quienes se animaran a participar, y quienes quisieran guardar silencio podían hacerlo si así lo querían. Introduje el tema de la sintomatología e inmediatamente algunos miembros del grupo continuaron la conversación compartiendo su experiencia con el grupo.

Por lo tanto, si las sesiones comienzan con actividades musicales orientadas a fomentar y estructurar la comunicación no verbal, el espacio para la palabra se viene preparando desde el comienzo. La música funciona como un facilitador de la comunicación verbal, la cual surge espontáneamente si el terapeuta introduce con prudencia el material ansiógeno, en un clima de confianza y contención. La música va preparando el terreno para llegar a la comunicación verbal, y poder así trabajar, a través de la palabra, la conflictiva interna del paciente, que de hecho es a lo que van a la C.T.D. Esos temas relacionados directamente con la enfermedad es precisamente lo que ellos necesitan hablar y compartir. Se vuelve necesario y fundamental entonces implementar un grupo de discusión posterior a la música, en dónde se aborden los temas relacionados con el delirio, las alucinaciones, la farmacoterapia y los efectos colaterales, y fomentar la expresión verbal de la experiencia de cada uno, compartiéndola con el grupo. Mi rol es introducir el tema, fomentar una discusión grupal y dirigir la conversación para que no se desvíe del tema. Si yo no intervengo, el grupo por sí sólo no articula una conversación, no surge ningún tema.

8ª Supervisión.

Terapeuta: La implementación de la palabra ha sido todo un éxito, a tal punto que he podido extender la duración de las sesiones de cuarenta y cinco minutos a una hora sin ningún problema. Ya no hay desmotivación e incluso algunos usuarios traen temas propios

o preguntas específicas. La relación entre los usuarios y yo ha ido cambiando también, yo pienso que ahora me atribuyen un saber que los atañe directamente y confían en que puedo ayudarlos con su enfermedad, por el hecho de haber abordado temas que les son de la mayor importancia.

Adopté el Enfoque Educativo de Lazell y Marsch, haciendo lecturas del DSM-IV, del Vademecum, y otros, con un rol más bien directivo, e invitándolos a opinar y preguntar acerca de las lecturas y comentar su propia experiencia.

Yo pensaba que los usuarios de la C.T.D., los cuales llevan varios años de tratamiento, algunos con un historial psiquiátrico de más de diez años, ya conocerían todo lo que yo pudiera mostrarles sobre su propia enfermedad. Sin embargo, a medida que realizaba mis lecturas me fui dando cuenta que estos pacientes con años de tratamiento no tienen claro lo que les pasa y no conocen bien su propia enfermedad. Por lo tanto la motivación por aprender sobre ellos mismos es muy grande. Se fue conformando un grupo de discusión, en el cual se da una conversación que para ellos es significativa. Además es una conversación dirigida, estructurada. Yo dirijo, pero son ellos mismos los que se ayudan entre sí y comparten sus experiencias, es decir yo les atribuyo a ellos mismos un saber sobre ellos mismos.

Por lo tanto, en este momento, concibo el taller como una terapia de grupo que consta de dos modalidades interrelacionadas. La primera modalidad podría definirse como un *Grupo de Actividades Orientadas hacia una Tarea*, en tanto la segunda modalidad podría definirse como *Grupo de Terapia Orientado al Insight*. Dentro de la misma sesión la primera modalidad fomenta y facilita la transición a la segunda.

Supervisor: Lo que está en juego ahí quizá es ayudarles a simbolizar. Lacan considera la esquizofrenia como pre-simbólica, el trauma se produce en una etapa del desarrollo dónde no hay palabras, y eso es una de las cosas difíciles de trabajar con la psicosis justamente. Entonces la música trabaja lo pre-simbólico, para posibilitar la simbolización. Sería

interesante hacer una lectura reflexiva sobre lo que tú estás planteando desde las distintas teorías psicodinámicas de la psicosis.

9ª Supervisión.

Terapeuta: Comienza a clarificarse mi trabajo. Yo no soy profesor de música, no les vengo a enseñar música. En algún momento previo del taller yo consideraba al grupo como un grupo de músicos, que hacían música en serio, y creo que en ese momento eso era útil y tuvo sus efectos terapéuticos. Pero en la actualidad estoy cambiando un poco el foco de atención. Voy a seguir haciendo las mismas actividades, pero ha cambiado el entendimiento que tengo acerca de la utilidad de dichas actividades. Las actividades ya no apuntan a hacer un producto musical serio, como antes. La música ahora es una herramienta, un facilitador para la transición de lo no verbal a lo verbal, de lo pre-simbólico a lo simbólico. La música orientada, entre otras cosas, a la expresión de emociones a través de los instrumentos, prepara el terreno para la posterior expresión verbal de dichas emociones, la cual quizá no sería tan espontánea sin esa preparación previa.

Supervisor: La música trabaja en un nivel pre-verbal, pre-simbólico. Se trabaja con imaginarios, se trabaja con las fantasías. La música va trayendo imágenes, y al momento de verbalizar se pueden compartir con el grupo las distintas imágenes que surgieron en cada uno, se pueden poner en palabras.

(Fin de la última supervisión)

2. Conclusiones de la Experiencia Piloto.

El siguiente material se refiere a las conclusiones que arrojó la *Experiencia Piloto*, así como las interrogantes que surgieron en ella. Dichas reflexiones sientan las bases para el diseño del dispositivo terapéutico denominado *Taller Experimental.*

En un principio el *Taller piloto* se consagraba a la consecución de objetivos estrictamente musicales, entendiendo el proceso terapéutico como el resultado de la implementación y mantenimiento del Encuadre, así como de la realización de las actividades musicales. El encuadre es entendido como la suma de todos los detalles de la técnica. La situación terapéutica abarca fenómenos que constituyen un "proceso", que es el que se estudia, analiza e interpreta, pero incluye también un encuadre, es decir un "no proceso" en el sentido que son las constantes, por ejemplo de tiempo y espacio, dentro de cuyo marco se da el proceso. Es lo implícito, pero de lo cual depende lo explícito (Bleger, 1961). El encuadre, entendido de esta manera, y preservado por parte del terapeuta, da seguridad psicológica a los pacientes, y permite analizar e interpretar las dinámicas grupales, lo que va constituyendo el proceso terapéutico.

El proceso terapéutico también está relacionado con la implementación de las normas del taller. En el trabajo con la psicosis, durante la *Experiencia Piloto*, el conflicto en torno a la *estructuración versus la angustia de la confusión* se aborda con la implementación y mantenimiento de las *normas*. La norma trasciende a pacientes y terapeutas por igual, no es cuestionable y su fundamento es el objetivo mismo de la institución (C.T.D.), es decir la mejoría de los pacientes. Es un ordenamiento social e institucional que se traduce en un ordenamiento del mundo interno del paciente.

El objetivo de cada sesión consistía en llevar a cabo con éxito actividades de carácter musical. Se trabajaba la cohesión grupal, el sentido de pertenencia al grupo, el desarrollo de un clima de confianza y de contención por parte del terapeuta, la posibilidad de expresar las propias opiniones y el respeto por la de los compañeros.

Durante un primer período, no se percibió una clara demanda terapéutica de parte de los usuarios, sino que ellos se relacionaban con el terapeuta en términos de profesor de música.

La experiencia de supervisar el trabajo una vez por semana abrió la posibilidad de percibir los aspectos institucionales que inciden en el trabajo terapéutico y que lo determinan, sin que el terapeuta tenga clara conciencia de su influencia. Los usuarios de la C.T.D. ya tienen varios años de experiencia en la participación de talleres, el encuadre viene dado tácitamente y es respetado por cada uno de los participantes.

El segundo aspecto institucional que incide en el trabajo terapéutico es la estructura de cada institución. En la C.T.D. existe una instancia, la Tutoría, en la cual cada usuario realiza su demanda terapéutica y en la cual se trabaja la experiencia psicótica, la adaptación a la farmacoterapia y una relación de contención y apoyo para el usuario. Las supervisiones permitieron apreciar la influencia que dicha relación terapéutica tiene en los talleres. En la C.T.D. nadie trae espontáneamente temas relacionados con la enfermedad a los talleres, esas temáticas los usuarios las reservan para las Tutorías. Resulta comprensible entonces la sensación del terapeuta de ser percibido como un profesor de música y no como un terapeuta.

A medida que transcurría el año 2001, la dinámica de los talleres fue evolucionando, en gran medida gracias a los aportes del equipo de la C.T.D. y las supervisiones. A partir de cierto momento el taller dio un giro muy importante, con la introducción de la Palabra. De ahí en adelante el taller comenzó a constituirse en un taller terapéutico propiamente tal.

En algún momento del desarrollo del taller, surgió la idea de introducir la palabra, principalmente debido al hecho que después de transcurrido un cierto período de tiempo, el taller ya no tenía el carácter de lo novedoso que tenía en un principio. Algunos usuarios podían estar toda la sesión tocando, sin necesidad de verbalizar la experiencia. En cambio otros se mostraban desmotivados con las actividades que ya conocían muy bien y las cuales realizaban sin dificultad. Surgió el aburrimiento.

En un principio esta situación se consideró como un problema de esos usuarios, es decir, aparecían como más "sanos" aquellos usuarios que se pasaban toda la sesión tocando sin ocasionar ninguna complicación, y dichas sesiones se evaluaban como un éxito terapéutico. En cambio aquellos que demostraban aburrimiento y desmotivación durante las sesiones parecían más "enfermos". Con el tiempo esta situación fue considerada de manera diferente: inversamente a lo entendido anteriormente, se hizo evidente que los usuarios que podían pasar toda la sesión tocando se encontraban en un nivel pre-verbal, en el cual no podían simbolizar la experiencia y verbalizarla en la sesión. De hecho dichos usuarios se angustiaban mucho si se insistía en hacerlos hablar.

Por otra parte aquellos usuarios "más difíciles" realizaban las actividades con más facilidad y comenzó a hacerse evidente que con ellos era posible introducir la Palabra. Más aún, según la opinión del terapeuta, ellos *necesitan* verbalizar la experiencia. De hecho, cualquier persona que no sea músico, después de varias sesiones en la cual únicamente se tocan instrumentos, sin saber bien cómo se hace música, se mostraría desmotivado. De manera que desde entonces ellos fueron considerados "más sanos", contrariamente a las anteriores conclusiones.

En todo caso, la experiencia ha demostrado que la conflictiva psicótica es celosamente guardada por los usuarios y es necesario introducir explícitamente el tema de la enfermedad para que ellos puedan hablar de su situación personal. Sin embargo, una vez ganada su confianza e introducido la temática psicótica, los usuarios mismos traen al taller dudas, inquietudes y comentarios relativos a la enfermedad.

En consecuencia, la música adquiere ahora un carácter "diagnóstico", por así decirlo, siendo muy útil para discriminar el nivel en el cual se encuentra cada paciente. Algunos se beneficiarían mucho con sesiones en las cuales las actividades se ciñen a la consecución de objetivos musicales únicamente, trabajando el sentido de pertenencia al grupo, la confianza para expresar las propias opiniones, el respeto por el otro y la cohesividad grupal. En cambio con otros pacientes la música prepara y facilita la transición

desde la comunicación pre-verbal hacia la simbolización y verbalización de la experiencia a través de la palabra.

Por consiguiente el taller de música adopta ahora una estructura que consta de dos modalidades complementarias. En una primera instancia, al inicio del proceso, la música permite discriminar a los usuarios según su capacidad de simbolización y la posibilidad de elaboración a través de la Palabra.

La primera modalidad consiste en un *"Grupo de Actividades Orientado hacia la Tarea"*, en este caso la música. Los objetivos de esta modalidad son el desarrollo de un clima de confianza y contención por parte del terapeuta, la cohesividad grupal, la expresión de la propia opinión, la expresión de las emociones a través de los instrumentos, el respeto por la opinión de los compañeros, el sentido de pertenencia al grupo, la sensación de continuidad de las actividades a lo largo del tiempo y el trabajo en equipo.

Las actividades se articulan en torno a objetivos musicales, y están orientadas a estimular la comunicación no verbal, a través de la mirada, escuchando lo que propone el compañero en términos musicales, y mediante técnicas de sincronización musical, como por ejemplo, coordinarse para comenzar y finalizar al mismo tiempo la ejecución musical.

Una particularidad que merece mencionarse respecto de esta modalidad, en comparación con el trabajo en otro tipo de talleres, como por ejemplo un taller de pintura, escultura, o un taller laboral, tiene relación con la importancia que adquiere la comunicación entre los miembros del grupo para la consecución de los objetivos. Al trabajar con música, con un equipo de fútbol o un taller de teatro, resulta absolutamente necesario para la consecución de los objetivos el que los miembros del grupo se comuniquen entre sí. El trabajo en equipo se vuelve indispensable y el éxito de las actividades depende directamente de la capacidad de comunicación entre los participantes, a diferencia de otras actividades, en las cuales los usuarios trabajan individualmente, pero al interior de un grupo.

La música en esta primera modalidad cumple la función de fomentar y facilitar la transición desde la comunicación no verbal hacia la simbolización y verbalización de la propia experiencia, lo cual constituye la dinámica de la segunda modalidad del taller.

Por otro lado, la música cumple la función de disminuir la angustia que surge al discutir el material ansiógeno. La conflictiva psicótica analizada en las sesiones genera mucha angustia y ansiedad en algunos miembros del grupo, la cual se vuelve difícil de manejar en ciertos momentos, por lo que es necesario cambiar de tema, en el caso de los talleres verbales. En este taller la angustia es manejada volviendo a las actividades musicales, las cuales actúan en estos casos como un ansiolítico, para retomar la temática psicótica más tarde.

La segunda modalidad del taller consiste en un *"Grupo de Terapia Orientado a la Verbalización de los Temas de la Psicosis"*, en la cual lo central es la discusión de la experiencia psicótica por parte de los miembros del grupo. En esta modalidad el terapeuta adopta un rol más activo, proponiendo temas y estimulando a los usuarios a compartir con el grupo su propia experiencia. Se utiliza el *Enfoque Educativo*, el cual se remonta a los trabajos de Lazell en 1921 y Marsch en 1933, y posteriormente a los aportes de Howard Fenn y Daniel Dinaburg en 1981, los cuales describen grupos de pacientes esquizofrénicos que empiezan con clases relacionadas con los temas de la psicosis, para luego seguir con una discusión en la que se anima a los participantes a relacionar el tema con sus propias experiencias (*en Kaplan y Sadock, 1996*). De acuerdo con este enfoque, el autor realizaba lecturas de textos relacionados con la Esquizofrenia, tales como el manual DSM-IV, o el Vademecum, para incluir material sobre farmacoterapia. A continuación el autor invitaba a los participantes a comentar, desde su propia experiencia, los textos leídos. La conversación era dirigida y coordinada por el autor, quién introducía los temas para ser elaborados por el grupo.

Los objetivos de esta segunda modalidad son la mejoría de las relaciones interpersonales a través de intervenciones en *el aquí y el ahora*, el avance en la comprensión y aceptación de una enfermedad crónica, mostrando a los usuarios que no

están solos con la enfermedad, que existe tratamiento, y explicando diferencias y similitudes entre las diversas manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Otro objetivo de esta modalidad es estimular a los miembros del grupo a compartir sus propias formas de manejo de la psicosis, como alucinaciones e ideas delirantes, e incentivar discusiones acerca de las dificultades en las relaciones interpersonales. La idea es que sean los mismos usuarios los que ayuden a sus compañeros con su propia experiencia, siendo el rol del terapeuta dirigir esta discusión y estimular a los participantes a aconsejarse mutuamente, fomentando el *feedback* grupal en torno al relato de cada uno.

El autor adoptaba un rol activo, de tipo directivo, introduciendo la temática para la conversación. Sin embargo, la inclusión de la palabra aparecía como inconexa de las actividades musicales. No había una relación directa entre las dos modalidades, sino que se pasaba de una a la otra sin continuidad o coherencia entre ambas. La experiencia emocional originada en las actividades musicales no era elaborada en la modalidad verbal.

De manera que la conexión entre la música y la palabra no estaba clara al final de la *Experiencia Piloto*, la verbalización aparecía como disociada de la experiencia emocional originada durante las actividades musicales, los temas de conversación no se relacionaban con las vivencias de la primera etapa. El *Taller Experimental* ha sido diseñado para resolver esta disociación entre música y palabra.

3. Análisis del Taller Experimental.

La *Experiencia Piloto* sentó las bases para el diseño del *Taller Experimental*. Los aspectos más relevantes fueron incorporados en la configuración de la estructura de dicho taller. Entre los aspectos más relevantes incorporados, resulta importante mencionar la distinción de las dos modalidades de trabajo en cada sesión. En la *Experiencia Piloto*, ambas modalidades son complementarias, es decir, durante cada sesión, el trabajo terapéutico pasa de una modalidad a la otra, y viceversa. Sin embargo estas dos modalidades aparecen como disociadas una de la otra, sin conexión entra música y palabra. La modalidad de la *"Verbalización de los Temas de la Psicosis"* generaba cierta ansiedad y angustia en los pacientes, de manera que cuando esta ansiedad dificultaba el trabajo terapéutico se volvía nuevamente a las actividades musicales. Una diferencia importante en el *Taller Experimental,* es que estas dos modalidades se encuentran ahora claramente separadas. La primera modalidad, de actividades musicales, tiene una duración de treinta minutos, tras los cuales se pasa a la segunda, que tiene una duración de cuarenta y cinco minutos. Una vez terminada la modalidad de actividades musicales se pasa a la verbalización de la experiencia, y no se vuelve nuevamente a la primera modalidad.

La primera modalidad descrita en las *Conclusiones de la Experiencia Piloto* ha sido conservada sin mayores modificaciones. Sin embargo, la segunda modalidad, que enfoca ahora el trabajo terapéutico en la *"Verbalización de la Experiencia Emocional de los Usuarios durante las Actividades Musicales"*, adopta una nueva connotación en el *Taller Experimental.*

En la *Experiencia Piloto*, el terapeuta adopta un rol activo, proponiendo los temas, relacionados con el material psicótico, y estimulando a los usuarios a compartir con el grupo su propia experiencia. El rol del terapeuta es *directivo*, en el sentido que es él quién introduce la temática a tratar, y además dirige y orienta la discusión en torno de los temas que ha propuesto. El modelo que está a la base de este enfoque terapéutico es el *Enfoque Educativo* (Kaplan y Sadock, 1996), en el cual se describen grupos que comienzan con

clases relacionadas con temas de la psicosis, para luego coordinar una conversación en torno éstos.

El *Taller Experimental*, en lo concerniente a la modalidad de *verbalización de la experiencia musical*, se basa en el modelo de los *Grupos Operativos* (Pichón-Rivière, 1970). Este modelo trabaja con un coordinador y un observador. El rol del coordinador en este caso es *no directivo*, en el sentido que el coordinador no introduce el material para la conversación, es decir, no propone ningún tema. Por otro lado, tampoco dirige ni orienta la discusión. Su coordinación deja la palabra a los usuarios, y solamente interviene para señalar algún aspecto de la dinámica grupal o para hacer una interpretación en torno a los emergentes grupales.

La información recogida por el equipo durante el *Taller Experimental*, a través de una *Observación Participante* y un registro escrito de cada sesión, fue analizada en las supervisiones. El siguiente material se basa en las anotaciones que realizara el autor durante dichas supervisiones, y comienza con la presentación formal del taller, realizada al comienzo de la primera sesión.

" Esta actividad va a ser coordinada por un equipo constituido por Mariana, musicoterapeuta, Roberto, psicólogo, y yo Alejandro, psicólogo. Este taller consta de seis sesiones de una hora y media de duración, más una sesión de cierre. Se realizará los días jueves a las 11^{oo} hrs. Las sesiones comienzan con actividades musicales coordinadas por Mariana, con una duración de treinta minutos. Enseguida Roberto va a continuar coordinando una segunda parte, de cuarenta y cinco minutos de duración, en la cual se va a conversar acerca de lo que han sentido, pensado e imaginado durante la primera parte. Yo voy a participar como observador, haciendo anotaciones de lo que se ha dicho. Al final haré una lectura del registro, para luego conversar acerca de dicha lectura."

El hecho que se trabaje musicalmente, durante la primera modalidad, probablemente produce que se genere más rápidamente un grupo, en términos de la interacción. Esta interacción de alguna forma se ve facilitada por la ausencia de la palabra. Las cosas no se

nombran, después viene la dificultad de ponerle nombre a esto. Luego se verá cómo surge la palabra.

Desde la primera sesión se aplica el modelo, pero de inmediato surge la noción de que hay una última sesión. Y finalmente una sesión de evaluación, en la que se trabaja con los usuarios lo que les pasó durante las seis sesiones anteriores. Si se piensa desde los *Grupos Operativos,* para que se constituya un grupo se requieren de siete a ocho sesiones. Sin embargo este es un grupo preformado, con el cual ya se han realizado talleres previos. Ya hay una experiencia de grupo. Lo novedoso ahora es que el terapeuta no trabaja solo, sino con un equipo de tres personas.

El otro aspecto relevante de este taller es lo breve, la corta duración del proyecto. Como es un grupo que está contenido por la Institución y las Tutorías, quizá la exploración sería poder unir música y palabra. Arte y palabra. Cualquier actividad en la cual la comunicación entre los miembros del grupo sea indispensable para el logro de la tarea.

En el *Taller piloto*, durante la parte verbal era el terapeuta el que introducía la palabra. A veces leía algún texto, o proponía el tema de conversación. Entonces en cierto modo era el terapeuta el que contenía al grupo, al ser quien proponía los temas, desde su propia palabra. Ahora en este nuevo taller se abandona este enfoque y se deja la palabra a los usuarios. Es el grupo el que va a tener que hablar, y el terapeuta cumple ahora el rol de observador, en tanto que el rol del coordinador es co-pensar con ellos.

Otro aspecto relevante es que pierde importancia el concepto de diagnóstico, y se trabaja con los aspectos sanos de los pacientes. Se trabaja desde la perspectiva de los *Grupos Operativos*, con el concepto de enfermedad única de Pichón-Rivière, el modelo de enfermedad única y grupo operativo.

Ahora bien, si a los pacientes se les dice que van a ser seis sesiones, se preparan para seis sesiones, de manera que lo que puede surgir en este proceso no es demasiado

intenso, ya que se genera menos angustia. Además, este es un ambiente en donde están contenidos.

A diferencia de la experiencia anterior, en donde el autor llegaba temprano y socializaba con los usuarios, en este nuevo modelo no hay conversaciones fuera de sesión, es decir, el equipo llega a la hora del taller, y luego se retira. Todo lo que ocurra, ocurre dentro de la sesión, con el fin de preservar y mantener el encuadre. Todo lo dicho se registra, todo es dicho dentro de la sesión; lo dicho fuera de sesión se pierde y no es posible elaborarlo. Por otro lado, este nuevo proceder protege a los terapeutas, ya que en una conversación informal fuera de sesión el terapeuta se tiene que exponer, mostrar. Queda en cierto modo al descubierto.

Por otro lado, al llegar temprano, el autor se relacionaba con los usuarios individualmente, con uno o dos, a medida que iban llegando. En este modelo todas la interacciones con los usuarios son grupales, cuando ya están reunidos como grupo, al inicio de la sesión. Y esto se relaciona directamente con el trabajo del coordinador, en la segunda parte del taller. Las intervenciones del coordinador no son individuales, sino que van dirigidas al grupo.

Con respecto a la función del coordinador, la *Tarea* es el objetivo central para el cual se reúne el grupo, y consiste en conversar sobre lo vivenciado durante las actividades musicales coordinadas por la musicoterapeuta. El coordinador abre el espacio para la palabra, sin dirigir la conversación, adoptando un rol no directivo, a diferencia del taller anterior.

Las intervenciones del coordinador están orientadas a señalar la dinámica de la interacción grupal, y a la interpretación de los emergentes grupales. Desde la perspectiva de los *Grupos Operativos* (Pichón-Rivière, 1970), un emergente es algún tema que es verbalizado por algún miembro del grupo, el cual estaría ocupando el lugar de portavoz. El calificativo de emergente a eso que alguien dijo, lo da el hecho que en eso dicho se conjuga

lo vertical y lo horizontal. Lo vertical entendido como lo personal o individual, y lo horizontal entendido como lo grupal.

En la segunda modalidad el observador no interviene, sólo hace anotaciones de las asociaciones del grupo. La musicoterapeuta tampoco interviene aquí. Al final de los cuarenta y cinco minutos, el observador lee el registro, y a medida que realiza dicha lectura, el coordinador marca los emergentes grupales, los cuales son subrayados en el registro. La idea es que a través de estos emergentes se vaya constituyendo un discurso grupal. Luego se realiza la lectura de los emergentes. Enseguida el coordinador invita al grupo a conversar acerca de dicha lectura.

Se entiende el proceso grupal, generado por la implementación de actividades musicales, a partir de los conceptos elaborados por Enrique Pichón-Rivière: *"Cuando se está aprendiendo, forzosamente, aunque no del todo conscientemente, estamos abandonando otras maneras de ver el mundo o la realidad, o cualquier cosa que sea vivida como pérdida, y eso da la dirección de nuestro trabajo. Entonces hacemos del grupo operativo un grupo tan terapéutico como puede serlo cualquier otra técnica, por el hecho de que permite aprender. Abandonando las técnicas defensivas anteriores, las defensas psicóticas por ejemplo, el sujeto puede aprender nuevos aspectos de la realidad, que son la realidad concreta y que corrige su anterior visión del medio."* (Pichón-Rivière, 1970, pág.23)

El hecho de ser un equipo, con la posibilidad de apoyarse en los compañeros, permite que sucedan más cosas, sentirse más seguros en sesión. La primera sesión resultó bastante satisfactoria, tanto la parte musical como la parte verbal. Las asociaciones verbales fueron pertinentes, se relacionaban con la experiencia musical, y había un cierta coherencia en el discurso grupal.

El encuadre de alguna forma es algo que ayuda al terapeuta y también ayuda al paciente, pero está al servicio del trabajo terapéutico, es decir, es esperable que el encuadre se rompa, pero la idea es que sean los pacientes los que rompan el encuadre para así poder elaborar esa ruptura. Los terapeutas deben preservar y mantener el encuadre para así poder interpretar las rupturas que hagan los pacientes.

En esta experiencia con pacientes esquizofrénicos se rompe el encuadre, se genera una ansiedad, que no es contenida por el encuadre. Los usuarios se paran, salen de la sala, conversan entre ellos, toman los instrumentos en la parte verbal, etc. Entonces interviene el coordinador, señalando algo que compete decir en ese momento, mostrándole al grupo la ruptura del encuadre. Ruptura que es producto de la ansiedad que genera esta nueva experiencia. Se puede pensar en la introducción de la musicoterapeuta en el equipo como un factor que sexualiza quizá la relación. En el grupo con el que se trabaja hay dos mujeres, una minoría en proporción a los usuarios masculinos. Entonces el hecho que haya una mujer en un rol de coordinadora, como parte del equipo, ostentando cierto poder también, genera un grado de ansiedad. Además es ella quién comienza coordinando la sesión, y participa con ellos de las actividades musicales.

La segunda sesión fue un tanto caótica, por decir lo menos. Los usuarios llegaron tarde, la sesión comenzó con cinco personas. Luego empezaron a entrar. Se paraban, salían, entraban, hablaba cada quién por su lado, simultáneamente. Había solamente un usuario que se centraba en la tarea, que era hablar sobre la música. El inicio de la primera sesión fue bien estructurado, dejando claro en qué consistía el taller y sus diferentes etapas. Esta segunda sesión se abrió sin introducción previa, abordando el trabajo directamente: *"Buenos días, damos inicio al taller"*.

La idea de este trabajo es poder extraer conclusiones acerca de la interacción de la música y la palabra. Las actividades coordinadas por la musicoterapeuta tuvieron un carácter más bien individual, no tanto grupal, sin improvisación libre grupal. Y luego en la parte verbal cada quien hablaba por su lado, no se comunicaban entre sí. Sería interesante

que en la próxima sesión se realizaran actividades musicales grupales, colectivas, y ver que pasa luego en la parte verbal.

Sin embargo, a pesar del caos reinante, el grupo trabajó bien, tocaron temas relevantes. A medida que hablaban, cada quien por su lado, fueron apareciendo los sentimientos. Los sentimientos hacia la sociedad y quienes hacen diferencias con ellos por su enfermedad. También aludían a las cosas que podrían hacer en vez de estar ahí. Estudiar, por ejemplo. Surgió la rabia por la estigmatización que pesa sobre ellos.

En esta segunda sesión, los usuarios hablaban individualmente, no conversaban entre sí. En la parte musical la actividad consistía en que cada uno proponía una serie rítmica, y el resto la imitaba. Cada uno proponía su propio discurso musical al grupo. Luego en la parte verbal cada uno se centraba en su propio discurso, y el resultado era caótico. La verdad es que el equipo permitió ese caos, permitió la locura, ya que no intervenía cuando se paraban, salían, entraban, etc. En cierto modo el equipo permitió la ruptura del encuadre, no pudo preservarlo como equipo. Ansiedad? Identificaciones? Contratransferencia? Esto pone en evidencia la dificultad que significa trabajar con pacientes con esta gravedad. La psicosis genera una desesperación muy intensa en el terapeuta, lo que dificulta su labor de contención y apoyo a los pacientes.

La tercera sesión comienza con una breve reseña de parte del observador acerca de no llegar más tarde que quince minutos, tratar de no interrumpir al grupo, y, en caso que alguien quiera salir, dar una pequeña explicación al respecto.

Si el equipo no interviene con respecto a las salidas, no dice nada en cuanto a las interrupciones y el desorden, y espera que ellos lo verbalizen, no lo van a hacer. Es necesario que el equipo pregunte porqué alguien quiere salir, de manera de instar a ese alguien a verbalizar. Si se considera que el salir de la sala es una vía de escape de la angustia, de la angustia que genera el espacio para la palabra, entonces pedirle una breve justificación de su salida es instarlo justamente a verbalizar acerca de dicha angustia.

Las normas no son arbitrarias, están al servicio del trabajo terapéutico, así como el encuadre. La tarea del grupo es hablar acerca de la experiencia musical de la primera parte, entonces si alguien llega tarde, más allá de quince minutos, ¿cómo va a poder hablar sobre algo de lo cual no participó? La norma tiene su justificación. También está el respeto hacia el grupo, en el sentido de no interrumpir a sus compañeros o tratar de no pararse o abandonar la sala.

La tercera sesión funcionó bastante mejor que la anterior. Fue una sesión tranquila. El grupo trabajó en torno a la tarea, no hubo interrupciones, nadie se paró y el equipo se sintió mucho más tranquilo que la sesión anterior. No había usuarios hablando paralelamente, cada quien por su lado. Había un tema de conversación común.

Se puede reflexionar respecto de la influencia que tuvo el establecimiento de las normas al comienzo de esta tercera sesión. En el registro aparece un comentario de un usuario al respecto: *" Hoy ha sido más productivo, hemos trabajado mejor... puede ser por las normas que Alejandro dio al principio."*

En esta sesión las actividades musicales coordinadas por la musicoterapeuta tuvieron un carácter grupal, colectivo. Tenían que expresarse grupalmente, en una improvisación colectiva. La improvisación fue grabada en cassette, y luego el grupo escuchó su propia improvisación. En la sesión anterior cada uno de los usuarios proponía su propio discurso musical al grupo, y luego en la parte verbal cada quien hablaba por su lado. En esta tercera sesión el grupo se centró en la *Tarea,* con asociaciones coherentes y pertinentes, y se generó un discurso grupal en torno a la experiencia musical.

Fueron surgiendo temas relacionados con sus propias emociones. En un momento una paciente comenzó a hablar sobre su dolor, su sufrimiento y empezó a llorar. Su compañero sentado al lado fue muy cariñoso con ella, abrazándola y dándole su apoyo. En general fueron surgiendo temas complicados y el grupo se movilizó para contener a aquellos que hablaban de su sufrimiento.

Reflexionando un poco acerca de estas dos últimas sesiones, se puede concluir que sería conveniente recordar brevemente las normas del taller al inicio de cada sesión. Darles a los usuarios un poco de estructuración, re-encuadrarlos en cierto sentido.

A medida que transcurrían las sesiones, el equipo comenzó a tener la impresión que el encuadre era demasiado rígido. El autor se sentía incómodo algunas veces en el rol de observador, al ser interpelado por algún usuario y no poder contestarle, ya que quien habla en la segunda modalidad es el coordinador. En la segunda parte la musicoterapeuta y el observador guardan silencio. No contestan a las preguntas dirigidas a ellos. Entonces quizá resulta complicado para los usuarios conversar cómoda y espontáneamente si los terapeutas no tienen esa espontaneidad. Surgió entonces el cuestionamiento acerca del encuadre, el cual era percibido por el equipo como demasiado rígido, demasiado artificial y poco espontáneo.

Sin embargo, el encuadre es justamente algo artificial, es algo creado y diseñado. Esto permite reflexionar respecto de la manera en que el equipo implementa dicho encuadre, y en qué medida la propia subjetividad de los terapeutas interviene en la puesta en práctica del encuadre. Las supervisiones permitieron al equipo vislumbrar la posibilidad que no sea el encuadre el rígido, sino más bien que el equipo lo implementa rígidamente. Tal vez el equipo es más rígido que el encuadre mismo. Quizá esa rigidez pertenezca al equipo, producto de su propia ansiedad generada en el trabajo con pacientes esquizofrénicos.

El *Taller Experimental* consistió en seis sesiones, al cabo de las cuales se realizó una sesión de cierre, en la cual se realizó una evaluación del trabajo durante las seis sesiones. La musicoterapeuta posee una serie de grabaciones en cassette, registros de la producción sonora del grupo. Una idea que surgió para esta sesión de evaluación es que la musicoterapeuta seleccionase algunas de estas grabaciones y las hiciera escuchar al grupo, a modo de devolución. Las primeras grabaciones, realizadas durante la parte musical de las sesiones iniciales, tenían un carácter más bien cacofónico, sin una comunicación fluida entre los usuarios, en dónde no había un ritmo estable, no había armonías ni melodías

claramente definidas. A medida que transcurrían las sesiones la producción sonora fue tomando cada vez más forma, con una comunicación entre los usuarios que daba como resultado una música más armoniosa, ritmos estables que eran compartidos por los instrumentos de percusión, y las flautas producían melodías cada vez más hermosas, siguiendo los patrones rítmicos y generando una atmósfera sonora mucho más coherente. La idea para la sesión de cierre es mostrarles a los usuarios dicha evolución musical. Mostrarles los recursos grupales que fueron generándose a través del trabajo de cada sesión, para que vean que pueden hacer cosas juntos, en grupo.

También surgió la idea de dejar algo del trabajo en la C.T.D. Una grabación que cada usuario pueda copiar y llevársela. Entregar un registro sonoro a la institución que brindó al equipo la posibilidad de trabajar ahí, además de un texto con las reflexiones y conclusiones sobre el taller.

Otro aspecto importante en la sesión de evaluación consistió en mostrarles los aspectos sanos que fueron surgiendo durante las sesiones, las herramientas que el grupo fue desarrollando para trabajar en conjunto. La capacidad de expresar la conflictiva interna y recibir contención y apoyo de parte del grupo mismo. Señalarle al grupo cómo fueron surgiendo las emociones y el dolor, y cómo el grupo fue capaz de trabajar con ese dolor, apoyándose mutuamente, con cariño y amistad.

Durante esta sesión de cierre surgió en algún momento la crítica de parte de los usuarios a la sociedad, a la Comunidad como institución, al taller de música y al equipo como representantes de una sociedad que los discrimina. La institución es vivida como una entidad que tiene un saber acerca de ellos incuestionable, los psicólogos y psiquiatras ostentan un saber que a ellos beneficia, pero junto con esto viene asociada una rabia y un rechazo muy intensos, una ambivalencia en los sentimientos hacia la Comunidad, hacia los terapeutas, y hacia la sociedad en su globalidad.

VII - SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación ha sido diseñar un dispositivo terapéutico que utiliza la música para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

1. Interrogantes.

La música había demostrado, al final de la *Experiencia Piloto*, ser una poderosa herramienta para facilitar la comunicación no verbal, la cual de algún modo influenciaba la comunicación verbal. Sin embargo, la conexión directa entre la música y la palabra no estaba clara al finalizar la primera etapa de esta investigación, surgiendo así la primera interrogante: *¿De qué manera se puede enlazar, consistentemente, la música y la palabra, en el tratamiento de la Esquizofrenia?* El *Taller Experimental* fue diseñado para responder esta primera interrogante, así como para esclarecer y explicitar dicha relación.

Otro aspecto de la práctica clínica que se deseaba explorar era la coterapia, que posibilita la toma de distancia para la observación de las dinámicas grupales, surgiendo así la segunda interrogante: *¿Es útil la coterapia para el tratamiento de la Esquizofrenia, y de ser así, qué modalidad de coterapia se ajusta mejor para este objetivo?*

El encuadre, por lo tanto, estuvo orientado a dilucidar estas dos interrogantes. La primera etapa, de 30 minutos de duración, era coordinada por una musicoterapeuta, y consistía en actividades musicales. Enseguida el coordinador abordaba la segunda etapa, que consistía en una conversación cuyo tema era lo vivenciado durante la primera parte, de 45 minutos de duración, y los últimos quince minutos el observador leía el registro de la sesión.

Durante el transcurso del Taller, el equipo fue teniendo la sensación de que este encuadre era muy rígido, muy poco natural, en el sentido que los dos psicólogos no participaban de las actividades musicales, y enseguida la musicoterapeuta y el observador no participaban de la conversación, y no respondían ninguna pregunta, etc... Esto se trabajó en las supervisiones, lo cual permitió al equipo entender que no era el encuadre el rígido, sino que el equipo mismo el que lo implementaba rígidamente, por razones personales más que de encuadre. Las sesiones siguientes el equipo se fue relajando sin alterar el encuadre, y el taller fue volviéndose más flexible y natural, lo que influyó en el grupo y facilitó verbalizaciones más fluidas y espontáneas de parte de los usuarios.

Cabe señalar que en una oportunidad fue necesario hacer una breve reseña acerca del desorden que había caracterizado a las sesiones anteriores, con salidas y entradas constantes, interrupciones y atrasos a la hora de inicio. La musicoterapeuta se veía obligada continuamente a repetirles que durante las actividades musicales es necesario guardar silencio. En esa misma sesión el grupo se mostró mucho más tranquilo, y se trabajó mejor, con asociaciones pertinentes con el tema, lo cual queda reflejado en un comentario de parte de un usuario: *"Hoy ha sido más productivo, hemos trabajado mejor, puede ser por las normas que Alejandro dio al principio"*. Esto permite reflexionar acerca de la importancia de la implementación de las normas, o las reglas del taller, y se torna necesario recordarlas brevemente al inicio de cada sesión, ya que es sabido que en el trabajo con la psicosis es necesario cierto grado de estructuración y ordenamiento, y las normas cumplen esta función en la medida que su implementación es sostenida consistentemente a lo largo de todo el proceso terapéutico.

La primera interrogante se fue aclarando desde el inicio mismo del taller, y ya el encuadre la respondía en parte. La palabra tenía que enlazarse con la música: ésa es la *Consigna*. La discusión verbal debe tener como tema central las vivencias personales y grupales durante las actividades musicales. Por consiguiente, si alguien se sale del tema, o habla sobre otra cuestión sin relación con las actividades musicales, entonces eso puede ser interpretado y comunicado al grupo para su consiguiente elaboración.

La segunda interrogante se refiere a la coterapia. Los resultados del *Taller Experimental*, los cuales han sido detallados en el acápite anterior: Análisis del Taller Experimental, permiten concluir que la coterapia sí es útil para el tratamiento de la Esquizofrenia. El diseño del dispositivo terapéutico implementado en el *Taller Experimental* se basó en la técnica de los Grupos Operativos (Pichón-Rivière, 1970), y demostró ser de gran utilidad para el tratamiento de este tipo de pacientes. La modalidad operativa trabaja con un coordinador y un observador, el cual no participa en las dinámicas grupales. Esto permite al observador analizar las relaciones entre los miembros del grupo con un distanciamiento emocional, lo que a su vez que facilita el registro de cada sesión. En otras modalidades de coterapia ambos terapeutas coordinan, ambos están implicados, por lo que ninguno tiene el distanciamiento necesario para la observación, así como para llevar a cabo un registro escrito. El rol del autor en este nuevo dispositivo fue de observador, sin intervenir o participar de las actividades, a diferencia del *Taller Piloto*, en que el autor estaba mucho más implicado. De acuerdo a la modalidad operativa, el observador realizó un registro escrito de la sesión, lo que demostró ser una herramienta terapéutica de gran utilidad, al leerlo al final de la sesión, sin identificar a nadie con lo dicho, es decir, un registro del discurso grupal y de los emergentes grupales. La lectura de este registro funcionó a modo de una retroalimentación para el grupo, y dio pie para una elaboración grupal al final de cada sesión.

El diseño del *Taller Experimental* demostró ser muy apropiado y su implementación arrojó resultados bastante satisfactorios. Por lo tanto se puede concluir que la modalidad operativa se ajusta muy bien al tratamiento de este tipo de pacientes.

El equipo tiene que comunicarse eficientemente entre sí para poder trabajar bien. Quizá no es necesaria la comunicación explícita entre los terapeutas durante la sesión misma, pero se vuelve imprescindible que el equipo comparta su experiencia personal al final de cada sesión y se establezcan aquellos aspectos relevantes para ser abordados en la sesión siguiente.

2. Encuadre.

Otro aspecto relevante a modo de conclusión es la importancia del encuadre, y la necesidad de preservarlo por parte de los terapeutas. La idea es que el encuadre se rompa, justamente para poder interpretar dichas rupturas y mostrárselas a los usuarios, pero los terapeutas deben evitar romper el encuadre ellos mismos, cosa que no resulta fácil en el trabajo con la psicosis. El encuadre permite y posibilita la interpretación. Es justamente en virtud del encuadre que es posible analizar e interpretar los fenómenos grupales. Los factores de tiempo y espacio fijos, el diseño del dispositivo terapéutico, las diferentes etapas de cada sesión, la actitud y el rol de los terapeutas, así como el enfoque teórico que rige sus intervenciones y la implementación de las normas, otorgan la posibilidad de pensar y analizar las dinámicas grupales, y transforman el proceso grupal en un proceso terapéutico.

El rol de observador, así como la implementación del encuadre, permitieron hacer una lectura "entre líneas" del discurso grupal. Muchas veces se hacía alusión a los terapeutas de manera metafórica, o al número de sesiones, o al equipo compuesto por dos hombres y una mujer, etc. Este discurso metafórico puede deducirse de la lectura del registro al relacionarlo con las características del taller. Por ejemplo, en la primera sesión alguien se refiere al Salterio como *"una guitarra antigua, alguien juntó seis tablas y les puso unas cuerdas"*. Quizá se está haciendo alusión de manera metafórica al número de sesiones del taller, que son seis. En otro momento alguien se refiere a la película del Exorcista, que *"ahora tiene una nueva versión de quince minutos"*, lo que coincide con el nuevo rol del autor: la lectura del registro durante los últimos quince minutos de la sesión. Otro comentario similar fue: *"Jesucristo, el actor Christopher Palmer... se parece a Alejandro, después no actuó más, ahora es director de cine"*. El equipo estaba compuesto por tres integrantes, y el número tres surgió en varias asociaciones, como por ejemplo, "*Alejandro nos mostró el volumen, la velocidad, y ... eran tres. [parámetros musicales]", "Yo traté de aislar a los más fuertes, me quedé con esos tres instrumentos", "Trescientos pesos, jamón, tomate y pan"*. Otro aspecto relevante de la configuración del equipo es que estaba compuesto por dos hombres y una mujer. Es posible que las siguientes asociaciones

aludan a esto: *"Relatos de mujer más que de hombres", "La presentación musical... había algunos instrumentos que me gustaron más que otros. - ¿Cuál te gustó más? - Esos dos".*

Muy frecuentemente el grupo reconocía su necesidad de ser guiados, asesorados, dirigidos por otros. Y al mismo tiempo surgía la rabia por ser guiados y dirigidos. Esta ambivalencia de sentimientos respecto de su condición de dependencia y necesidad de asesoría quedó claramente expuesta en varias asociaciones durante el transcurso de las sesiones, como por ejemplo *"No podemos hacer nada por iniciativa propia, necesitamos que nos den todo hecho", "Alguien tiene que estar guiándonos siempre", "Otros ponen las normas, nosotros no", "¿No habrá algo de liderazgo, quizá de parte de los terapeutas al dirigir el taller?", "Nosotros obedecemos a lo establecido por ustedes", "Está el deseo de rebelarme contra el que me está guiando", "Las normas que se nos dan... uno no dice si está o no de acuerdo, uno se retira no más"*. Estas asociaciones dan cuenta de su rabia por las normas de la Comunidad y las del taller, así como también por su propia necesidad de estas normas, ya que entienden que están dispuestas para ayudarlos.

La coterapia facilitó la labor del observador, quién se sentía menos expuesto, más protegido que los dos coordinadores, con una distancia emocional que lo resguardaba. Sin embargo, en más de una ocasión, el equipo se sintió muy angustiado en sesión, se conectaba con sus propios núcleos psicóticos y se veía envuelto en una maraña confusa, en la que no podía discriminar claramente qué era suyo y qué era de los usuarios. Muchas veces el equipo trataba de ayudarles, y luego se daba cuenta que era su propia angustia la que quería disminuir. Otras veces los terapeutas se veían a sí mismos, reconociéndose en los usuarios, quizá debido a que *"a mayor ansiedad corresponde una mayor identificación, en tanto que a menor ansiedad es posible simbolizar la experiencia y reflexionar al respecto"* (Bleger, 1961, pág.73).

La supervisión semanal resultó de gran ayuda para el equipo, para hacer consciente lo anterior, y para entender mejor el contenido de los registros de sesión. Algunas veces el discurso parecía completamente incoherente, sin conexión alguna entre las asociaciones de los usuarios, pero luego, en supervisión, el equipo encontraba un significado a ese discurso

grupal, el cual era susceptible de entendimiento e interpretación. La supervisión permitió al equipo analizar la contratransferencia y entender el proceso grupal desde una perspectiva más integradora.

3. Esquizofrenia, Música y Grupos Operativos.

Este último capítulo de la investigación está dedicado a las conclusiones extraídas a partir de esta experiencia en torno a la relación entre la música y la palabra, y su inserción en el proceso terapéutico. Estas observaciones pueden extenderse al Arte en general. Sin embargo, cabe señalar una particularidad de la música como expresión artística que le confiere una particular utilidad para el tratamiento específico de la Esquizofrenia. Siendo éste un trastorno en que el concepto de *autismo* adquiere especial relevancia, en el que el *aislamiento social* y la *introversión* constituyen uno de los rasgos esenciales y se encuentran presentes en todo el curso de la enfermedad – no siendo éste el caso de los síntomas accesorios, desde la concepción bleuleriana del trastorno – un aspecto de especial relevancia en el tratamiento del mismo es el deterioro de las relaciones interpersonales. El fracaso en la capacidad de relacionarse con su entorno se manifiesta en las deficiencias del paciente esquizofrénico para establecer una comunicación espontánea y fluida con los otros. La música, así como el teatro, la danza, un equipo de fútbol, o un equipo de baloncesto, tienen en común el hecho que para lograr su realización implican necesariamente una comunicación eficiente entre los participantes. Es ésta una condición *sine qua non* de este tipo de actividades. No es este el caso de la pintura, la escultura, o el deporte del tenis, por ejemplo. En un taller de pintura o escultura los miembros del grupo trabajan individualmente, pero en grupo, es decir, realizan dicha actividad reunidos en una misma sala pero no necesitan comunicarse entre sí para la realización de la misma. Estas actividades no requieren de una comunicación eficiente entre los miembros del grupo para ser llevadas a cabo con éxito. Por lo tanto pueden ser útiles para el tratamiento de trastornos en los que no esté implicado esencialmente un deterioro de la comunicación y las relaciones interpersonales. Por consiguiente la música, el teatro, el fútbol, etc., otorgan la posibilidad de trabajar directamente los problemas de las relaciones interpersonales y adquieren

especial utilidad en los trastornos en que estos problemas son centrales, en particular en el caso de la Esquizofrenia.

El *Taller Piloto* trabajaba con la música para abordar los problemas de la comunicación y las relaciones interpersonales de los pacientes esquizofrénicos. Las sesiones comprendían actividades musicales en las que *la comunicación entre los participantes era el objetivo principal*, en especial la comunicación no verbal. En dicho taller se trabajaba en torno a una *Tarea,* la que consistía en la realización de producciones musicales colectivas. *Tarea* y *Actividades musicales* coincidían conceptualmente. Es decir, la *Tarea* consistía en llevar a cabo con éxito las *Actividades musicales*, las cuales requerían necesariamente una eficiente comunicación entre los participantes. La música se convierte entonces en una herramienta de gran utilidad para abordar los aspectos no verbales de la comunicación, a través de la mirada, el oído, los gestos y la sincronización musical entre los participantes. Sin embargo, en dicho taller no había una conexión directa y clara entre los aspectos no verbales y los aspectos verbales de la comunicación, es decir, la palabra.

El *Taller Experimental*, con su encuadre particular, permitió concebir la diferencia conceptual entre *Tarea* y *Actividades musicales*. Dicha diferenciación conceptual da la posibilidad de establecer una conexión más directa entre los aspectos no verbales de la comunicación y la palabra, y entonces el taller adquiere por consiguiente el carácter de terapia de grupo, o mejor dicho, *terapia a través de la palabra*. Las *Actividades musicales* están orientadas a desarrollar una mejor comunicación no verbal entre los participantes, el sentimiento de pertenencia al grupo, la capacidad de trabajo en equipo, a reforzar los vínculos entre los participantes y con el terapeuta, la autoestima y autovaloración personal. La comunicación no verbal así trabajada facilita y prepara el terreno para una posterior elaboración verbal de la experiencia. Por consiguiente, la *Tarea* adquiere ahora una connotación diferente y específica, vinculada a la teoría de los *Grupos Operativos* y los conceptos de Enrique Pichón-Rivière. Desde esta perspectiva la *Tarea* es lo esencial del proceso grupal, y el grupo es entendido como un grupo centrado en la *Tarea*. El quehacer terapéutico se dirige a abordar, a través del grupo, los problemas que surgen en torno a la realización de la *Tarea.* En este caso específico, la *Tarea* consiste en la *verbalización de la*

experiencia emocional de los miembros del grupo durante las actividades musicales previas. La consigna explícita es conversar acerca de lo sentido, pensado e imaginado durante las actividades musicales.

Las intervenciones del terapeuta apuntan a esclarecer las *dificultades de los pacientes en torno a la verbalización* de su experiencia respecto de las relaciones interpersonales y las dinámicas grupales surgidas en las actividades musicales. Implícitamente se aborda de esta manera, a través de la palabra, los problemas de los pacientes esquizofrénicos para relacionarse con su entorno y para comunicarse eficientemente con los demás.

De modo que esta distinción conceptual entre *Tarea* y *Actividades musicales*, así como la orientación de las intervenciones terapéuticas, dan la dirección del trabajo y permiten entonces proponer un dispositivo terapéutico para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

Por lo tanto se puede concluir que esta investigación ha cumplido en gran medida los objetivos propuestos, ya que se ha explicitado satisfactoriamente la relación entre la música y la palabra, y se ha logrado describir la manera de combinar ambos elementos en forma integrada en el tratamiento de la Esquizofrenia. Por otro lado, se comprobó la hipótesis de investigación, ya que el grupo evidenció, al final del proceso, una mejoría considerable en lo que concierne a las relaciones interpersonales. Los pacientes que participaron en los talleres fueron desarrollando, a través del proceso terapéutico, la capacidad de trabajar en equipo de manera eficiente, tanto para llevar a cabo con éxito las actividades musicales, como para abordar en grupo los problemas propios de su enfermedad. En cuanto a los trastornos de la comunicación, el grupo evidenció una mejoría considerable, en la medida que los participantes fueron desarrollando la capacidad de expresar verbalmente sus opiniones, y de compartir con sus compañeros sus experiencias, inquietudes y ansiedades. La comunicación no verbal en estos pacientes también mejoró de manera significativa, lo que se vio reflejado en las actividades musicales, las cuales fueron dando cuenta paulatinamente de un grupo cada vez más cohesionado, el cual, a través de la

mirada y los gestos, era capaz de sincronizarse para producir melodías coherentes y armoniosas. En cuanto al autismo y el aislamiento social que caracteriza a este tipo de pacientes, el grupo evidenció un progreso considerable, manifestado por la adherencia al tratamiento, en la medida que los participantes salían de sus casas para asistir regularmente a las sesiones de los talleres, y fueron mostrando, a través del proceso terapéutico, reacciones cada vez más adecuadas y acordes con la situación actual.

4. Efecto Inesperado.

Para finalizar este trabajo, cabe señalar la actitud crítica de los usuarios frente a la sociedad, a la Comunidad Terapéutica como institución, y a los terapeutas como representantes de una sociedad que los discrimina. La Comunidad Terapéutica es percibida por los usuarios como una entidad que tiene un saber acerca de ellos incuestionable, los psicólogos y psiquiatras ostentan un saber que a ellos beneficia. Sin embargo, los usuarios experimentan una rabia y un rechazo muy intensos, una ambivalencia en los sentimientos hacia la Comunidad Terapéutica, hacia los terapeutas, y hacia la sociedad en su globalidad. Este taller abrió el espacio para que los usuarios pudieran expresar estos sentimientos y efectuar, en grupo, una crítica a la institución y al ordenamiento social.

El *Taller Experimental* tuvo un efecto inesperado, en el sentido que lo anteriormente mencionado da cuenta de que los miembros del taller se constituyeron como grupo, y fueron capaces de cuestionar a la institución de que forman parte, y desarrollar un juicio crítico en relación a la sociedad. Esto se puede considerar un logro terapéutico, en la medida que da pie para que los usuarios se organicen y avancen hacia la autogestión. Por otro lado, este juicio crítico frente a la sociedad que los discrimina da cuenta de una mejor adaptación, por parte de los usuarios, a la realidad, y puede considerarse un primer paso hacia la reinserción social.

El autor sintió esta ambivalencia de los sentimientos en su relación con los pacientes en las sesiones del taller de música, y estima que lo mejor que se puede hacer es ser sinceros con los propios sentimientos y actuar de acuerdo con la propia percepción de la sociedad en la que se está inserto, teniendo claro el rol que se desempeña, el poder que se ostenta al situarse en la posición del terapeuta, y la propia crítica a la sociedad de la que se forma parte.

VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J., WEAKLAND, J. (1956), **"Hacia una Teoría de la Esquizofrenia".** Publicado en Behavioral Science. Volumen I. Número 4. Material docente, carrera de psicología de la Universidad de Chile.
- BLEGER, J. (1961), **"Grupos Operativos en la Enseñanza".** *Conferencia dictada en 1961, en la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.* Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Año I, Nº2, pág. 55-86. Buenos Aires, Argentina.
- CHINCHILLA MORENO, A. (1996), **"Nuevas Generaciones en Neurociencias: Las Esquizofrenias".** Editorial Masson. Barcelona, España.
- FOUCAULT, M. (1992), **"Historia de la Locura en la Epoca Clásica".** Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
- GARRABÉ, J. (1996), **"La Noche Oscura del Ser. Una Historia de la Esquizofrenia".** Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- GOMBEROFF, M. (1985), **"La Teoría Psicoanalítica y la Esquizofrenia".** *Conferencia dictada en el VII Simposio de Psiquiatría de Crónicos.* Revista de Psiquiatría. Año II, Nº6, pág. 81-94. Santiago, Chile.
- HARRER, G. (1989), **"Musicoterapia"**, en: BATTEGAY, GLATZEL, PÖLDINGER, RAUCHFLEISCH, **"Diccionario de Psiquiatría"**, pág. 332-334. Editorial Herder. Barcelona, España.
- HUNEEUS, T. (2001), **"La Esquizofrenia: Visión Integradora".** Ediciones de la Universidad SEK. Santiago, Chile.
- KANAS, N. (1996), **"Terapia de Grupo con Pacientes Esquizofrénicos"**, en: KAPLAN H. Y SADOCK J. **"Terapia de Grupo"**, pág. 445-456. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- LAING, R. (1964), **"El Yo Dividido. Un Estudio sobre la Salud y la Enfermedad".** Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- LAING, R. (1972), **"Esquizofrenia y Presión Social".** Tusquets Editor. Barcelona, España.

- OJEDA FIGUEROA C. (1981), **"La Esquizofrenia Clásica".** Ediciones de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. (1980), **"Historia de la Técnica de los Grupos Operativos".** *Clase dictada el 13 de Mayo de 1970.* Revista Temas de Psicología Social, Nº3, pág. 19-31. Buenos Aires, Argentina.
- ROA, A. (1982), **"Evolución Clínica del Cuadro de la Esquizofrenia desde la Esquizofrenia Clásica a la Actual".** Revista de Psiquiatría Clínica. Volumen XIX**.** Número 1, pág. 5- 23. Santiago, Chile.
- WAGNER, G. (1998), **"El Musicoterapeuta y la Musicoterapia"**, en: BENENZON R. **"La Nueva Musicoterapia"**, pág. 30-45. Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina.
- WITAKER, C. (1975), **"Psicoterapia de los Pacientes Esquizofrénicos Crónicos".** Editorial Cepe. Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

Registros - Taller Experimental

A continuación se presenta la transcripción de las anotaciones efectuadas por el observador durante las sesiones del *Taller Experimental*. Los últimos quince minutos se procedía a la lectura del registro, durante la cual el coordinador marcaba los emergentes grupales. Dichos emergentes aparecen subrayados en las expresiones de los pacientes, a lo largo del registro.

Jueves 21 de Marzo. Primera sesión.

(Se da comienzo al taller, explicando en qué consiste, el número de sesiones y la duración de cada una de sus etapas. Se presenta el equipo y luego se presenta cada uno de los usuarios. Participan en total nueve usuarios)

Primera parte. Actividades musicales.

Cada uno de los usuarios toma un instrumento, explora sus posibilidades y luego hace una presentación musical, mostrando al grupo cómo suena su instrumento.

Segunda parte. Verbalización de la experiencia musical.

(Comentario sobre la presentación de uno de los miembros del grupo)

- Me gustó mucho.
- Te gustó lo que él hizo o el instrumento?
- Me gustó lo que él hizo.
- Ese instrumento... cuando lo vi me pareció extraño, algo parecido a la guitarra. Tiene como el doble de cuerdas.

Coordinador: Qué relación tiene eso con el taller?

- La guitarra tiene forma de mujer.
- El que lo hizo juntó 6 tablas y unas cuerdas.
- Yo pienso que estos instrumentos vienen de la antigüedad. Reyes y condesas.
- La película del Imperio del sol. Japonesa.
- La mente está en otro lado, la mente está en cero. No pensar
- Me hubiera gustado presentar el instrumento en forma física. Me frustró.

(Un usuario hace una pregunta dirigida al observador, que guarda silencio)

- Alejandro no está respondiendo, sólo anota.

(Comienzan a pararse y a tomar los instrumentos)

Coordinador: Ahora estamos en otra actividad, no en la música. Yo pensaba en el interés del grupo sobre los instrumentos... hasta dónde podría haber nostalgia por el pasado... y pensaba en el taller anterior.

- En el taller anterior yo aprendí mucho.
- Ese instrumento me llama la atención, es como un coco, como un huevo.
- Es como greda antigua. Es grande.
- Alejandro nos mostró el Volumen, la Velocidad, y ...eran tres.

- Discusión y conversación.
- Uno tocaba y el otro le contestaba.
- Sale más fácil conversar con los instrumentos, es más fácil que la comunicación verbal.
- A mí me gustó el ritmo que le estabas poniendo.

(Comienzan a tomar los instrumentos)

- El año pasado venían amigos de Alejandro con sus instrumentos.

(Silencio)

Coordinador: La tarea del grupo es hablar de lo que había pasado con la música. Hay algunas personas que se encargan de llevarla a cabo. Quizá el grupo tiene la necesidad que yo como coordinador les señalara ciertos temores, porque es una situación nueva. Lo novedoso podría producir cierta ansiedad.

- Como una inquietud cuando uno se va de aquí.
- Gente nueva.
- Estamos recién comenzando.
- Porqué están todos callados?
- Porque no podemos asumir nuestras ansiedades.
- El pasado es pasado, el presente es presente.
- Me gustó el instrumento.
- En una película había un huevo de dinosaurio.
- Los huevos se rompen. Nacieron los dinosaurios. También había caníbales.

Coordinador: Los caníbales y los dinosaurios atacan. Podría existir la fantasía de que también acá los vayan a atacar, por ser algo novedoso.

- La frustración que sentí quizá es respecto al grupo, la falta de comunicación que tenemos.
- Quizá es egoísta, beneficio propio.

Coordinador: Es como si Carlos expresara la frustración por el grupo. Lo traes tú, pero tiene que ver con el grupo entero.

- Yo no muestro mi emoción.

Coordinador: Quizá el grupo quiere expresar otras cosas también.

- Si no te sale bien, cómo lo vas a tocar?

(Sale Ernesto, luego sale Angela. Nancy comienza a leer un libro)

- Nos estamos quedando en la forma y no en el fondo.
- Es como si botara emociones, es no querer salir herido.

(Vuelve Ernesto, luego Angela)

- Si no puedes hacer algo, intenta con otra cosa.
- Como nosotros conversamos harto te puedo dar un consejo, si no te resulta con algo, intenta con otra cosa.

(Silencio)

Coordinador: Hace un momento hubo un dilema. Alguien dijo que tocando uno bota las emociones, y otro dijo que no, que hablando se botan las emociones. Es como si tocamos, o hablamos.

- Uno tiene que sentir algo que viene desde afuera para relajarse.

Coordinador: Tal vez resulta útil no desechar ninguna de las dos alternativas.

- Todos ustedes se acuerdan.
- Alejandro el año pasado... y la película del Exorcista. Ahora esa película tiene una versión de quince minutos.
- Ernesto, queremos escuchar tu opinión.
- Que sentías, que emoción tuviste?
- Una isla. Estaba solo.
- Adán y Eva. La manzana, la serpiente y el demonio. Sodoma y Gomorra.
- Te han hecho electroshock?
- No mirar para atrás, uno se convierte en estatua.
- Cuál fue el que te gustó más de los instrumentos?
- La presentación...había algunos que me gustaron más que otros.
- Cuál te gustó más de la primera presentación?
- Esos dos.
- Cuál te llamó más la atención? Cuál te gustó más?

Segunda sesión.

Segunda parte:

- Un comentario sobre la comunicación, es difícil porque es retener lo que el otro está comunicando.
- Yo acepto lo que tú me estás diciendo, pero yo te digo esto.
- Yo encuentro que son todos diferentes instrumentos.
- El instrumento 2 no puede dar el sonido del instrumento 1.
- De un instrumento de percusión, a uno de viento, a ese que parece huevo.
- Me pasó una nube por la cabeza.

Coordinador: Hoy hay menos gente, que habrá pasado?

- Fueron al hospital.
- Los últimos días del año pasado.

(Se para Jorge, entra Carlos, atrasado, quién da un chocolate a Ernesto y se disculpa por llegar tarde)

- Esa flauta, no la había visto.
- Hoy día es jueves.

(Sale Ernesto, se asoma Patricio desde la puerta)

- Te voy a mandar a Italia a hablar con los psicólogos.

(Un usuario hace una pregunta dirigida a la musicoterapeuta)

- Señorita, usted sabe cómo se llama eso?

(Entra Patricio. Risotadas, desorden. Sale Carlos, más desorden)

- Quédense callados.
- Puedo cantar?
- Yo tengo una canción que grabamos el año pasado en el taller de música. Quizá Alejandro la botó a la basura.
- Puedo cantar?
- Me dijeron que tengo que juntarme con gente sana.

Coordinador: Porqué costará tanto hablar hoy de la primera parte?

- Nos cuesta ponernos en contacto con nuestras emociones.
- Nos aislamos un poco.
- Este perejil tiene la culpa.
- Estamos recién empezando el año.
- Regularidad.
- Cuesta expresar lo que sentimos, es algo novedoso.
- Un instrumento tan raro como ése.
- Debe provocar algo, no hay duda.
- Yo quiero despejar mi mente, para dejar las cosas que me bloquean.

Coordinador: Lo que tú traes no se relaciona con lo que hablamos acá, que trata sobre la música, y Carlos hablaba de la dificultad para comunicarse.

- Tenemos estructurado un mecanismo determinado.
- A mí ya me aburrió.
- Es nuestro mundo.
- Yo tengo sangre italiana también, mi abuelo era mañoso, si no le resultaba algo se enrabiaba.
- Cambiando el tema, yo me sentí bien tocando.
- Quiero hacer una pregunta. Quiero que me respondan.
- Superdotados, mongolitos, Síndrome de Down.
- La posibilidad de estar mejor...me sentí interpretado con el estar bien, es el deseo de recuperarse.
- Nada que ver con el taller de música.
- Querer salir de aquí, para mejorarse.
- A los esquizofrénicos los hacen pintar.
- A nosotros nos hacen tocar música.
- Una enfermedad no significa que uno sea mejor que otro.
- Todos agrupados en el centro, eso no me gusta, los cuicos de Las Condes y La Reina.
- Quiero salirme del tema: me gustó tocar los instrumentos. Me agradó.
- Ahí te saliste del tema.
- Cuando me cambiaron el instrumento no podía tocarlo. El cambio...tuve temor.
- Me dio pena, me encariñé con la guitarra.
- Mi papá era músico.
- Cómprate un short, yo no tomo más remedios. Un día me echaron a la calle.
- Nos cuesta asumir el presente, siempre hablamos del pasado.
- Jesucristo, Christopher Palmer... se parece a Alejandro, por las facciones de la cara. Después no actuó más, ahora es director de cine.
- Osama Bin Laden, John Travolta, Talibanes.
- Aquí está la posibilidad de expresarnos todos. Afuera algunos se retiran. Aquí es un lugar para decir lo que siento. En alguna medida es una excusa para decir lo que siento.
- Aquí estamos todos juntos.

(Carlos reparte unos periódicos a los miembros del grupo. Desorden. Se ponen a leer)

- Cuando llegaron los diarios empezaron las tallas y se olvidaron de la música. Chipe libre.
- Es la única escapada que tenemos.
- Probemos a ver si podemos hacerlo.
- No hay sentimiento de pertenencia, llegan tarde, van saliendo, quédense aquí que estamos conversando, no nos atrevemos a hablar sobre las salidas y entradas.
- Teniendo una dosis de remedio.
- Son más importante ellos tres que nosotros.
- No es por tirar piropos a los tres, siempre me gustó el taller de música.

(Silencio, luego Carlos se dirige al coordinador)

- Usted es profesor de él, le dice que subraye algunas cosas y otras no, eso no tiene que ver nada con los instrumentos de música.
- Porqué subraya? Usted es instructor, es profesional, él hace la tesis, usted es profesor.
- El silencio... porqué no hablan?
- La clínica psiquiátrica San Martín... la demolieron.

Tercera sesión.

(El taller comienza con una breve reseña acerca de no llegar más tarde que quince minutos, y tratar de no pararse, salir, o interrumpir al grupo)

(Carlos trae un cassette listo para ser escuchado por el grupo: Joan Manuel Serrat. Es una canción hermosa, triste y melancólica. Todos escuchan con atención, nadie interrumpe, no hay críticas)

Segunda parte.

- Es como la vida, como una enseñanza esa canción, vivir la vida con las cosas bonitas.
- Siempre anda con un lápiz y una hoja.
- Señorita, conoce a Valentino? del bloque 13, parece que es psicólogo.
- La vida sigue, todos nos vamos a morir algún día.
- Cebolla y escarcha.
- A mi lo que me impresionó de esa canción es la tristeza de la mujer. Ella está tan orgullosa del hijo. Está amamantando al niño, amor de madre. Me hizo recordar el cuento de la Mariscadora, que no puede hacer nada por salvar al niño que se le va, es muy triste.
- Es la necesidad del hijo antes que la propia.

Coordinador: El grupo quedó emocionado, habla de separaciones. Porqué será que hoy el grupo trae estos temas de separación?

- Mi sobrino es muy rebelde, no quiero que él pase por lo que yo pasé.
- Hay que conocer muy bien a la persona antes de casarse, mi papá fue buen padre pero no fue buen esposo.
- Cómo se llama usted señorita?
- Yo también anduve en la onda de la marihuana aquí y allá.
- Van a destruir a los más malos, va a pasar lo mismo que pasó hace miles de años.
- Cuando unos se muere se hace polvo.

Coordinador: Estos pensamientos apocalípticos...pensaba si tendrán que ver con que hoy estamos en la tercera sesión. Hoy estamos en la mitad, entramos al final del taller.

- Hoy ha sido más productivo. Hemos trabajado mejor, puede ser por ciertas normas que Alejandro dio al principio.
- Después vienen otras generaciones.
- Volver a vivir lo mismo sería bien penca.
- Relatos de mujer más que de hombres.
- Este mundo es malo.
- Hay que hacerlo cambiar.
- Ustedes hablan puras leseras, eso es lo que me aburre a mí.
- Otros son filósofos, pensantes, músicos. Aquí en este país no estamos tan mal.

Coordinador: Hay una cierta preocupación en el grupo por las separaciones y esto de salir a trabajar.

- Hay que ser nosotros no más, nacionalistas.
- No seas tan apocalíptico.
- En la población me vigilan por video, me manipulan, me controlan.
- Tuve un sueño. Estábamos en la cama con mi mamá. El primer hermano se caía.
- Tiene varios nombres el Diablo. Un loco grande que le había pegado con bototos de milico.
- Abraham llegó con unos colonos y se agarraron entre sí.
- Las sectas satánicas.

Coordinador: Cómo te has sentido Ernesto?

- Bien.
- Es como querer abarcar todos los ritmos que hay en la muestra.
- Hoy día es 4, mañana es 5.
- Quedamos hasta aquí no más.

Coordinador: Porqué cierras antes de tiempo?

- Vitalidad, los colores vivos, tenemos el pelo negro.
- Tú te pareces a Pablo, de Jesús de Nazareth... no, al apóstol Santiago.
- Había que decir tres veces el Ave María.
- La Capitán Yávar, ahí se apareció el Diablo, donde están los reos y los ebrios.
- Almas en pena.

Coordinador: Con qué asocian la música y el Diablo y el Apocalipsis?

- La música de hoy era extraña.
- Los ricos no entran al reino de Dios.
- Algunos ricos son buena onda, tiene buen corazón.
- Vida y muerte.
- Aquí es parecido al colegio, cuadernos, lápices, las profesoras son las psicólogas.
- Me gustó el taller de música.
- Cuando llego a la casa me acuerdo que estuve aquí y me siento bien.
- Una se siente más relajada, no tan agresiva.
- Cuando estaba Alejandro sólo me gustaba más.
- Le iba a tirar una piedra a mi mamá para que se muera, me vuelvo loca, me internan y me quedo para siempre loca.

Cuarta sesión.

Segunda parte.

- La semana pasada fue todo como apocalíptico. He andado con crisis pero he andado bien. Me tomé los remedios.
- La conversación de la semana pasada estuvo interesante.
- Es mala el agua de acá, la del sur es más rica.
- Juanito es más enfermo que yo, está más loco que yo.
- A mí me cuesta hablar en las reuniones porque tengo problemas de la cabeza.
- Está bueno el taller de música.
- La primera grabación no la escuchamos.
- Parece que no entra a las piezas el mosco.
- Eso es de ustedes tres.
- Nosotros llegamos temprano, no llegamos tarde.
- ... Es por regla de la comunidad.
- Esta agua no puede estar más mala.

Coordinador: Porqué hoy hablan del agua que está mala, de los mosquitos que transmiten enfermedades? Qué estará pasando hoy?

- Yo a los 25 años estaba crónico, ahora estoy mejor.
- Cuando me dan las crisis me da miedo salir a la calle.
- Me reía y a la vez me enojaba.
- Tomé cerveza al día siguiente para olvidar.
- El condorito es el tercero.
- Acido valproico en cápsulas.
- Trescientos pesos, jamón, tomate y pan.

Coordinador: Volviendo acá, qué creen que haya pasado que el grupo partió con 10 personas y ahora somos la mitad?

- Las frutas y las verduras de la feria.
- Yo siempre le he dicho a él que no tome tanto.
- El vino es bueno.
- La feria y las verduras.

Coordinador: Qué pasa hoy que cuesta tanto hablar de la música? Hoy han hablado del vino, de la cerveza, en vez de la música. Quizá eso baje la tensión en el grupo.

- En la población me aíslan de los grupos, me dan el filo, me dicen "entra a caminar".
- Me echan de todos lados, me tomo una cerveza solo.
- Estoy aislado en la población. Y no porque yo quisiera.
- Pero tú se las ganas, eres mejor que ellos.
- Una vez me tenían una pistola en el cuello, y se me pasaron por la cabeza todas las imágenes de mi familia.
- Se quedaron pensando lo que yo dije.
- Me enamoré de una cabra en el Hospital, cuando estuve internado. Ella estaba en crisis.
- Aquí en la comunidad es diferente. Yo no pierdo la esperanza de mejorarme.

(Rodrigo pide permiso para ir al baño. No regresa)

(Carlos pide permiso para ir al baño. No regresa)

Quinta sesión.

Segunda parte.

- Me siento relajada.
- Todo tenía un significado.
- Yo andaba en otra, esta sensación es más bacán porque es música en vivo.
- Yo traté de aislar a los más fuertes, me quedé con esos tres instrumentos.
- Yo comparé los sonidos con una ceremonia religiosa.
- Yo nunca había vivido esta experiencia.
- Viajaba a través del tiempo, como si estuviera en un pasado lejano en el que no estuviera yo.
- No sabía cómo expresar lo que sentía respecto a ti, cómo manifestarte esto.
- No saber si comunicarle algo al otro.
- Algo que va cayendo poco a poco.
- Falta Carlos, Jorge y Ernesto.

Coordinador: Qué le habrá pasado a ellos?

- No están no más.
- La penúltima sesión.

(Silencio)

- Algo nos pasó que se nos cerró la comunicación
- Hoy es la penúltima sesión... Charcha.
- Nos falta una capacidad de ser autodidactas, realizar nosotros cosas por nuestra cuenta, el impedimento está en nosotros.
- Alguien tiene que estar guiándonos siempre.
- Alguien aquí encauza la comunicación, enriela el curso del taller.

Coordinador: Parece que el grupo necesita cierta asesoría para la consecución de los objetivos.

- Más que asesoría yo lo veo como dependencia.
- Pareció como terapia de relajación lo que hicimos hoy en la primera parte.

Coordinador: En qué sentido le atribuyen un carácter de terapia a este taller en particular?

- Lo más que se puede llegar a hacer es formar un grupo.

Coordinador: Pero el grupo ya está formado, ustedes recuerdan a los ausentes.

- Necesitamos un compromiso de nuestra parte, una sensación de pertenencia.
- Yo creo que está bien necesitar motivación de parte de otras personas, y después nosotros hacer algo por nuestra propia cuenta.
- No habrá algo de liderazgo, quizás de parte de los terapeutas al dirigir el taller?
- Falta perseverancia de parte nuestra.
- Estamos acostumbrados a que nos guíen, no podemos ser independientes.
- Otros ponen las normas, nosotros no.

Coordinador: Tal vez sería bueno hablar acerca de los obstáculos para organizar las cosas.

- Lo grave no es la forma, es otra cosa lo que nos pasa, pero no sé lo que es. Quizá es el compromiso, o no poder responder a ese compromiso.
- Nosotros obedecemos a lo establecido por ustedes.
- Tenemos que tratar de superarnos, buscar la forma de estar bien.
- Tomaré remedios toda mi vida.
- El remedio es como la guía externa. Una ayuda.
- El deseo de rebelarme contra el que me está guiando.

Sexta sesión.

Segunda parte.

- No sé que decir, no se me ocurre nada.
- Yo pensaba en que adaptarse a los instrumentos es como adaptarse a las personas.
- Adaptarse al instrumento.
- Hubiese sido más conveniente haber tenido más tiempo para ir relacionándose.

Coordinador: Los instrumentos se parecen a las personas. Quizá al grupo le gustaría haber tenido más tiempo para este taller.

- Uno tapa ese nivel de relaciones y sentimientos.

(Silencio)

- Los instrumentos nos han ayudado a interactuar entre nosotros. Tocamos y hay una comunicación.
- Yo tocaba el instrumento y me cerraba en mí mismo, pero también había una comunicación con el grupo.
- Terminó la música y no seguimos en la misma onda.
- Cuando tocamos, hablamos todos musicalmente, pero en el plano verbal no pasa eso.
- Si nos comunicamos con instrumentos, podríamos hacerlo verbalmente.

Coordinador: El grupo, hacia el final del taller, quizá necesita que la coordinación les diga que se ha trabajado bien.

- Estamos como al comienzo, tomamos un instrumento y luego lo dejamos ahí, tal como estaba al principio.
- Tratar de conocernos para poder comunicarnos, nos conocemos poco.
- Es difícil conocernos nosotros ya que estamos medio día aquí no más.
- Venimos aquí a terapia.

Coodinador: Pareciera que no está muy claro a qué vienen acá.

- Uno tiene que mirar para adelante, preocuparse por uno mismo.
- El ciclo acá es de dos años y luego uno sale de la comunidad, a trabajar.
- Pero uno se pregunta si va a estar preparado o no al final de esos dos años.
- Las normas que se nos dan...uno no dice si está o no de acuerdo, uno se retira no más.
- Hacer el trabajo bien o mal igual ustedes se van.
- La comunicación y el retiro.
- El taller de música se va a terminar.

(Silencio... Fin de la última sesión)