



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Licenciatura en Psicología

“El Cine en la Esquizofrenia como dispositivo terapéutico: una mirada cognitivo-conductual”

Sistematización de la Práctica Supervisada en Casa Club Bienestar

Becerra, Víctor Manuel

Mat. 199875727/0

Supervisores:

Lic. Gabriela Contreras

Lic. Pablo Moyano

Lic. Alejandro Rostagnoto

- Año 2010 -

Título: “El Cine en la Esquizofrenia como dispositivo terapéutico: una mirada cognitivo-conductual”.

Área: Psicología Clínica

Autor: **Becerra, Victor**

Supervisora por la institución: Lic. Gabriela Contreras

Supervisores por la facultad: Lic. Pablo Moyano, Lic. Alejandro Rostagnoto

- Año: 2010

- Resumen: El presente trabajo consiste en la sistematización teórico-clínica, de una Práctica Supervisada en Casa Club Bienestar; institución dedicada a la rehabilitación psiconeurocognitiva de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en la ciudad de Córdoba. Luego de incorporarse en el Taller de Cine-debate, se evidenció que el cine es un medio utilizado en estos programas, sin embargo la posibilidad de plantear una primera aproximación al cine como dispositivo de rehabilitación desde la teoría cognitiva es algo novedoso. Por lo cual se pensó el siguiente problema: *¿Cual es la importancia de un taller de cine en la rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia?*. En este sentido se desprenden los siguientes objetivos generales: Analizar el dispositivo de cine-debate en relación a los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia; y, realizar una propuesta de trabajo a partir de la práctica supervisada. A los fines de lograr los mencionados objetivos, se utilizaron los siguientes métodos: Revisión Bibliográfica, Observación Participante y Observación Clínica. Se concluyó que la implementación de un taller de cine-debate que trabaje los déficits cognitivos básicos y sociales de pacientes con esquizofrenia es de suma importancia, ya que a partir de lo analizado observamos cómo el deterioro cognitivo afecta la funcionalidad del sujeto.

- Palabras Claves: Esquizofrenia- Deterioro cognitivo básico y social- Rehabilitación psiconeurocognitiva- Taller de cine-debate.

Firma Autor

Firma Supervisora

Agradecimientos

A Liliana, por acompañarme en este proceso y brindarme ese espacio de reflexión y de encuentro

A mis viejos, por todo el cariño, la comprensión y ser los gestores de la persona que soy hoy.

A mis hermanos...

Facu, por enseñarme a ser fiel con uno mismo.

Nano, por tu coraje para enfrentar la vida.

Lisa, por tu cariño y afecto incondicional.

A mis Abuelos, por su infinita sabiduría.

Al Dr. R. Muscellini, por su formación, confianza y enseñanzas en esta profesión.

A la Lic. Contreras, por brindar este espacio de formación de gran importancia para nuestra profesión.

A las Lic. C. Montes y D. Tello, por sus enseñanzas, contención y paciencia, que acompañaron toda la práctica.

A la Lic. S. Martínez, por su ayuda teórica y de escucha las cuales fueron de gran importancia

Al Lic. Moyano, por acompañarnos y darnos la libertad de elegir.

A mis grandes amigos de viaje, Eve, Vero, Sergio, Pao, Geo y Ángel, por compartir tantos momentos lindos, durante esta carrera y por los muchos que vendrán.

A Caro, Marce, Dany, Kari Eva, J.P., Chino por su amistad de la cual me siento orgulloso, gracias.

A mis amigos de la vida, Gordis, Negro, Gaby, Ale G., Ale C. Pao, mis hermanos del corazón.

A vos Cuñis por compartir mis dolores y por todo el afecto.

A mi ahijada Aixa, por ser la luz de mi corazón.

Y a todos los que están y los que ya no, por dejar su huella en mi alma.

A la vida por darme la fortuna de cruzarme en tu camino, gracias Monona.

Índice

Introducción.....	6
Fundamentación.....	9
Marco teórico.....	11
Contextualización de la Práctica Supervisada.....	36
Descripción de la Práctica Supervisada.....	40
Análisis de la experiencia.....	46
Propuesta de trabajo.....	53
Conclusión.....	57
Bibliografía.....	60
Anexos.....	64

Introducción

"Algo casi imposible sucede.

Porque el cine consigue extraer un fragmento de pureza

de lo peor que hay en el mundo, su material preferido.

En el fondo, el cine es una lección de esperanza..."

Alain Badiou

Ante los avances en los programas de rehabilitación en esquizofrenia es importante poder analizar desde la clínica la incidencia de estos en los pacientes usuarios, (ya que el éxito de estos implica mejores niveles de socialización y calidad de vida) para poder darle un marco desde el cual establecer mejoras y propuestas que ayuden a elaborar dispositivos de rehabilitación más eficaces. Esta patología afecta el funcionamiento del sujeto de manera global, afligiendo a su familia y su desenvolvimiento social, ante esta realidad, los talleres se presentan como los dispositivos de rehabilitación por excelencia ya que posibilitan en el paciente una reeducación, adquisición y recuperación de habilidades posibilitando progresivamente, la reinserción social. El cine es un medio utilizado en estos programas, sin embargo la posibilidad de plantear una primera aproximación al cine como dispositivo de rehabilitación cognitiva es algo novedoso.

La sistematización fue planteada con un diseño de tipo exploratorio. Se selecciona este tipo de estudio, por la poca o nula bibliografía que existe en relación al cine y la teoría cognitiva pudiendo hacer una primera aproximación que posibiliten preguntas para la realización de una investigación más completa en relación a este tema. Por consiguiente, y tratando de acotar la experiencia, es que se ha planteado el siguiente problema: *¿Cual es la importancia de un taller de cine en la rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia?.* De dicho problema se desprenden los siguientes objetivos que guiaron la sistematización:

Objetivos generales:

- Analizar el dispositivo de cine-debate en relación a los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia.
- Realizar una propuesta de trabajo a partir de la práctica supervisada.

Objetivos específicos:

- ❖ Integrarse como observador participante a la dinámica grupal del taller de cine-debate.
- ❖ Investigar los déficits cognitivos que más se manifiestan en el taller de cine-debate.
- ❖ Analizar la incidencia de las intervenciones terapéuticas sobre los déficits cognitivos en el taller de cine-debate.
- ❖ Presentar a la institución una propuesta de producción cinematográfica que trabaje los déficits cognitivos sociales a partir de la realización de un film a nivel grupal.

A los fines de lograr los mencionados objetivos, se utilizaron los siguientes métodos: Revisión Bibliográfica, Observación Participante y Observación Clínica; en estas se establecen conjeturas que van siendo descartadas o confirmadas con sucesivas observaciones ordenadas de manera más o menos sistemáticas, que sustentan el análisis teórico presentado más adelante.

Fundamentación

La importancia de la presente sistematización, se fundamenta en un primer objetivo científico y social; siendo la Esquizofrenia de alta incidencia en la población mundial, así como una de las patologías más discapacitantes entre la población joven y adulta, es preciso que se profundice y socialicen los conocimientos y avances científicos sobre la misma. Siendo así mismo prioritario en este sentido, la formación de grado en psicología como dentro de los principales actores de salud. De este modo, la información y conocimiento de la Esquizofrenia extendida a la sociedad, permite avanzar tanto para lograr un diagnóstico precoz, como para luchar contra el alto estigma que presenta la misma. En este sentido, por el importante deterioro que produce la patología a largo plazo y teniendo en cuenta que la expectativa de vida ha ido creciendo, es preciso profundizar sobre dispositivos de rehabilitación para las distintas etapas de la enfermedad con el fin de mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Así mismo, es necesario tener en cuenta, que si bien los estudios sobre Esquizofrenia cuentan con casi 200 años de investigación, a nivel de rehabilitación, los esfuerzos han sido más recientes, especialmente desde la década 1990-2000, considerada desde la OMS como “La década del Cerebro”. Por lo tanto, el recorrido es aún incipiente, especialmente en la Ciudad de Córdoba donde aún se encuentran escasas instituciones de rehabilitación específicas para esta patología en períodos de estabilidad de los pacientes. Dentro de los antecedentes investigados, no aparece bibliografía específica del uso del cine, tanto como taller o producción cinematográfica, desde una perspectiva cognitiva, por lo tanto es más que necesario los esfuerzos desde la investigación exploratoria para sustentar aquellas prácticas clínicas que ya se vienen desarrollando.

A título personal, la importancia de la presente sistematización, se basa en lo concreción del título de Licenciatura de la carrera de Psicología. Sin embargo, tanto la elección de la institución, de la patología a abordar y particularmente, del enfoque teórico, dan cuenta de un interés previo personal en neurociencias y psicología cognitiva de aplicación clínica; ya que considero responden de una manera más eficaz sobre los déficits que afectan a la Esquizofrenia.

Marco Teórico

Acerca de la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente, universal, presente en todas las culturas y todas las áreas geográficas, sin distinción de raza, sexo o nivel socioeconómico. Afecta entre el 0.5 – 1% de la población mundial y cada año se diagnostican entre 2 - 4 casos nuevos por cada 10.000 habitantes. De los datos aportados por los estudios de la O.M.S se estima que cerca de 45 millones de personas en todo el mundo padecen esquizofrenia.

La edad de inicio de la enfermedad se sitúa entre el final de la adolescencia y el inicio de la vida adulta. Es en esta época cuando el cerebro acaba de desarrollarse por completo y cuando se expresan los errores en su maduración. Existe una pequeña variación entre la edad de inicio en hombres y en mujeres, apareciendo 2 o 3 años antes en los primeros (15 – 25 años en ellos frente a los 25 – 35 años en ellas).

Desde las neurociencias se entiende a la esquizofrenia como una patología del neurodesarrollo que afecta la esfera, psicológica y social y que produce en el individuo un grave deterioro psiconeurocognitivo. Es una enfermedad del cerebro causada por una alteración precoz del desarrollo cerebral de origen genético, que produce severas anomalías en las conexiones entre diferentes áreas del sistema nervioso y que se manifiesta clínicamente en forma de graves alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. (Ballús-Creus, C.; García, F, 2000). Según Parrellada Rodón y Fernández- Egea (2004) se trata de una enfermedad compleja, que afecta no solo al pensamiento y las emociones de las personas, sino a la capacidad para proyectar su futuro o relacionarse con otras personas.

La esquizofrenia es una enfermedad extraordinariamente compleja, en la que están presentes una multiplicidad de síntomas que compromete una amplia variedad de dominios cognitivos, afectivos y conductuales.

Según Bousoño, Gonzáles Torres, Gonzáles, Olivares, Montalbán y San Juan (2005) los síntomas son:

a- **Síntomas positivos:** delirios, alucinaciones.

b- **Síntomas negativos:** aplanamiento afectivo (o afecto aplanado), embotamiento afectivo (o afecto embotado), alogia, anhedonia, apatía, abolición o abulia, alexitimia.

c- **Síntomas afectivos:** ansiedad, depresión, obsesión, fobia.

d- **Síntomas desorganizativos:** conductas y comportamientos atípicos.

e- **Síntomas cognitivos básicos:** dificultad en la atención, pérdida en la fluidez verbal, disminución en la memoria de trabajo, enlentecimiento en la función motora, dificultad en la capacidad de abstracción y en las funciones ejecutivas.

f- **Síntomas cognitivos sociales:** dificultad en la percepción emocional, dificultad en la resolución de conflictos, dificultad en la ejecución de las soluciones.

Un punto importante que cabe recalcar es que los pacientes no presentan todos estos síntomas a la vez. De hecho, la mayoría de los síntomas no serán experimentados y muchos sólo de forma fugaz y breve durante los momentos de crisis psicótica. De modo inverso, algunos síntomas en particular los negativos y cognitivos se experimentan de forma crónica y son más resistentes a los tratamientos, de modo que el paciente y la familia deben aprender a convivir con ellos.

a- Para Barnes, Hutton, Chapman, Mutsatsa, Puri y Joyce (2000) se entiende por **síntomas positivos** a aquellos que suponen la aparición de algo, de alguna conducta o actitud que no se apreciaba antes de la enfermedad:

- Alucinaciones:

Las alucinaciones son, para los clásicos, una percepción sin objeto. Pero como para el sujeto alucinado el objeto existe, es decir que hay objeto percibido aunque no exista concretamente, actualmente se enuncia la cuestión del siguiente modo: la alucinación es una percepción sin objeto concreto a percibir.

Las verdaderas alucinaciones tienen características de nitidez, corporeidad o espacialidad y evidencia de realidad que las asemejan a percepciones normales. Existen tantos tipos de alucinaciones como sentidos tenemos. Entre ellas las más frecuentes en los pacientes con esquizofrenia son las alucinaciones auditivas que pueden ser simples (un ruido, un silbido, un soplo en el oído) o complejas (una o varias voces que

conversan con el paciente, le alaban, le insultan, le ordenan o le describen lo que está haciendo pero que, o bien pueden ser alentadoras pero casi siempre le atormentan).

También pueden presentarse aunque con mucha menor frecuencia, alucinaciones visuales, olfativas, gustativas y táctiles.

- Delirios o ideas delirantes:

Son creencias por parte del paciente, irreductibles a la lógica y que gobiernan su pensamiento y su conducta. Son creencias porque el paciente no llega a ellas a través de la deducción, la lógica o la observación, sino que nacen dentro de su mente, brotan, sin anclaje con la realidad que le envuelve.

Una vez que se alumbran pueden evolucionar, complicarse o diversificarse, pero siempre desde esa base de realidad distorsionada, sin contacto con el mundo que le rodea.

El contenido de estos delirios es muy variado; así, hablamos de delirio de persecución (por ejemplo, creer estar siendo perseguido o vigilado por la C.I.A. por algún delito no cometido), delirios de perjuicio (por ejemplo, creer que alguien de la familia le envenena la comida, o que el vecino le manda gases tóxicos a través de las paredes), delirios hipocondríacos (por ejemplo, creer que no funciona algún órgano vital o que le falta un órgano), delirios celotípicos (por ejemplo, estar convencido de la infidelidad de la pareja, aunque no existan razones para eso), delirios megalomaniacos (por ejemplo, creer que se poseen capacidades milagrosos o por encima del común de los mortales para desarrollar algunas tareas), delirios místico-religiosos (por ejemplo, afirmar tener alguna misión encargada por dios)

b-Según Bousoño et al (2005) se entiende por **síntomas negativos** a aquellos que suponen la desaparición de conductas o capacidades que el paciente mostraba antes de la enfermedad:

- Aplanamiento afectivo o afecto aplanado:

Se define como la ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva. El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre

y reducción del lenguaje corporal. El aplanamiento afectivo es un trastorno motor, en donde lo que está alterado es la capacidad para mostrar los afectos.

- Embotamiento afectivo o afecto embotado:

Se define como la reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional. Este concepto se refiere en realidad a que el paciente no es consciente de las emociones (no las siente) que debería manifestar frente a los estímulos adecuados, por lo tanto, no las manifiesta o las manifiesta de modo restringido o constreñido.

- Alogia:

Se define como empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la calidad del habla espontánea (pobreza del habla). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

- Anhedonia:

Se define como la incapacidad para experimentar placer o como la ausencia de reactividad emocional a situaciones placenteras.

- Apatía:

Se define como disminución o ausencia del sentimiento, de la emoción o del interés. Este concepto está más en relación con la indiferencia debido a un trastorno en la capacidad de sentir emociones la cual es secundaria a una dificultad en iniciar las tareas para conseguir un fin, es decir, un trastorno de la voluntad (avolición o abulia)

- Abolición o Abulia:

Se define como la incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Es un trastorno de la voluntad. El paciente puede no realizar una tarea por estar abúlico (no puede iniciar o mantener la tarea) aunque tenga interés en hacerla.

- Alexitimia:

La alexitimia nos remite a problemáticas relacionadas con el afecto, en su origen, sus desarrollos, su percepción y su comunicación. Consiste en una especie de dislexia de los afectos. No se trataría de que el sujeto no sienta o no tenga afectos sino de que, pese a su intensidad, no discrimina matices.

c- Según Parrellada Rodón et al (2004) en cuanto a los **síntomas afectivos** se refiere que clásicamente se ha considerado que las manifestaciones afectivas formaban parte de la sintomatología esquizofrénica e incluso en algunas etapas de la enfermedad pueden ser las manifestaciones más relevantes. Khalbaum, en su descripción de la catatonía señaló a la melancolía atónita como un período de mutismo y de estupor frecuentemente asociado a un estado de ánimo depresivo. Conrad, por su parte, señaló que los pacientes esquizofrénicos pueden ser invadidos por un estado de ánimo de tinte melancólico que resulta indistinguible de la depresión endógena.

Dos situaciones están típicamente asociadas a los síntomas de depresión. La primera tiene lugar al inicio de la enfermedad, con la experiencia de los primeros síntomas psicóticos y la extrañeza con la que se viven. La segunda, más frecuente ocurre tras la remisión de los síntomas delirantes o alucinatorios (distorsión de la realidad), cuando el enfermo recibe el diagnóstico de la enfermedad, toma conciencia de ella y de las consecuencias que deberá afrontar. Este período, llamado depresión postpsicótica, es especialmente importante diagnosticar y tratar porque puede conducir a una aguda desesperanza por parte del paciente que devenga en suicidio. El suicidio, también se asocia a la angustia vital que representa la presencia de los síntomas positivos, con la vivencia de estar siendo perseguido o inmerso en un complot contra su persona.

d- Parrellada Rodón et al (2004) señala a los **síntomas desorganizativos** como una desorganización que se puede encontrar tanto en el pensamiento como en la conducta. La desorganización del pensamiento se denota por una forma de hablar poco comprensible, donde el paciente o bien repite un mismo concepto, idea, frase o incluso sílaba de forma reiterada (perseveración) o bien es incapaz de sintetizar una idea porque da demasiados detalles (circunstancial) o nunca llega a buen puerto (tangencialidad). A veces esta tendencia evoluciona y las ideas no siguen un orden lógico ni semántico

(agramatismo) ni argumental (pensamiento disgregado o lático) lo que conduce a un discurso ininteligible e incoherente.

Cuando esta desorganización afecta a la conducta el paciente puede mostrarse inquieto, hiperactivo sin ningún fin, con conductas bizarras o incluso mostrarse agitado o violento sin motivo aparente. Ocasionalmente, este comportamiento se puede acelerar tanto que conduce, de forma paradójica, a una inmovilidad absoluta del paciente, acompañada de rigidez de sus miembros que se denomina catatonía.

e- Según Bousoño et al (2005) se entiende por deterioro cognitivo a la pérdida de funciones o habilidades intelectuales incluyendo: memoria, atención, lenguaje, cálculo, abstracción, coordinación motora, construcción visoespacial, etc. que aparece antes, durante o después de la aparición de un cuadro psicótico como consecuencia del mismo.

Los **síntomas cognitivos básicos** son:

- Atención: dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo, o estímulos complejos.
- Lenguaje: pérdida en la fluidez verbal.
- Memoria de trabajo: disminución en la capacidad de recordar palabras ó imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta.
- Función motora: enlentecimiento motor, más marcado en pruebas motoras bimanuales.
- Capacidad de abstracción y funciones ejecutivas: dificultad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas irrelevantes.

d- Según Sanjuán, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferre, Mayoral González-Torres y Bousoño (2001) se entiende por síntomas cognitivos sociales a la dificultad en la percepción emocional, la resolución de conflictos y la ejecución de soluciones.

Los **síntomas cognitivos sociales** son:

- Dificultad en la percepción emocional: se refiere a los errores en la interpretación del significado de los gestos o las palabras de otros (percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal).

- Dificultad en la resolución de conflictos: se refiere a la dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto (saber lo que hay que hacer).

- Dificultad en la ejecución de las soluciones: se refiere a la dificultad en llevar a cabo, ejecutar las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto (ser capaz de hacerlo).

Acerca del deterioro cognitivo

Los factores que determinan la presencia de salud en un individuo son el funcionamiento cerebral y la funcionalidad como tal.

“Desde el punto de vista de la neurobiología el funcionamiento cerebral responde al comportamiento de los hemisferios y sus respectivos lóbulos cerebrales. El hemisferio cerebral izquierdo (HI) es el denominado lógico y analítico, mientras que el derecho (HD) se lo conoce como intuitivo y artístico. Aunque superficialmente similares en sus aspectos y funcionamientos, los mismos han ido revelando sus identidades individuales. Ambos parecen cumplir diferentes funciones en el pensamiento, percepción, sentimientos y memoria.

El HI ha demostrado una clara primacía en el manejo del lenguaje, en particular de los sonidos consonánticos y las reglas gramaticales, también asume un rol mas dominante que el HD en lo que se refiere a clasificar objetos en categorías estandarizadas lingüísticamente definidas.

El HD no tiene ninguna superioridad cognitiva que sea equivalente en intensidad al dominio del HI sobre el lenguaje, pero parece ser relativamente más importante en las actividades relacionadas con la percepción espacial. Es muy posible que dependamos de este hemisferio para orientarnos en un lugar desconocido o para manipular mentalmente la imagen de una forma de dos o tres dimensiones. El HD también parece ser

fundamental para establecer discriminaciones sensoriales sutiles que abarcan desde el reconocimiento de rostros hasta la detección de texturas no familiares”. (Tornesse, E.; Albanese, E.; Konopka, H.; Albanese, A, 1991, p.281-296).

“Cada lóbulo de los hemisferios cerebrales tiene funciones cognitivas características. El lóbulo frontal es fundamental para planificar la conducta, el lóbulo parietal para prestar atención a estímulos importantes, el lóbulo temporal para reconocer objetos y rostros y el lóbulo occipital para distintos análisis visuales”. (Purves, D.; Augustine, G.; Fitzpatrick, D.; Lamantia, A.; Mc Namara, J, 1997, p.9-15).

Hay una extensa serie de estudios que se centran en la lateralidad hemisférica, o sea en la activación diferencial de los dos hemisferios cerebrales, izquierdo y derecho, para funciones motrices, perceptuales y emotivas.

En el paciente esquizofrénico existe una disfunción lateralizada en el hemisferio cerebral izquierdo. Las áreas cerebrales deterioradas serían las más importantes para el procesamiento de la información y para la incapacidad de respuesta cognitiva de la mayoría de los pacientes esquizofrénicos.

Esas dificultades se encuentran con mayor frecuencia en las conexiones corticales del lóbulo temporal izquierdo y las temporo-frontales.

“Por su parte la funcionalidad genéricamente hablando se define como la capacidad de adaptación del individuo a sus necesidades personales, familiares, sociales y laborales. Es la habilidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo, desempeñar una serie de roles socialmente definidos en una determinada cultura y participar e integrarse en diferentes actividades sociales- recreativas.

Los componentes de la misma son: capacidad cognitiva y afectiva intacta, capacidad volitiva y conativa conservada, capacidad laboral, capacidad de relación social, capacidad de planificar el futuro y capacidad de integración a la sociedad”. (San Juan, J.; Prieto, L.; Olivares, J.; Ros, S.; Montejo, A.; Ferré, F.; Moyoral, F.; González-Torres, M.; Bousoño, M, 2002, p. 1-15)

Una de las dimensiones más importantes de la funcionalidad son las denominadas funciones cognitivas, las cuales se componen de las funciones cognitivas básicas y las funciones de cognición social. Los autores anteriormente mencionados las

conocidas como funciones cognitivas básicas incluyen: la atención (capacidad para procesar varios estímulos al mismo tiempo o estímulos complejos), la fluidez verbal (capacidad que tiene una persona para generar palabras correctas en un determinado tiempo), la memoria de trabajo (capacidad de recordar palabras e imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta), la función motora (correcto desarrollo de la psicomotricidad), las funciones ejecutivas (capacidad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas relevantes). A su vez, las conocidas como funciones cognitivas sociales incluyen: la percepción emocional (la capacidad para percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal), resolución de conflictos (capacidad para encontrar soluciones ante un conflicto concreto), ejecución de las soluciones (capacidad para llevar a cabo y ejecutar las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto).

En la actualidad hay evidencias de que en la esquizofrenia tal déficit existe y que no se trata de un efecto secundario de la psicosis, sino que constituye una manifestación duradera y nuclear de la enfermedad.

El trastorno cognitivo tiene múltiples manifestaciones, pero una de las más perturbadoras es un defecto fundamental en la capacidad del individuo para manejar la información disponible. La magnitud del déficit cognitivo permanece estable a pesar de las fluctuaciones de los demás síntomas característicos.

El grado de disfunción cognitiva es un buen predictor de la discapacidad del paciente a largo plazo. Actualmente se le otorga cada vez más atención a la disfunción cognitiva en la esquizofrenia, la que se traduce en la creciente incorporación de escalas de evaluación y en la consideración de dicha disfunción como un dominio psicopatológico independiente. (Téllez, J., 2001)

San Juan (2002) plantea cómo a partir de las dificultades cognitivas en las funciones básicas (atención, memoria, lenguaje, etc.) éstos déficit repercuten en las funciones cognitivas sociales, en particular en la capacidad de percepción emocional y en la capacidad de resolución o afrontamiento de situaciones sociales conflictivas. Las dificultades presentes en estas funciones, son las que regulan el grado de adaptación social del paciente y por tanto en gran medida el pronóstico de la enfermedad. Esta desadaptación social puede inducir a situaciones de estrés crónico llevando a aumentar

el déficit cognitivo. Hay una creciente evidencia de que el funcionamiento cognitivo y no los síntomas positivos, son el determinante principal del resultado en la esquizofrenia. Ciertas áreas del funcionamiento cognitivo dan cuenta de la variedad significativa en los resultados funcionales. Específicamente, el desempeño en la atención, la fluidez verbal y el funcionamiento ejecutivo son un determinante fuerte para el funcionamiento comunitario, las habilidades de la vida independiente, el nivel ocupacional, las habilidades sociales y hasta incluso la habilidad para beneficiarse con la rehabilitación psiquiátrica.

El perfil de funcionamiento neuropsicológico del paciente con esquizofrenia muestra alteraciones muchos años antes de la presentación del primer episodio psicótico, e incluye manifestaciones clínicas como el pensamiento concreto y simbólico, un aumento en la sensibilidad, retraimiento social, pérdida de los límites del yo e incongruencia en el pensamiento o en la conducta, síntomas que se intensifican cuando hace eclosión la psicosis y aparecen los síntomas positivos como las ideas delirantes y las alucinaciones.

El déficit cognitivo no es resultado de la falta de cooperación y la distractibilidad del paciente. Las alteraciones cognitivas son síntomas primarios y permanentes que no mejoran con el tratamiento neuroléptico clásico.

La dificultad para emplear la memoria de trabajo o ejecutiva, la incapacidad para resolver problemas y utilizar la información y los frecuentes síntomas de perseveración sugieren la presencia de un compromiso del lóbulo frontal. (Sanjuan J. y Balanzá V., 2002)

Para Peralta y Cuesta (2000) la pérdida de funcionalidad depende en un grado diferente de los distintos síntomas, como así también a medio o a largo plazo de las discapacidades cognitivas del paciente. La presencia del deterioro cognitivo y de síntomas negativos impactan de manera contraproducente en la funcionalidad del paciente.

Según Olivares (1998) los síntomas negativos junto con las alteraciones cognitivas son la clave para comprender esta enfermedad (o mejor, este grupo de enfermedades), a nivel fisiopatológico, pues probablemente están más cerca de las

causas de la misma, e incluso en el origen de otros síntomas, como los síntomas positivos, que puede no sean más que reacciones estereotipadas de un cerebro con los déficits justos como para no poder afrontar situaciones ambientales complejas.

Los síntomas cognitivos básicos en el paciente esquizofrénico se caracterizan por la dificultad en la atención, pérdida en la fluidez verbal, disminución en la memoria de trabajo, enlentecimiento en la función motora, dificultad en la capacidad de abstracción y en las funciones ejecutivas.

Los síntomas cognitivos sociales en el paciente esquizofrénico se caracterizan por la dificultad en la percepción emocional, dificultad en la resolución de conflictos, dificultad en la ejecución de las soluciones. (Sanjuán, J et al., 2001)

Deterioro de las Funciones Cognitivas Básicas:

- Atención:

Según Viviana Alvarez D (citado en Téllez et al., 2001) la atención es la función cognitiva más comprometida en el paciente con esquizofrenia. Se la define como la capacidad para seleccionar del ambiente la información necesaria para realizar un adecuado proceso perceptivo e incluye la capacidad para centrar, fijar, mantener y cambiar el foco de atención de acuerdo con las circunstancias afectivas o ambientales.

En la atención se describen cuatro componentes:

Selectividad: es la capacidad de escoger o seleccionar una fuente de información por encima de otra. Es una función del lóbulo parietal izquierdo que es enriquecida por las aferencias de los lóbulos temporales y frontales.

Vigilancia y concentración: es la capacidad de mantener la atención; es una función del lóbulo parietal derecho y de sus conexiones.

Límite: la capacidad de atender no es ilimitada. Su finitud está relacionada con la acción del lóbulo parietal izquierdo, especialmente en lo concerniente con la duración de los estímulos auditivos y verbales.

Facilidad para desatender: se deriva de la flexibilidad de nuestro aparato mental y es la capacidad para mantener en cuenta la nueva información que sobrepasa la

importancia de la información actual. Es necesaria para el proceso adaptativo y está coordinada por la acción de los lóbulos frontales y temporales.

Los pacientes esquizofrénicos muestran un pobre desempeño en las modalidades atencionales: fallan en la selección y focalización de un estímulo, son incapaces de priorizar la información importante y desechar la irrelevante, presentan dificultad en el manejo de dos estímulos diferentes y simultáneos presentando alteraciones en la concentración, dificultad que aumenta con el esfuerzo continuo.

El déficit atencional se hace más aparente cuando se incrementa la complejidad o el número de operaciones cognitivas que deben completarse en un tiempo determinado.

Los pacientes con esquizofrenia presentan disminución en la velocidad del procesamiento perceptual y cognitivo, reducción en el tiempo de reacción. Los enfermos reaccionan más lentamente a los estímulos simples y presentan disminución de la capacidad para utilizar estímulos preparatorios o de aviso.

- Memoria:

Para Viviana Alvarez D (citado en Téllez, 2001) la memoria es una de las funciones cognitivas que primero se deteriora en la esquizofrenia, pudiendo con el tiempo comprometerse la memoria inmediata, la memoria visual y el aprendizaje. El primer síntoma de compromiso mnésico es el rápido olvido de los nuevos contenidos.

El compromiso de la memoria parece estar relacionado con las anormalidades del lóbulo temporal.

Los trastornos en la memoria y en el aprendizaje parecen estar relacionados con una falla en el uso espontáneo de claves contextuales, la codificación y recuperación de la información.

El perfil mnésico general es mucho más pobre en mujeres que en hombres con esquizofrenia.

Los pacientes presentan alteraciones en la capacidad de aprendizaje, de información verbal y no verbal pero pueden aprender habilidades procedimentales que involucran las funciones motoras, resolución de problemas y atención.

El paciente tiene dificultades para los nuevos aprendizajes, ya sean verbales o visuales resultados que sugieren una disfunción cerebral bilateral.

La memoria de trabajo es la responsable de retener la información por un corto período de tiempo a la vez que está siendo organizada. Los pacientes presentan compromiso en la memoria de trabajo porque tienen dificultad para manejar la información.

Los trastornos en la memoria sugieren un compromiso de las regiones frontales-temporo-límbicas.

- **Funciones ejecutivas:**

Las funciones ejecutivas son los procesos neuropsicológicos necesarios para la adaptación al medio, tales como la preparación, iniciación y modulación, el mantenimiento del estado de alerta, la resolución de problemas cuyas soluciones no son obvias y el automonitoreo del comportamiento voluntario. Las dificultades en la abstracción de conceptos supone una disfunción de los circuitos frontales, especialmente a nivel orbito frontal y dorso-lateral. (Téllez et al., 2001)

- **Fluidez verbal:**

Es la capacidad que tiene una persona para generar palabras correctas en un determinado tiempo.

En la esquizofrenia se observa que la conversación se vuelve más superficial que antes: el paciente se expresa con más dificultad, es más regresivo en sus conceptos y menos preciso. La conversación es menos fluida, parece que cuesta “arrancarle las palabras” y responde con monosílabos al no poder argumentar, ni extenderse en explicaciones más allá de la pregunta concreta (pensamiento concretista). Difícilmente rompe un silencio y espera a que alguien se dirija a él o ella antes que interrogar.

La fluidez verbal está asociada al funcionamiento de la región prefrontal del cerebro y también a la región temporal.

- Funciones motoras:

Los trastornos motores han sido especial objeto de atención tanto en las descripciones clásicas como para la evaluación de los efectos secundarios de la medicación.

El enlentecimiento motor es una característica de algunos de estos pacientes y puede ser agravado por la medicación neuroléptica.

Especial mención merecen las pruebas de lateralidad motora ya que hay numerosos estudios que sugieren un trastorno en la laterización de estos pacientes. (Tabares et al., 1999, citado en Sanjuán et al., 2001)

Deterioro de las funciones cognitivas sociales:

Sanjuán y Balanza (2002) manifiestan que el concepto de funcionamiento social engloba un sustrato de funcionamiento cognitivo básico (atención, memoria, concentración y procesamiento), una serie de habilidades instrumentales necesarias para la vida cotidiana (higiene, apariencia, tareas domésticas, manejo del dinero, etc.) y un repertorio de interacciones sociales que exige el desempeño de un determinado rol (esposo, amigo, vecino, trabajador, compañero, etc.).

Las funciones cognitivas sociales incluyen la percepción emocional, la resolución de conflictos y la ejecución de soluciones:

- Percepción del afecto:

La percepción del afecto o percepción social es la habilidad para percibir, interpretar y procesar correctamente la expresión emocional en los demás. Esta es considerada una habilidad cognitiva social compleja que descansa en la integridad de un set selecto de procesos neurocognitivos básicos.

Los déficits para reconocer e interpretar los gestos, las palabras y transformarlos en términos de intenciones, conocimientos y creencias permiten explicar la mayoría de las dificultades del funcionamiento social encontradas en estos pacientes.

- Resolución de conflictos:

Se define a la resolución de conflictos como las habilidades de procesamiento que consisten en la generación de varias respuestas alternativas sopesando las consecuencias de cada una y seleccionando la más indicada.

En el paciente esquizofrénico existe una gran dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto.

- La ejecución de soluciones:

Se define a la ejecución de las soluciones a la capacidad de llevar a cabo y ejecutar las respuestas ante un problema concreto, es decir, integrando la opción elegida con sus componentes verbales y no verbales de manera que resulte lo más efectiva posible para conseguir una respuesta socialmente deseada. Esta dificultad en la ejecución de soluciones se hace muy evidente en los pacientes esquizofrénicos. (Sanjuán et al., 2001)

Acerca de la rehabilitación cognitiva

El concepto de rehabilitar implica reeducar; por este motivo, las técnicas a desarrollar deberán incluir una metodología educativa y psicopedagógica que utilice tanto los señalamientos como el acompañamiento y el sostén del paciente, ayudándolo a reconocer y a tolerar sus limitaciones.

La rehabilitación crea en el individuo un nivel básico de confianza en si mismo; la posibilidad de mantener estabilizada la enfermedad aumenta tanto el grado de autoconfianza del paciente como el del medio social hacia él. El objetivo final es que los logros obtenidos en el medio rehabilitatorio se puedan transferir a los distintos ámbitos en los que el paciente se desenvuelva. Por ello, la rehabilitación es un proceso cuyo éxito implica que el paciente tenga mejores niveles de socialización.

En el marco de la rehabilitación psiquiátrica, una de las funciones del equipo multidisciplinario es la de proveer al individuo de los elementos que le permitan un adecuado desempeño psicosocial. La incorporación de habilidades y el aprendizaje de la administración de sus recursos, psicológicos, económicos y sociales le facilitan su reinserción en el medio sociolaboral más adecuado para él. Se utiliza un enfoque

práctico con técnicas basadas en sólidos fundamentos teóricos. En los programas de rehabilitación los abordajes terapéuticos se llevan a cabo según cada patología. (Fernández Bruno, M. Gabay, 2003)

Siguiendo a Eduardo Leiderman podemos decir que la rehabilitación cognitiva consiste tanto en “reparar” la función alterada así como en desarrollar nuevas capacidades que reemplacen o compensen a las deficitarias, reduciendo la demanda de los estímulos o de su procesamiento sobre las mismas. De esta forma, no solo se trabaja con un modelo restaurador que supone corregir los déficits, sino también con un modelo compensatorio cuyo énfasis está puesto en minimizar las incapacidades.

Acerca de la creatividad

La creatividad se ha definido de distintas maneras. Muchas de estas conceptualizaciones responden a una perspectiva teórica particular, lo que conduce no solo a la dificultad para conceptualizar el término, sino también a problemas metodológicos y metateóricos de importancia. (Perkins 1993). Además el común denominador en todas las definiciones de creatividad son los factores que la componen: fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración. Esto lo señaló Guilford (1967) quien fue el precursor y el autor de mayor reconocimiento a nivel internacional sobre el tema.

Según Brown (en Glover. Ronning & Reynolds, 1989) la creatividad se ha considerado de acuerdo a cuatro concepciones a saber:

1. *Un aspecto de la inteligencia.* Desde 1890 se han llevado a cabo estudios mediante pruebas de inteligencia que sostienen que existen 10 funciones o factores mentales, uno de los cuales es la creatividad que puede medirse utilizando instrumentos psicométricos.

2. *Un conjunto de procesos complejos de generación de ideas novedosas que surgen de manera abrupta, a partir del insight o la iluminación.* Estas ideas son producto del inconsciente, luego son evaluadas por la conciencia, la cual, en muchas ocasiones, censura la producción creativa.

3. *Un aspecto de la solución de problemas.* Diferentes modelos de solución de problemas incorporan el tema de la creatividad y su instrucción en programas de adiestramiento (Arnesto, 1997). Así, en toda solución de problemas es preciso, en primer término la selección del mismo, luego la generación de ideas para la solución del problema, la observación de las consecuencias positivas y negativas de cada una de las soluciones alternas propuestas y, finalmente, la selección de una de ellas, que será sometida a verificación. Además, cuando se trata especialmente de un sujeto creativo que funciona para resolver problemas, optará por una actitud de constante curiosidad y elaboración, que se traduce en un proceso de transformación y reestructuración cognitiva.

4 *Un proceso asociativo.* Según Spearman (en Glover et al., 1989) la generación de ideas creativas se explica por tres procesos genéticos que son: los principios que guían la experiencia de la personas, los principios que orientan las relaciones entre elementos y los principios de correlación entre los elementos. Estos tres procesos funcionan de acuerdo a asociaciones entre una idea central y otras ideas. Dicha asociación se somete a diversas transformaciones o cambios que permiten arribar a una nueva idea, a un producto creativo.

A los efectos de esta exploración, conceptualicé la creatividad como un aspecto de la resolución de problemas, esto es, una actividad cognitiva que tiene como resultado soluciones nuevas a un problema (Guilford, 1967). De esta manera, constituye una conceptualización encuadrada en el marco de la Psicología Cognitiva más precisamente en el paradigma del procesamiento de la información. Por lo tanto podemos definir a la creatividad como la producción de respuestas originales en entornos de solución de problemas, considerando las aptitudes fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración que destaca Guilford (1961) como factores componentes de la creatividad (Arnesto, 1997).

La producción de respuestas originales es una actividad cognitiva compleja, capaz de generar soluciones nuevas y diversas, en sentido estadístico, ante una situación-problema dada, a partir de la integración entre:

- a. procesos cognitivos más simples,
- b. conocimiento previo (actualizado selectivamente, resignificando y transferido positivamente), y
- c. conocimiento nuevo (nuevas representaciones y significados que constituyen un proceso de construcción y descubrimiento). Las habilidades o aptitudes cognitivas básicas que constituyen la producción de respuestas originales son tal como lo anticipara anteriormente y retomando a Guilford (1967):
 - a. Fluidez. Habilidad cognitiva que permite producir diversas ideas o soluciones expresadas en forma verbal, gráfica o motriz en un lapso de tiempo determinado,
 - b. Flexibilidad, Habilidad cognitiva para cambiar de enfoques de solución ante un problema,
 - e. Originalidad. Habilidad cognitiva que posibilita la producción de ideas inusuales (de baja frecuencia estadística), y
 - d. Elaboración. Habilidad cognitiva que implica la capacidad de integrar conocimientos previos con otros nuevos, completar detalles y organizar planes para generar respuestas,

La creatividad se estudia según cuatro aspectos (Woodman & Schoenfeldet 1971), a saber 1-procesos creativos, 2-productos creativos, 3-personalidad creativa, y 4-situación o ambiente propicio para la creatividad.

Por lo tanto se considera a la creatividad como un fenómeno complejo que no puede interpretarse analizándolo desde un modelo lineal (Guilford, 1982). Esta sería una visión reduccionista del fenómeno de generación de ideas. Por el contrario, la tarea requiere un modelo de cognición creativa que incluya una concepción dialéctica de la interacción sujeto cognitivo-objeto cognitivo.

Acerca de la Psicología Cognitiva

La terapia cognitiva según (Brarda, 2007) es una clase de psicoterapia con aproximación pragmática, enfocada a la resolución de problemas. Estructurada, activa,

directiva, orientada a metas, limitada en el tiempo y de base empírica, desarrollada para el tratamiento de trastornos psiquiátricos.

Su praxiología es coherente con el modelo médico asistencial, así como su esqueleto conceptual resulta flexible para la integración de múltiples vías de abordaje teórico-técnico de otras escuelas psicoterapéuticas. En su coherencia intrínseca se hallan analogías propias del desarrollo de la neurociencia actual. La organización dinámica del sistema nervioso central, con el conocimiento que actualmente tenemos de su actividad, nos permite plantear la formulación de reglas isomórficas de funcionamiento entre el nivel descriptivo fisiológico y el nivel descriptivo psicológico. Siempre desde una concepción monista psico-neural superadora del dualismo cartesiano tradicional (Bunge, 2004). Al mismo tiempo, los principios sustentados por las ciencias cognitivas, que en su clásica versión de análisis de representaciones se ocupan de los sistemas procesadores de información en general, pueden aplicarse de forma homologable tanto a nivel psicológico como neurofisiológico a través de reglas de correspondencia operacional.

El planteo teórico sostiene que los procesos cognitivos y su relación con lo emocional son mediadores en la perpetuación de la patología. Por tal razón, todo cambio en el sistema cognitivo se trasuntará en sucesivos cambios sintomáticos y conductuales.

El campo de la Psicoterapia Cognitiva queda actualmente definido en tres conjuntos distinguibles entre sí:

- I. El cognitivo conductual;
- II. El modelo de reestructuración cognitiva
- III. El constructivista/construccionista.

I. El primer conjunto de teorizaciones fusionó el legado de la Terapia Conductista, no precisamente por la fuerza explicativa de sus conceptualizaciones teóricas ya caídas en descrédito, sino por la eficacia demostrada en cuanto a tecnologías aplicadas a trastornos psicopatológicos bien definidos.... Lo que ocurría dentro de la “caja negra” era crucial, según lo demostró entre otros Bandura (1969), al observar que los refuerzos percibidos o atribuidos eran más reforzadores que los refuerzos reales. Es allí donde las variables mediacionales, léase cognitivas, arriban a escena. El modelo conductista fue

sustituido por uno nuevo, acorde con el espíritu de la época y con los avances de un conjunto de nuevas disciplinas operando en conjunción. Me refiero a las ciencias cognitivas, con su paradigma del procesamiento de la información.

Aquellos principios operativos como el refuerzo, la extinción, la desensibilización, etc., permanecieron operativos aunque reformulados en dirección a los nuevos vientos epistemológicos.

II. Se desarrollaron entonces sistemas psicoterapéuticos con aplicaciones novedosas en términos de intervención clínica, como el racional-emotivo de A. Ellis y luego el de reestructuración cognitiva planteado por A. Beck.

Este segundo modelo puede ser graficado con el siguiente esquema:

A -----B-----C

Donde “A” es el acontecimiento vivenciado “B” es la creencia activada por la situación desencadenante y “C” son las consecuencia tanto emocionales como conductuales.

El terapeuta debe mantener un estilo participativo, activo y directivo dentro del *setting* terapéutico, bajo condiciones de sostener una actitud positiva y optimista que ofrezca un efecto de modelado adecuado para un aprendizaje vicariante.

III. Los cambios constructivistas parecieron correr a la par del espíritu de la época, marcado por el relativismo característico de la posmodernidad y, simultáneamente, por los cambios del paradigma científico contemporáneo: el auge de la biología, la teoría del caos y las ciencias de la complejidad. Muchos desarrollos teóricos basados en constructos explicativos novedosos, se alejaron de la causalidad lineal y se acercaron a la circularidad de las intervenciones sistémicas.

El terapeuta queda así desmonopolizado de la “verdad objetiva” y se enfatiza por sobre todo el carácter creador de la praxis humana en la que se incluye, obviamente el ejercicio psicoterapéutico. Del conjunto de autores reconocidos en el modelo cognitivo, se podría identificar a una parte de ellos como pertenecientes a uno solo de estos tres conjuntos teórico-técnicos, pero otros vuelan con libertad entre las tres aproximaciones según la necesidad que los pacientes presentan en la consulta.

La definición de Isabel Caro acerca de lo prototípico de un psicólogo cognitivo me parece muy clara: La terapia cognitiva busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas, y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados.

Otra definición esclarecedora es la de Vittorio Guidano: el terapeuta es un observador estratégicamente orientado, cuyas intervenciones provocan un efecto discrepante capaz de gatillar una modificación en la visión que el paciente tiene de sí mismo.

Los terapeutas cognitivos, respecto de nuestra práctica, hablamos de objetivos, estrategias y técnicas.

El tema de los objetivos es fundamental. Dado que la psicoterapia es una construcción, es necesario explicar el propósito de este viaje compartido. Los terapeutas evalúan los fundamentos para decidir los objetivos de la terapia, que pueden coincidir o no con los del paciente. Lo importante es llegar a un acuerdo respecto a la finalidad de la terapia, que incluye lo necesitado y lo posible de alcanzar.

En la estrategia terapéutica se enfocan los lineamientos generales que guiarán la psicoterapia para alcanzar los objetivos. En esta variable intervienen las conceptualizaciones teóricas en las que se apoya el profesional; la selección del tipo de abordaje que se elige para ese paciente en especial (individual, grupal, familiar, psicofármaco, etc.) y las combinaciones necesarias; la evaluación de alcance y limitaciones de los recursos del paciente; la detección de las dificultades; los recursos terapéuticos con los que se cuenta; las características más adecuadas respecto al estilo personal del terapeuta y al tipo de vínculo terapéutico; las predicciones pronósticas que permiten anticipar los cambios positivos, los obstáculos probables y la actuación consecuente.

Las técnicas deben ser secundarias a la estrategia. Las técnicas son procedimientos útiles que deben fluir naturalmente del profesional experto de acuerdo a su estilo personal, sus conocimientos y adecuación al tipo de paciente y sus necesidades.

El terapeuta cognitivo utiliza técnicas propias del cognitivismo tanto como aquellas provenientes de otras líneas, pero dentro del espíritu cognitivo. El profesional busca perturbar a alterar la atribución de significados que llevan al individuo a sentir, pensar y actuar de manera disfuncional, configurando diversas patologías.

Caben destacar dos características positivas del terapeuta a la hora de hablar de técnicas: la creatividad y el sentido común.

Cuando el terapeuta baja de la teorización a la práctica, es fundamental que deje fluir la creatividad que le permitirá, con cada paciente, ingresar a su mundo privado y construir el camino del cambio. La rigidez y la falta de creatividad atentan contra la relación terapéutica. El terapeuta puede desarrollar versiones creativas de las técnicas conocidas o desarrollar nuevas técnicas que tengan sentido para determinado paciente y ciertas problemáticas.

El sentido común es fundamental también, no se puede pedir por ejemplo, que un paciente que atraviesa un período confusional traiga una tarea organizada a la sesión. Pero se le puede ayudar durante las sesiones a una paulatina organización de su accionar.

Antecedentes

Miguel Angel Materazzi, Medico Psiquiatra y Psicoterapeuta, Prof. Consulto de la Facultad de Medicina, Presidente de la Fundación Finteco, Director del Hospital José T.Borda, Vicepresidente de la Sociedad Argentina para Estudios de las Drogadependencias, Secretario General de la Sociedad de Psicología Normal y Patologica de la Expresion. Materazzi ha realizado hasta el presente treinta films con técnica psicocine (año 2000), y una veintena más en el área titulada Psiquiatría Crítica.

Materazzi plantea que este “trabajo es el esfuerzo coordinado destinado a ampliar y acentuar la labor de investigación y tratamiento en la esfera de la salud mental tanto en la perspectiva individual como en la comunitaria, su propósito es introducir nuevos métodos de comunicación terapéutica en el vasto campo psiquiátrico de la rehabilitación y acrecentar los aportes ya realizados por maestros como Moreno, Bach, Slavson, Rodrigué etc. creadores y promulgadores de técnicas psicoterapéuticas grupales.

Dentro de este amplio campo la investigación se realiza en las técnicas grupales programáticas y en su aplicabilidad al paciente psicótico; elaborando y comunicando una nueva corriente psicoterapéutica dentro del sector anteriormente descriptos, denominada “psicocine”, dinámica aplicada para reconocer, reflejar e interpretar las fuerzas psicológicas que operan en las situaciones grupales de pacientes psicóticos, quienes tienen la posibilidad de expresarse a través de un film mediante la elección del argumento, preparación del guión y la interpretación.

Este acto poseerá dos vertientes: una la de devolver al grupo su imagen, gestualidad, voz, interacción, código, etc., posibilitando la profundización de la comprensión, estudio y tratamiento de un paciente como el psicótico, el cual posee, dentro de su multifacética sintomatología, aspectos primordiales, a tener en cuenta para poder rescatarlos de su autismo, abulia, desinterés o delirio. La pérdida de su esquema corporal a través de esta técnica se logra rescatar, al poder cotejar desde su accionar, además de posibilitarle la movilidad de roles sacándolo de su estereotipia; la otra vertiente la constituye el enfoque comunitario: pues su producto fílmico, origen de un grupo marginado, ejecuta la tarea de concientización tratando de efectuar una real “prevención primaria psiquiátrica”, al informar, desestigmatizar y tratar de romper con el prejuicio de la comunidad sobre el paciente psiquiátrico y sus instituciones, y ser “objeto intermediario” entre la comunidad, el equipo psiquiátrico (multidisciplinario) y el paciente.

El psicodrama es una forma de psicoterapia, ideada por J. L. Moreno, inspirada en el teatro de improvisación y concebida inicialmente como grupal o "*psicoterapia profunda de grupo*" (Moreno, J.L., 1959b, p.108).

Moreno presentó al psicodrama como "*una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada*" (Moreno, J.L., 1946, p.177). Según su creador: "*Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción.*" (Moreno, 1946, p.10). "*El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento.*" (Moreno, 1946, p.177).

Moreno en su texto *Psicomúsica y Sociodrama* nos presenta un dispositivo terapéutico que se desprende de el psicodrama que el denomina cinematografía terapéutica; Moreno nos dice, “En las películas terapéuticas ya sean para el cine o la televisión, la selección de los conflictos, la construcción de los argumentos, la elección y el entrenamiento del elenco deben efectuarse de acuerdo con los principios psicodramáticos. Pero el cinematógrafo como medio incorpora factores que se hallan ausentes en una sesión de psicodrama. Esta última constituye un acontecimiento que ocurre en una oportunidad determinada para un público singular. Se propone producir un beneficio catártico tanto para los actores como para el público. La película terapéutica es un hecho reiterable, y de beneficio catártico solo para el público. Puede, en cambio, aparecer simultáneamente y sucesivamente ante una cantidad innumerable de públicos. El foco de una sesión psicodrama no es otro que un público inmediato y singular; en la película terapéutica la atención se concentra en públicos futuros aun invisibles. El director psicodramáticos actúa en continua interacción con el público, analizando la acción no sólo según lo requiera la producción escénica, sino también según requiera el comentario, el ascenso y el decaimiento de la atmosfera emocional del público. Y existe otra dificultad técnica que surge del medio mismo. Solo una pocas de las acciones e interacciones informales y espontaneas que son propias del psicodrama se prestan a la fotografía. La captación inadecuada de las imágenes podría convertir la actuación más espontánea en algo deformado y artificial. El problema psicotécnico consiste pues en cómo producir un film de modo que se aproxime en la medida de lo posible a la atmosfera de la actuación espontánea, y en cómo construir el film de modo tal que proporcione al publico la ilusión de una comunicación directa con el mismo.

CONTEXTUALIZACION DE LA PRÁCTICA

La practica supervisada se realizo en la institución Casa Club Bienestar, la cual se encuentra ubicada en Barrio San Salvador, en la calle Chaves 48.

Casa Club Bienestar es un centro de día especializado en el tratamiento ambulatorio de las personas portadoras de esquizofrenia y trastorno bipolar y centrado en los principios de la rehabilitación psiconeurocognitiva y social. Surge el 24 de Octubre de 1999, como continuación del proyecto que nació en 1992 con ACAPEF (Asociación Cordobesa de ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia); teniendo como antecedente las “Club House” de EEUU, España, correspondiente con un enfoque integral innovador del tratamiento de la esquizofrenia, que se aplica principalmente en estos países.

Se trata de ayudar a estas personas para que alcancen el máximo desarrollo de su autonomía personal, social y laboral, promover el mayor grado posible de integración en la sociedad, así como acompañar y asesorar a sus familias. Se trata de un enfoque que apunta a mejorar la calidad de vida, frente al deterioro psiconeurocognitivo, que ocasionan estas patologías.

Su capacidad de atención se sitúa entre 40-50 socios los cuales asisten tiempo completo de 9 a 17hs, de lunes a viernes, pudiendo ser menor la jornada en función de las necesidades de cada persona.

El programa de rehabilitación psiconeurocognitivo social y laboral tiene como finalidad que las personas recuperen, desarrollen y mantengan sus capacidades cognitivas y de socialización, tendiendo a desarrollar recursos de rehabilitación y soportes necesarios para posibilitar el mantenimiento en la comunidad de las personas que tienen una enfermedad mental, evitando en lo posible las recaídas y el deterioro psicosocial producido por la enfermedad y maximizando el funcionamiento personal y social de éstas personas.

Objetivos de la institución

- Posibilitar la adquisición, recuperación y utilización de habilidades personales y sociales para desenvolverse con autonomía en el medio familiar, social y laboral.
- Promover el desempeño de roles sociales (estudio, trabajo, relaciones y ocio).
- Prevenir el riesgo de recaídas, rehospitalizaciones e institucionalización.
- Potenciar la integración social, apoyando la inserción en contextos normalizados.
- Ofrecer soporte social, afectivo y seguimiento en la comunidad.
- Ofrecer apoyo, psicoeducación y entrenamiento en habilidades de convivencia a las familias.

- Promover una visión realista evitando el estigma social en la comunidad
- **Perfil**

Los socios son personas portadoras de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los criterios para que puedan ingresar a la casa, luego de una entrevista de admisión, son los siguientes:

Tener entre 18 y 65 años

Diagnóstico de Esquizofrenia y otras psicosis.

Síntomas clínicos estabilizados.

Encontrarse en tratamiento. La indicación de asistencia al centro de día la debe dar el médico psiquiatra de cabecera.

PRESTACIONES Y ACTIVIDADES

Rehabilitación psiconeurocognitiva

Se trata de actividades que apuntan al entrenamiento, recuperación y adquisición de habilidades orientadas a la prevención de recaídas y mejora del funcionamiento personal y social.

La modalidad de trabajo es a través de Laborterapia que se orienta en función de los intereses y posibilidades de los socios, conforme a su evolución, y funcionamiento previo:

Área terapéutica:

- Entrevistas de evolución semanal a los socios
- Supervisión de la medicación
- Entrevistas de devolución anual
- Dispositivos grupales

Área Talleres:

- Radio (se emite en vivo el programa los días jueves FM 88.7)
- Cocina
- Folklore
- Expresión Corporal

- Musicoterapia
- Plástica
- Huerta
- Literatura
- Música
- Cine–Debate (con salidas a salas comerciales una vez por mes)
- Computación
- Carpintería
- Lúdico
- Gimnasia – Fútbol Básquet
- Artesanía
- Inglés
- Lectura

La misma cuenta con proyectos laborales protegidos, como la boca de expendio de productos panificados, *La Preferida* y el proyecto laboral *La Rueda*: que agrupa los trabajos en fotocopiadora, artesanías y telar, que apuntan a la rehabilitación laboral.

Los fines de semana cuentan con un espacio de recreación, los días sábados de 16 hs a 19 hs se reúnen a realizar actividades como futbol, vóley juegos de cartas, etc., este espacio es coordinado por profesores de educación física como también por A.T.

El mismo día a la noche de 21 a 24 realizan salidas a distintos locales gastronómicos de la ciudad, a comer y compartir una salida nocturna, este espacio esta coordinado por dos psicólogas.

Para finalizar, en el receso de verano a partir del año 2005, se han organizado vacaciones para los paciente, en un principio el lugar elegido fue Villa Giardino, en el hotel de Luz y Fuerza, luego se incorporo Vaquerías y este año se anexo como destino San Clemente del Tuyu, en le mar argentino. Las vacaciones están coordinadas por Psicólogos y A.T. Todos estos espacios se presentan como una propuesta de extensión en la rehabilitación, la importancia de estos, radica en que los mismos están insertos en el espacio social compartido por la sociedad en su conjunto.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

¿Como comenzar a sistematizar esta práctica?, creo es una pregunta válida ante tanta experiencia que en estos 6 meses me han nutrido, ¿que poner?, ¿que definir como importante?, creo que un primer aproximamiento seria describir el primer día de la practica, ya que condensa el espíritu que acompañó esta experiencia. Cuantas ganas, ansiedad, miedos, prejuicios, dudas, preguntas, me acompañaban en ese primer día; nos teníamos que encontrar con la directora de la institución, para definir como operacionalizar la practica, al entrar por la puerta, mil miradas me atravesaron, me preguntaron quien era, que hacia, porqué estaba allí, ¿que debía responder? hasta donde contar, de que servía haber estudiado!!!, me encontraba paralizado, buscando alguien que me salve.... y ahí los profesionales me saludaron, que alivio, ahora me encontraba a salvo, tranquilo, algo que conocía, alguien que me podía ayudar, pasamos a la oficina, la reunión fue corta, acordamos los horarios y me toco el turno tarde; qué iba a aprender, cuantos prejuicios iba a derrumbar, cuantos miedos vencer, no lo sabía, pero sí sabía que no estaba solo; un equipo de profesionales me recibieron muy bien, me sentí contenido y con esa sensación aparecieron mis ganas de conocer las personas que se habían acercado, cómo podía ayudarlas, quienes eran; se mostraron cálidos y me permitieron conocerlos, escucharlos...quería saber que se hacía desde la institución para que se rehabilitaran, como también que tenia un supervisor por la facultad con el que podía exponer mis ideas, que me orientaría y contendría en este proceso.

La práctica supervisada fue realizada de lunes a viernes de 14 hs a 17 hs.

Esta se desarrollo en un periodo de seis meses durante el año 2009/10. En una primera instancia, se recibió información teórica de las patologías: esquizofrenia y trastorno bipolar; y del funcionamiento institucional, las actividades se realizaron principalmente en el rol de observador no participante: en las terapias grupales, reuniones de psicoeducación a familiares, investigación, reuniones de equipo y de supervisión; y como observador participante en los talleres de rehabilitación y salidas recreativas.

La institución Casa Club tiene como objetivo la rehabilitación psiconeurocognitiva y psicosocial, de las personas portadoras de esquizofrenia y trastorno bipolar, utilizando la teoría cognitiva conductual, desde donde se apoya para ver, escuchar y tratar ambas patologías.

Las funciones del psicólogo en la institución consisten en: la coordinación general de Centro de Día, organizar las actividades a realizar y la rutina institucional, observación participante dentro de en los talleres, planificación de estrategias para la mejor adaptación y rehabilitación del paciente, entrevistas de admisión y derivación, evaluación clínica del paciente para realizar las actividades indicadas, evolución bisemanal en las historias clínicas. apoyo y contención al personal técnico para su mejor desempeño, entrevistas mensuales familiares, entrevista de devolución anual al paciente y su familia, organización general de eventos y fiestas institucionales, atención y recepción de asesoramientos telefónicos. Así mismo, la institución cuenta con una psicóloga externa, que supervisa tanto a los profesionales terapéuticos, técnicos como a los pacientes talleristas.

A continuación describiremos brevemente las actividades realizadas en este período:

En este primer momento de la práctica se observó los diferentes talleres y actividades realizadas en la institución, en el rol de observador no participante, con el fin de realizar una primera aproximación a las actividades institucionales.

Mi horario de entrada era a las 14 hs, las actividades de los pacientes comenzaban después de almorzar, a las 14:15 hs, excepto la terapia de grupo que comenzaba 14.30 hs, los días lunes; los martes de 14:15 hs a 15:15 hs, taller de inglés, música terapia y lúdico, a partir de esa hora el taller era gimnasia dividido en varones y mujeres; los miércoles taller de rock, aikido, artesanía y artesanía en aluminio; los jueves taller de carpintería, lectura, música terapia, inglés, y luego gimnasia, y los días viernes taller de cine-debate.

A los fines de los objetivos planteados se describirá con más detalles el taller de cine-debate: El mismo se realiza los días viernes a partir de las 14:15 hs, este está organizado en 3 etapas: la primera consiste en la organización del mismo, un grupo de pacientes se encargan de buscar las carpetas y planillas de los compañeros, poner en condiciones la sala de cine (conectar el DVD y la televisión), esta actividad está a cargo de un paciente encargado de la actividad y la participación de otros paciente que van rotando, con la finalidad de que todos participen.

En una segunda instancia se completa una primera parte de la planilla de cine, con la fecha, nombre del paciente, nombre del film y a qué género le parece que corresponde la película por ver; luego se pasa a la sala a ver el film. En general esta instancia se realiza de manera ordenada, con excepción de los pacientes más negativos, los cuales requieren más intervención del coordinador y del equipo terapéutico, en general los pacientes se presentan expectantes y entusiasmados frente a la película, esta actitud suele cambiar en algunos pacientes una vez comenzado el film, o bien porque no les gusta el género, o el film, o porque les cuesta sostener el taller. Esto último suele coincidir con, los pacientes que tienen menos tiempo de rehabilitación y los pacientes más deteriorados cognitivamente y/o más negativos.

En una tercera instancia, se completa las preguntas de la planilla y se pasa a leer en voz alta cada uno para debatir el contenido en el grupo. La actividad es realizada por lo general, aunque les resulta dificultosa, con buen ánimo, excepto en casos puntuales que requieren un acompañamiento más cercano por parte del coordinador y de los psicólogos. Los objetivos de este taller son: trabajar las cogniciones básicas principalmente: atención, memoria y fluidez verbal; así como, favorecer la organización del paciente durante el taller, respetando los horarios, pautas y dinámica del mismo.

En general el taller se desarrolla de manera organizada, los pacientes conocen y realizan las actividades sin demasiadas intervenciones del equipo terapéutico, con dos excepciones, la primera, si surge alguna modificación en el taller y la segunda con los pacientes, que por tener poco tiempo en el tratamiento o presentar sintomatología negativa, mayores déficits cognitivos y desorganizativos, requieren una intervención más activa del equipo terapéutico y del coordinador, para generar estrategias que ayuden al paciente a sostener el taller, siempre teniendo en cuenta los tiempos del paciente en su evolución personal y psicopatológica.

En la primera parte del taller, se observa una gran ansiedad de parte de los pacientes por conocer qué película se va a ver y la duración que tiene el film. El ánimo del grupo hacia la actividad en general es bueno, sin embargo cuando algún paciente presenta alguna oscilación en su enfermedad o estado de ánimo, se observa claramente la negativa o resistencia a participar del taller, ya que es un taller que exige cognitivamente.

En los comienzos de este taller allá por el 2004, el mismo consistía en la proyección de una película, donde el debate se realizaba de manera informal y donde se buscaba que el paciente pueda sostener el film, sin un trabajo posterior en relación a este. En el año 2005, se incorpora la planilla de cine, que tenía como finalidad el trabajo posterior del film con una puesta en común por parte del grupo, ya que se había detectado dificultades de los pacientes en recordar, comprender y expresar lo que ocurría en la película, la planilla ha tenido modificaciones, procurando profundizar y ampliar lo trabajado en la misma, con aportes de los pacientes, del equipo terapéutico y del coordinador. En este momento se conforma de los siguientes ítems: fecha, nombre del paciente, puntaje del 1 al 10 con el que califica el film, nombre de la película, géneros (donde se presentan “x” cantidad de categorías de uso en la materia) y las siguientes consignas: ¿Qué te gustó más?, ¿qué no te gustó?, Elabore un final alternativo, ¿cuántos personajes principales hay en el film?, ¿cómo estima la duración de la película (tiempo real y vivencial)?, Comente brevemente de qué se trata la película (argumento).

Para completar la planilla hay dos modalidades que interactúan, una es individual y la otra en grupos de 3 o 4 pacientes. Frente a la primera modalidad, se identifican mejor los déficits cognitivos de cada paciente y por consiguiente, qué trabajar con cada uno de ellos de manera más específica. En la modalidad grupal, el paciente debe compartir y ponerse de acuerdo registrando al compañero y debatiendo lo que para el grupo es importante, enriqueciendo lo trabajado en la planilla; pero se evalúa la dificultad de poder discriminar qué trabajar con cada paciente y cual de estos trabajos y cuál no, por lo que estas modalidades rotan entre sí.

A partir del 2006, se incorpora al taller una salida mensual a las salas de cine comercial. En este espacio participan entre 45 y 50 paciente y 5 coordinadores como una propuesta de extensión del taller al espacio social, teniendo como objetivo el entrenamiento de habilidades sociales, tolerancia a la frustración y manejo del estrés en un ambiente no protegido. Durante dos años se fue al cine Hoyts del Nuevocentro Shopping y desde el 2008, a la actualidad al cine Cinerama, lo que se pudo advertir es que este espacio es muy esperado por los pacientes, se los observa entusiasmados, con buena predisposición a la actividad, pudiendo realizar una actividad que la mayoría llevaban años sin realizar. Para la salida al cine se seleccionan dos film, pudiendo cada

uno elegir por deseo la película que irá a ver, De la cantidad de personas que se anota en cada película se la divide en grupos de a 4, donde una de ellas es el coordinador del grupo. Generalmente los pacientes lo toman como un reconocimiento a su buena evolución, dentro de las funciones del coordinador se encuentran: funcionar de nexo entre los coordinadores terapéuticos y el grupo, facilitando las tareas organizativas, juntar al grupo y preguntar cuántos cospeles necesitan, que el grupo no se disperse, decidir con el grupo qué van a consumir, recibir las entradas y repartirlas, entre otras. Una vez formados los grupos, se va a tomar el colectivo; en este momento, se observa un gran estrés y desorganización y automatismos por parte de los pacientes, demandando la intervención del equipo terapéutico, de manera más activa y conteniendo al grupo. Una vez en el cine el coordinador del sub-grupo comunica a un coordinador terapéutico qué decidieron consumir y esperan el pedido, luego reciben las entradas y ingresan a la sala, cuando el film terminó juntan al grupo para tomar la medicación aquellos que lo requieran y realizar un debate informal.

Es una salida donde se observa el estrés de los pacientes y donde los coordinadores terapéuticos tienen que contener y acompañar al grupo, sin embargo se observa un buen ánimo frente a la propuesta y gran interés por participar, disfrutando de la salida.

Esta salida exige al paciente, presentando muchas situaciones estresantes, que deben ser evaluadas por el equipo terapéutico, caso por caso para que el paciente pueda realizarla, de manera que los niveles de estrés sean tolerados frente a su vulnerabilidad. También hay casos donde el paciente está preparado para realizar la experiencia pero presentan una resistencia negativa a realizar la salida, esta situación se resuelve en general hablando con el familiar o tutor a cargo para alentar la realización de la misma.

El funcionamiento del taller de cine-debate está orientado al trabajo de los déficits cognitivos principalmente y secundariamente a los desorganizativos y negativos.

ANALISIS DE LA PRÁCTICA

El déficit cognitivo no es resultado de la falta de cooperación y la distractibilidad del paciente. Las alteraciones cognitivas son síntomas primarios y permanentes que no mejoran con el tratamiento neuroléptico clásico. Por lo que resulta indispensable estrategias de intervención que ayuden a la rehabilitación de estos déficits, una de estas estrategias es la utilización de dispositivos terapéuticos como el taller, particularmente en este caso de cine-debate.

El taller de cine-debate esta centrado principalmente en la rehabilitación de los déficits cognitivos básicos, sin embargo de manera secundaria se trabaja los síntomas negativos y desorganizativos. El trabajo sobre estos síntomas atraviesan todo el dispositivo, pero a los fines prácticos y para que se comprenda mejor, se analizarán por grupo sintomático.

En el momento de inicio del taller se trabajan predominantemente los síntomas del espectro **Desorganizativo**, que consiste en: la organización del mismo, respetar horario de inicio, tiempos y pautas del taller, se trabaja principalmente la desorganización que afecta la conducta del paciente, en donde suelen, mostrarse inquietos, hiperactivo sin ningún fin, con conductas bizarras, opositoristas. En esta instancia el coordinador debe presentar claramente las consignas, tiempos y pautas del taller evitando dobles mensaje o mensajes confusos, que no ayudaran a la organización psíquica de los pacientes. En este sentido, el horario de comienzo está acordado previamente, y es respetado a los fines de reforzar la orientación temporal y la capacidad de planificación, como también tolerancia a los tiempos de espera y manejo y contención de las ansiedades de inicio. Las consignas a plantear se comunican de manera sencilla y clara, haciendo uso de lenguaje concreto, para la mejor comprensión de las mismas.

Lo que se observo es que las estrategias de intervención que tienen éxito en un momento no lo tienen en otro, tal como lo plantea Fernández Bruno y Miguel Gabay (2003): “En el caso de los pacientes con esquizofrenia hay que reevaluar constantemente el plan de tratamiento y los objetivos propuestos a fin de intervenir cuándo se detecte una disminución de la motivación, del interés o de la atención del paciente; se aplican técnicas alternativas cuando es necesario”; lo que plantea al equipo

y al coordinador del taller, el desafío de pensar o repensar estrategias de intervención para realizar indicaciones que colaboren con el paciente para superar un obstáculo. Durante los meses de la práctica, se ha observado que una minoría de pacientes, por su mismo deterioro cognitivo que presentan, es necesario replantear estrategias para sostener especialmente la atención y concentración a lo largo de la película. Por ejemplo, en este sentido con algunos de ellos se fueron probando diferentes intervenciones conductuales (levantarse, lavarse la cara, cambiar de lugar, sentarse más próximos a la t.v., etc.) ya que cada intervención tenía eficacia por un tiempo acotado.

Siendo que la **Atención** es la función cognitiva más comprometida en el paciente con esquizofrenia, dentro del deterioro cognitivo, se le dará extenso tratamiento a la misma. Podemos suponer que el estar frente a un estímulo complejo como es un film, durante un tiempo prolongado, colaborará a que el paciente recupere paulatinamente un mayor tiempo de atención, que se verá reflejado en la elaboración de la planilla y en el debate en donde al haber ampliado su capacidad de atención le dará la posibilidad de realizar producciones más acordes al film y ricas en detalles. Un ejemplo de esto, son los pacientes que han participado del taller por 3 o 4 años y en donde se observo un incremento en la capacidad de atención y memoria, como así también de la fluidez verbal. Aunque no se puede aseverar que estas mejorías se deban solo al taller de cine, ya que este es una parte del tratamiento más amplio, sí se puede decir, que en este espacio se observa más claramente la mejoría en estos déficits.

Teniendo en cuenta los cuatro componentes en la atención se describe lo observado en cada uno:

Selectividad: En los pacientes este componente se encuentra afectado, por lo cual se trata siempre de no interponer varios estímulos juntos ya que esto estresa al paciente, percibiendo todos los estímulos juntos y generándole confusión. En este punto, el film presenta una fuente de información que debe ser priorizada sobre otras, en algunos pacientes se ve cierta dificultad en poder focalizar la atención en el film, a los que se los observa dispersos y cualquier interferencia sea visual o auditiva lo saca de su foco de atención.

También presentan dificultades en la focalización de la atención, no pudiendo discriminar o jerarquizar estímulos irrelevantes e inadecuados a la actividad realizada.

Por ejemplo, una película cuenta una historia que tiene muchos niveles de información, aquí también se observa afectado en el paciente qué es relevante o no lo que lo confunde no pudiendo entender el film, al tener una planilla para contestar el paciente puede seleccionar a manera de entrenamiento información previamente valorizada en la planilla. Realizando un entrenamiento de la selectividad.

El hecho de presentar películas subtituladas los enfrenta a dos estímulos diferentes, lo que presenta un gran esfuerzo para los pacientes, por esta razón se suele rotar con películas en idioma español facilitándoles la comprensión del argumento de la película.

Vigilancia y concentración: este punto es trabajado durante la proyección de la película y el debate, ya que en general los pacientes presentan capacidad de atención muy limitada, el hecho de tener que ver una película se les hace muy difícil. En un primer momento se le refuerza positivamente lo que el mismo pudo atender o entender del film lo que mejora su predisposición al taller y a la actividad. A medida que el tiempo transcurre (años), se va ampliando paulatinamente el *límite* de atención, ya que la capacidad de atender no es ilimitada, el objetivo es que el paciente logre ampliar su límite de atención de acuerdo a sus posibilidades.

Por ultimo, la *facilidad para desatender:* Este componente esta afectado en los pacientes, por ejemplo, si se les cambia el foco de atención de manera abrupta, se desorganizan y se les exige sostener la atención más tiempo de lo que pueden, se estresan, por lo que en el taller el estímulo presentado es de a uno por vez, evitando en lo posible la presentación de varios estímulos juntos y las exigencias están centradas en las posibilidades del paciente.

Continuando, en función a la **Memoria**, el primer síntoma de compromiso mnésico es el rápido olvido de los nuevos contenidos, se manifiesta ante cualquier nueva información, como por ejemplo en un cambio de día de la salida al cine no pudiendo recordar la nueva fecha, o frente a algún cambio en el lugar físico donde se realiza el taller; se ha observado en este sentido que los pacientes persisten en ir al antiguo salón. Desde la rehabilitación se propone que el ver diferentes films todas las semanas colaboraría en la recuperación de la memoria inmediata, la memoria visual y el aprendizaje, ya que se presentan nuevos contenidos cada vez.

Los pacientes presentan compromiso en la memoria de trabajo porque tienen dificultad para manejar la información por un corto período de tiempo a la vez que está siendo organizada. En este punto, la planilla de cine cuenta con un apartado: “comente brevemente de qué trata la película”, que trabajaría principalmente la memoria de trabajo, siendo que al escribir el argumento se les exige organicen el contenido de un modo gramatical a la vez que fijan la huella mnésica.

El hecho de realizar un debate y completar una planilla por el paciente, permite trabajar la **fluidez verbal**, este déficit cognitivo se refleja de manera muy clara con descripciones escuetas, generales y superficiales, tanto en el debate como en la planilla. Desde el taller se busca profundizar lo escrito y debatido en el grupo, a mediada que el paciente trabaja se observa una mejoría en la cantidad de palabras utilizadas y la extensión de las respuestas; aunque se abocan a responder lo que se les pregunta, en casos particulares de pacientes con mejor funcionamiento cognitivo, las respuestas son más extensas e involucran aspectos personales y críticos en relación al film, superando un pensamiento concretista.

Se observa la dificultad que les implica elaborar el “comentario de la película” donde no pueden organizar ni priorizar la información para darle una coherencia al texto y se les dificulta la manera de expresar sus ideas personales o críticas; o también, describiendo toda la película de forma detallada sin poder realizar una síntesis de las ideas principales del film. Como se ha dicho, los pacientes tienen dificultad en la capacidad de abstracción que se ve reflejada en la elaboración del comentario de la película, donde estos son lineales sin lograr profundidad en el relato, presentando un pensamiento concretista; los relatos suelen ser descriptivos y desafectivos, utilizando pocos adjetivos.

Así mismo, esta dificultad se encuentra también en el ítem: “final alternativo” donde tienen que presentar una idea nueva, diferente al final original. Por un lado se les presenta un problema a resolver en el que tiene que apelar a la creatividad como resolución de problemas, y por lo general los finales son estereotipados, clisé y en los casos de los pacientes que presentan más deterioro cognitivo les cuesta realizarlos o no lo completan.

En los pacientes que presentan dificultades en el manejo del lenguaje y en las reglas gramaticales se observa claramente cuando tienen que escribir la planilla de cine, al tener que plasmar una idea se presenta el problema de cómo elaborar la oración y darle el sentido que quieren, en relación a clasificar las categorías estandarizadas lingüísticamente, en la planilla los pacientes deben clasificar una película de acuerdo a algún género, esta actividad suele presentar problemas, o bien no pudiendo realizarla o colocando dos géneros o mas.

San Juan (2002) plantea cómo a partir de las dificultades cognitivas en las funciones básicas (atención, memoria, lenguaje, etc.) éstos déficit repercuten en las **funciones cognitivas sociales**, en particular en la capacidad de percepción emocional y en la capacidad de resolución o afrontamiento de situaciones sociales conflictivas, en relación a la percepción emocional se puede ver cierta dificultad de los pacientes a percibir los clímax emocionales que transcurren durante el film, mostrando un afecto embotado, en situaciones dramáticas o de suspenso no logran percibir la emoción. También se ha evidenciado que, en ocasiones en que alguna película, propio del contenido o temática de la misma, moviliza afectivamente a algún paciente (se angustian, o refiere a contenidos paranoides, etc.) han presentado dificultad para tramitar dicha emoción, tanto a nivel verbal o escrito, conforme a la alexitimia.

En cuanto a la resolución de conflictos se observa el nivel de deterioro cuando durante el taller transcurre algún inconveniente propio de la cotidianidad, como por ejemplo cuando no hay planillas, donde se desorganizan, presentando conductas automáticas y regresivas demandando al equipo terapéutico soluciones. También se lo pudo observar en relación a las salidas al cine y el cambio de sala de cine en el año 2008, tal como refiere el coordinador, que los primeros 6 meses de salidas los pacientes se los observaba estresados con automatismos frente al cambio, no logrando una adaptación rápida donde el equipo terapéutico tuvo que contener a los pacientes. En la actualidad se los observa más tranquilos en tanto han ritualizado sus conductas: se sientan en las mismas sillas o zonas, quieren estar con los mismos compañeros, etc.

Durante la práctica se observo claramente, que los pacientes con predominancia de sintomatología negativa y mayor deterioro cognitivo, presentan una **funcionalidad** más afectada. En este sentido, se evaluó alta dificultad de la mayoría para sostener todo

el proceso del taller, por lo que requieren un trabajo más intensivo de parte del equipo terapéutico, generando estrategias para poder ayudar a los mismos a mejorar su funcionalidad.

Para finalizar, se observó durante la práctica que el taller de cine está enfocado al trabajo de los déficits cognitivos básicos y de manera secundaria los cognitivos sociales por lo que se pensó en una propuesta de taller que trabaje más específicamente los déficits cognitivos sociales, desde un dispositivo que contenga como eje la producción cinematográfica, posibilitando la continuidad y profundización de lo trabajado en el taller de cine-debate, completando así, el trabajo de todos los déficits cognitivos en la esquizofrenia desde el cine.

PROPUESTA DE TRABAJO

A partir del análisis del taller de cine-debate surge la propuesta de realizar un taller de producción cinematográfica, tomando como antecedentes las propuestas de Materazzi (1975) y Moreno (1966), pero desde una perspectiva o espíritu cognitivo con el objetivo de trabajar los déficits cognitivos sociales y la creatividad.

La actividad deberá ser dividida en varias secuencias para contrarrestar la disminución de las capacidades neurocognitivas implementando técnicas que permitan desarrollarlas. Por esta razón el taller tendrá un primer momento de presentación, donde la comunicación se planteara de manera informal y distendida, buscando calmar las ansiedades anticipatorias; luego se realizara un caldeamiento destinado a generar el "clima" para que los pacientes se "conecten" con la actividad a realizar. A partir de esto, surgirá del grupo un tema a trabajar en este espacio, el cual será evaluado por el coordinador buscando que el mismo no sea iatrogénico ni genere angustias desbordantes. Una vez elegido el tema a trabajar se procederá a la ejecución de la escena fílmica, que será realizada por los paciente en su integridad y luego será proyectada en un t.v. Después de la observación de la producción fílmica, se propondrán alternativas de solución ante el problema planteado, las mismas serán generadas dentro del grupo, se discutirán "los pros y los contras", una vez que queden las seleccionadas las que responden mejor al problema, se filmaran nuevas escenas. Estas segunda serie filmada, serán vistas nuevamente, para que cada uno exponga su conclusión y se procederá al cierre del taller.

Paralelamente se ira trabajando durante el año en la realización de un cortometraje, el cual tendrán participación todos los pacientes del taller, aunque se contara con la ayuda técnica necesaria para elaborar todas las etapas del film.

En un primer momento, la realización del taller deberá ser sencilla y básica, teniendo en consideración que las situaciones nuevas generan ansiedad y frustración a los pacientes, por lo que es necesario exponerlos de modo gradual para desarrollar neuromodulación en los mismos. En relación a esto, el coordinador podrá instrumentar en un comienzo la utilización de escenas comerciales (de películas, obras de teatro, etc.) que no tengan relación directa con los pacientes para evitar sentirse movilizados emocionalmente a un nivel que los paralice o negativice. Esta modalidad de afrontamiento progresivo, posibilitará ir introduciéndolos en la dinámica del taller,

facilitar el material como disparador de otras escenas y que los mismos puedan ir adquiriendo grados de dificultad crecientes según lo permita la evolución de cada paciente.

El taller esta orientado al trabajo de los déficits cognitivos sociales como la percepción emocional, la resolución de conflictos, la ejecución de soluciones y la creatividad como una parte esencial en la resolución de problemas; esta propuesta buscará entonces profundizar lo ya trabajado en el taller de cine-debate.

Desde la psicología cognitiva tenemos el antecedente del uso de la técnica de role playing en donde se busca simular una situación que plantea dificultades al paciente, con el fin de permitirle a través de la anticipación, un aprendizaje que ayude a disminuir las ansiedades, ampliando el abanico de conductas y logrando conductas más adaptativas que mejoren el sentimiento de seguridad del mismo. Siendo que en las personas con esquizofrenia opera la influencia de la vulnerabilidad-estrés, es de vital importancia que la orientación del coordinador este dirigida a que el paciente elija opciones de solución que tengan probabilidad de éxito.

La importancia de este espacio consiste en trabajar situaciones reales dentro de un marco conocido y como se sabe el ensayo en un ambiente protegido y continente, refuerzan el sentimiento de seguridad del paciente como también disminuye la angustia, permitiéndole mayor flexibilidad y adaptabilidad ante situaciones sociales cotidianas. Continuando el hecho de ser trabajado en grupo, facilita la comprensión de las situaciones y las conductas, en donde el grupo sirve como espejo para cada uno de sus miembros y esto facilita el sentimiento de pertenencia, como así también el poder verse en el material fílmico permite una evaluación mas objetiva de la situación.

En cuanto al vínculo que debe establecer el coordinador con el grupo, debe estar planteado en una buena relación interpersonal, donde se refuerce positivamente y se gratifiquen las conductas positivas. De la misma manera, establecer pautas claras instaurando una adecuada comunicación y controlando la estrategia y la táctica a desenvolver en cada paso para favorecer el sostenimiento de la organización del dispositivo. En cuanto a las intervenciones, éstas deben ser flexibles e individualizadas y hacer uso de todas las técnicas disponibles ventajosas para la modificación de las conductas no adecuadas.

En relación al trabajo de los déficits cognitivos sociales se implementaran técnicas que permitan trabajar la percepción emocional, como por ejemplo trabajar con los pacientes la expresión de distintos estados de animo desde lo gestual donde los compañeros deberán decir que estado de animo esta representando.

En cuanto a la resolución de conflictos esta será trabajada durante la dramatización de las escenas y la búsqueda de nuevas alternativas por parte del grupo, esta actividad a modo de entrenamiento posibilitará que el paciente pueda llevar a cabo las soluciones que se le plantean en la cotidianidad, ya que al identificar los factores estresantes y generar estrategias de afrontamiento podría aminorarse oscilaciones en su patología de base al trabajar mecanismos de defensa más maduros.

Finalizando es importante destacar que la habilidad aceptable a alcanzar debe ser individualizada para cada paciente.

Conclusión

La presente conclusión intentará recuperar lo aspectos mas destacado en la sistematización. Es preciso aclarar, que en esta instancia lo analizado no pretende presentarse como conocimiento acabado sino dar cuenta de la eficacia de un dispositivo clínico como es el taller de cine-debate, inmerso en un marco rehabilitatorio más amplio; por lo tanto, los efectos clínicos observados y las propuestas por mi presentada, tendrá significación para el grupo específico de sujetos participantes.

Durante la práctica se pudo observar cómo los déficits cognitivos, junto con los síntomas negativos agravan la funcionalidad de los pacientes, por esta razón generar estrategias y dispositivos que ayuden a recuperar y compensar estos síntomas son de vital importancia para mejorar la calidad de vida, dando la posibilidad de desarrollar sus potencialidades insertos en la sociedad.

Otro punto importante fue corroborar lo estudiado a nivel teórico con respecto a las deterioro cognitivo que presentan los pacientes con esquizofrenia y la necesidad de reconocer que el dispositivo de tratamiento tradicional de sesiones individuales no alcanza a cubrir el trabajo de estos déficits. Por lo tanto se hace preciso trabajarlo en actividades concretas, in situ, dentro de un ambiente protegido que aminore la brecha estrés-vulnerabilidad.

En relación al problema planteado, considero que la implementación de un taller de cine-debate que trabaje los déficits cognitivos básicos y sociales de pacientes con esquizofrenia es de suma importancia, ya que a partir de lo analizado observamos cómo el deterioro cognitivo afecta la funcionalidad del sujeto, impidiéndole un desenvolvimiento social más óptimo. Entonces, la posibilidad de tener un espacio que lo contenga donde el paciente pueda realizar el entrenamiento de sus dificultades, posibilitara cambios de manera gradual que sin llegar a ser descompensatorio, otorgue al pacientes herramientas para el mejor desenvolvimiento en su vida cotidiana, como también la posibilidad de poder realizarse como sujeto en la medida de sus posibilidades.

La propuesta de taller de producción cinematográfica, me parece completaría lo ya realizado en el taller de cine-debate, actuando de manera directa sobre los déficits cognitivos sociales, los cuales son de suma importancia en la funcionalidad de las personas, dándole la posibilidad de tener herramientas para afrontar situaciones de

estrés frente a su vulnerabilidad, como también la posibilidad de expresarse, en relación a los temas que les interesen.

Sería importante que a partir del material fílmico “cortometraje”, se realizaran propuestas de extensión a la sociedad, utilizándolo como una herramienta más de desestigmatización, de las ya realizadas por la institución con otros dispositivos.

Tanto el taller de cine-debate, como el taller de producción cinematográfica, no deben perder el eje de rehabilitación en el cual no solo se trabaja con un modelo restaurador que supone corregir los déficits, sino también con un modelo compensatorio cuyo énfasis está puesto en minimizar las incapacidades.

Para finalizar, la experiencia personal de la práctica fue muy positiva, desde un primer momento la institución nos dio la posibilidad de acceso a los espacios del tratamiento, tanto psicoeducación a familiares como las reuniones de supervisión de los profesionales, los acompañantes y los talleristas. En este primer acercamiento al rol del psicólogo clínico, pude aprender la importancia del rol en espacios que no sean solo el ejercicio privado de la profesión en sesión individual, sino el rol dentro de la rehabilitación en un dispositivo institucional especialmente para pacientes severamente perturbados.

Si bien no fue el eje de la sistematización las diferentes funciones del psicólogo dentro de este dispositivo institucional, se observó la complejidad y variabilidad de las actividades a realizar por el profesional en la rehabilitación.

Bibliografía

- *Asociación Cordobesa de Ayuda a la persona portadora de esquizofrenia y su familia (ACAPEF). (s.f.) La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza la esquizofrenia en la familia. Córdoba. Janssen- Cilag.*
- *Armesto, Maria Claudia. (2001) "Creatividad y autoconcepto: un estudio con estudiantes de psicología. Universidad Nacional de la Plata. *Interamerican Journal of Psychology*. Volumen 35, numero 001. Sociedad Interamericana de Psicología.*
- *Badiuo, A.: El cine como experimentación filosófica. En. *Pensar el cine 1.* Ed. manantial. Buenos Aires, s/d.*
- *Ballús-Creus, C. & García, F. (2000). Hablemos claro como convivir con la esquizofrenia. Barcelona. Grijalbo Mondadori.*
- *Bousoño, M.; Gonzales Torres, M.; Gonzales, A.; Olivares, J.; Montalbán, S.; San Juan, J. (2005). Guía GEOPTE. España. Lilly S.A. 42.*
- *Bousoño, M.; Gonzales Torres, M.; Gonzales, A.; Olivares, J.; Montalbán, S.; San Juan, J. (2005): La Funcionalidad como Objetivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia. España. Lilly S.A. 14.*
- *Barnes, TRE. Hutton, SB; Chapman, MJ. Mutsatsa, S.; Puri, BK.; Joyce, EM. (2000). Estudio de pacientes con un primer episodio de Esquizofrenia correlaciones clínicas en la duración de las psicosis no tratadas. Br Jpsychiatr*
- *Colom, F y Vieta, E. (2004). Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar. Barcelona: Ars Médica.*
- *Ferrari, A. (1998): Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica. Ed. El Galeno. Córdoba.*
- *Fernández Bruno, M.; Gabay P. M. (2003): Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves.*

- Gerardo, Y.: Pensar el cine 1. Imagen, ética y filosofía. Ed. Manantial. Buenos Aires, s/d.
- Lagomarsino, A. (1990). Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. Acta psiquiátrica psicológica América Latina. Vol. 36. (1-2).
- Lagomarsino, A. (1995). Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 41. (2) -141-147.y. 177: 207,11.
- Larrosa, J.: Niños atravesando el paisaje. Notas sobre cine e infancia. s/d.
- Leff, J. (2004):Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias. Ed. Paidós.
- Lieberman, J.A. y otros: Tratado de esquizofrenia. s/d.
- Martínez, E.M.: Cine, juego y sociedad. s/d.
- Materazzi, Miguel. (1975):Psicoterapia grupal en la psicosis. Psicocine. Ed. Paidós. Argentina. Buenos Aires.
- Metz, Ch.: El significante imaginario. Psicoanálisis y cine. Ed. Paidós. Buenos Aires. s/d.
- Moreno, J.L. (1966). Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. México: Fondo de Cultura Económica.
- Paladino, D.: Qué hacemos con el cine en el aula. s/d.
- Parrellada Rodón, E.; Fernández- Egea, E. (2004). “Esquizofrenia. Del Caos Mental a la Esperanza. España. Morales Torres Editores.
- Peralta V.; Cuesta, M. (2000).: Modelos Clínicos de la Esquizofrenia: Un enfoque Crítico de las Diferentes Concepciones de la Enfermedad. En: Trastornos Esquizopsicóticos: Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica II. Ed. Síntesis, Madrid.

- *Rebolledo, S; Lobato, M. J.; (1994): Cómo afrontar la esquizofrenia. Asociación Psiquiatría y vida Fundación ONCE.*
- *Sanjuán, J. y Balanza, V. (2002): Deterioro cognitivo en la esquizofrenia. Asociación gallega de psiquiatría. Editor. Investigación en psiquiatría (v). Vigo*
- *Serra, Ma. S.: El cine en la escuela. ¿política o pedagogía de la mirada?. s/d*
- *Téllez- Vargas, J.; López Mato, A. (2001): Aspectos Neurocognitivos de la Esquizofrenia. s/d.*
- *Toma Palomo, Richard J. Beninger, Miguel A. Jiménez- Arriero y Trevor Archer (Eds)(2000): Trastornos Esquizopsicóticos: Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica II. Ed. Síntesis, Madrid.*
- www.fundacionrecuperar.org

ANEXO

PLANILLA DE CINE

Fecha:

Nombre:

Puntaje:

NOMBRE DE LA PELÍCULA:

Genero	Antes	Después
Acción aventura		
Artes Marciales		
Bélico		
Ciencia Ficción y Fantasía		
Comedia		
Suspense		
Del Oeste/Western		
Documentales		
Drama		
Histórico		
Intriga/Thriller		
Musical		
Policia		
Religioso		
Social y Político		
Terror		
Animación		

1) ¿Qué te gusto más de la película?

2) ¿Qué no te gusto de la película?

3) Elabore un final alternativo:

4) ¿Cuántos personajes principales hay en la película?

5) ¿Cómo estimas la duración de la película? (Tiempo real y vivencial)

6) Comente brevemente de que trata la película