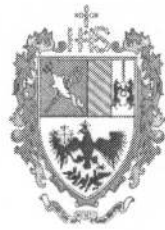


TESIS
1600

Facultad de Medicina
Licenciatura en Musicoterapia



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Musicoterapia, espiritualidad y valores humanos universales en la reinserción socio-laboral en salud Mental

Estudio de caso individual de tratamiento grupal con resultados exitosos

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN MUSICOTERAPIA

Cátedra: Seminario de Investigación

Autor: Pedro Dorr

Tutora de tesis: Lic. Gabriela Wagner

FEBRERO 2013

INDICE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.

INTRODUCCIÓN.....	1
PARTE I - PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.2.1. Acerca del caso elegido.....	5
1.2.2. Acerca del dispositivo.....	5
1.2.3. Acerca de la musicoterapia.....	5
1.2.4. Acerca de la espiritualidad y los valores humanos universales.....	6
1.3. OBJETIVOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.5. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO.....	9
1.6. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	10
1.6.1. Información general y motivo de consulta.....	10
1.7. NATURALEZA DE LA ESQUIZOFRENIA.....	14
1.8. PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO DE CASO.....	18
1.8. 1. Sección Situaciones Vitales Derivadas de la Marginalidad y la Exclusión Social.....	19
1.8.2. Presentación de los dispositivos que conforman la Sección SVDMES.....	20
1.8.2.1. Taller Estim-arte (de sensibilización artística orientada a mejorar o fortalecer la autoestima).....	21
1.8.2.2. Taller de Reinserción Socio-Educativo-Laboral.....	22
1.8.2.3. Intercambio con Instituciones.....	24
1.8.3. Encuadre en que se llevó a cabo la investigación.....	25
1.8.3.1. Variables temporales.....	25
1.8.3.2. Variables espaciales.....	26
1.8.3.3. Variables teóricas.....	27
1.8.3.3.1. Sistema de ideas.....	27
1.8.3.3.2. La Autoestima.....	35
1.8.3.3.3. Los Valores Humanos Universales.....	36
1.8.3.3.4. Las experiencias artísticas grupales.....	37

1.9. CONTEXTO GRUPAL MUSICOTERAPÉUTICO.....	38
1.9.1. Recursos y técnicas de musicoterapia en el taller Estim-arte.....	39
1.9.2. Intervenciones y consignas de musicoterapia en el taller Estim-arte.....	40
1.9.3. Objetivos de musicoterapia perseguidos en el taller Estim-arte.....	43
1.9.3.1. Objetivos generales de la Musicoterapia.....	43
1.9.3.2. Objetivos específicos de la Musicoterapia.....	44

PARTE II - MARCO TEÓRICO.....46

2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO Y DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL.....	47
2.2. MARCO REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO.....	50
2.2.1. ANTROPOSOFÍA.....	50
2.2.2. MODELO O PARADIGMA INTEGRATIVO.....	53
2.2.2.1. Paradigma de la Complejidad.....	54
2.2.2.2. Teoría General de los Sistemas.....	55
2.2.2.3. Teoría del Caos.....	56
2.2.2.4. Teoría del Estrés.....	56
2.3. CONCEPCIÓN DE SUJETO, SALUD Y ENFERMEDAD.....	57
2.3.1. Concepción de sujeto.....	57
2.3.1.1. El problema cerebro-mente.....	58
2.3.1.2. Concepción de cerebro.....	59
2.3.1.3. Concepción de mente.....	60
2.3.1.4. Concepción de espíritu.....	60
2.3.2. Salud-enfermedad.....	62
2.3.2.1. Salud Mental.....	62
2.3.2.2. Salud Espiritual.....	63
2.4. MUSICOTERAPIA.....	65
2.4.1. Fundamentos teóricos de la Musicoterapia.....	66
2.4.1.1. Analogía.....	66
2.4.1.2. Conocimiento simbólico.....	68
2.4.2.3. Conocimiento profundo.....	68
2.4.2.4. Experiencia numinosa.....	69
2.4.2.5. Experiencia de trascendencia.....	69
2.4.2.6. Experiencia de flujo (Flow).....	70
2.4.2.7. Comunicación.....	71
2.4.2.7.1. Comunicación digital y analógica.....	72
2.4.2.8. Conducta social.....	73

2.5. EL (AUTO) RECONOCIMIENTO DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN EL SÍ MISMO	75
2.5.1. Reconocimiento.....	75
2.5.2. Etimología y definición de espiritualidad.....	77
2.6. RESIGNIFICACIÓN DEL SISTEMA DE IDEAS COMPARTIDO EN LA SECCIÓN SVDMES.....	82
2.6.1. Los correlatos del “Espíritu como relato”.....	86
2.6.1.1. Espíritu como experiencia e ipseidad.....	86
2.6.1.2. Espíritu como experiencia y las experiencias de trascendencia o místicas.....	88
2.7. ESQUIZOFRENIA.....	91
2.7.1. Dimensión biológica.....	93
2.7.2. Dimensión psicológica.....	93
2.7.3. Dimensión social.....	95
2.7.4. Dimensión espiritual.....	96
2.7.5. Individuos en estado de vulnerabilidad psicosocial.....	97
2.8. CONTEXTO PSICOSOCIAL.....	99
2.8.1. Re-inserción laboral.....	99
PARTE III. ESTUDIO DE CASO.....	101
3.1. PRESUNCIÓN INICIAL.....	102
3.2. LAS EXPERIENCIAS MUSICALES GRUPALES Y LA DETECCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	105
3.2.1. Reconocimiento del “Espíritu como relato” a través de las experiencias córporo-sonoro-musicales en interacción.....	105
3.2.1.1. Vivencia de las cinco cualidades del alma mediante experiencias córporo-sonoro-musicales en interacción.....	105
3.2.1.2. Vivencia de los valores humanos universales mediante experiencias córporo-sonoro-musicales.....	110
3.2.2. Aportes de la musicoterapia a la reinserción socio-laboral.....	111
3.2.2.3. Aportes de la musicoterapia al desarrollo de habilidades sociales....	111
3.2.2.4. Aportes de la musicoterapia al cambio de roles y la toma de iniciativa.....	117
3.2.3. Aportes de la musicoterapia a la autoestima.....	118
3.3. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	120
3.3.1. Estructura y lógica de un taller estándar.....	121
Crónicas 2009.....	122

Crónicas 2010.....	194
3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	215
3.4.1. Análisis del proceso de reinserción socio-laboral.....	215
3.4.1.1. Análisis longitudinal de la narrativa, teniendo como eje, el desarrollo de las habilidades sociales.....	215
3.4.1.2. Análisis longitudinal de la narrativa, teniendo como eje, la información académica y la historia laboral del paciente.....	215
3.4.1.3. Evaluación sobre el aumento de la autoestima.....	216
3.4.1 Análisis sobre el aumento de la autoestima.....	216
Tablas de análisis de datos.....	217
CONCLUSIONES.....	235
RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS.....	238
BIBLIOGRAFÍA.....	239



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Agradecimientos

Hay un río fluyendo muy rápido.

Esto es tan grandioso y repentino que hay muchos que tendrán miedo.

Tratarán de mantenerse agarrados de la orilla.

Sentirán que están siendo separados abruptamente y sufrirán enormemente.

Sepan que el río tiene su propio destino.

Los ancianos dicen que debemos dejar la orilla e introducirnos en medio del río, mantener nuestros ojos abiertos y nuestras cabezas por encima del agua.

Vean a quienes están con ustedes y celebren.

En este momento de la historia, no tomemos nada de manera personal.

Menos que a todo, a nosotros mismos.

El tiempo del lobo solitario terminó.

Todo lo que hagamos, debemos hacerlo de manera sagrada y en celebración.

Somos los que hemos estado esperando esto.

Los ancianos

Oraibi, Arizona, Nación hopi, 2005.

Quisiera agradecer a todos aquellos que por su amor desinteresado y sabiduría, me han ayudado a transitar este camino de conocimiento, “socializando” a este lobo solitario. Camino que como un río fluyendo rápidamente, me ha dado miedo y valor, tristezas y alegrías.

Gracias, por darme la oportunidad de desprenderme de la orilla, y dar así los primeros pasos de manera sagrada y en celebración.

“Vean a quienes están con ustedes y celebren”

Agradezco a Gabriela Wagner por su afecto, compartir sus conocimientos y por la estimulación continua.

A Mercedes Carrasco, por confiar en mí y compartir su sabiduría.

Agradezco también a mi familia, por el apoyo y amor incondicional

A quienes ayudo desde mi rol de musicoterapeuta, por dejarme acompañarlos en sus propios caminos de transformación.

Al Instituto Superior de Formación Docente Perito Moreno

Al colegio Rudolf Steiner

A la Universidad del Salvador,

A los alumnos y maestros del Colegio Árbol de los Milagros

A mis amigos

A la música

INTRODUCCIÓN

La problemática que dio origen a esta investigación fue el análisis de los resultados exitosos llevados a cabo en el dispositivo Estim-arte de la Sección Situaciones Vitales derivadas de la Marginalidad y Exclusión Social,

El dispositivo Estim-arte, es un espacio de sensibilización artística orientado a mejorar o fortalecer la autoestima, cuyo equipo interdisciplinario de salud se encuentra conformado por sociólogos, psicólogos, arteterapeutas y musicoterapeutas.

Con el propósito de profundizar en la comprensión de los procesos intervinientes en este contexto interdisciplinario y detectar y describir los efectos de la musicoterapia, se eligió el siguiente caso clínico:

Darío, de 27 años de edad, en tratamiento psiquiátrico ambulatorio derivado al Dispositivo Estim-arte, de la Sección Situaciones Vitales Derivadas de la Marginalidad y la Exclusión Social (Sección SVDMES) del Departamento de Salud Mental de un hospital público, tratado entre el 16 de abril de 2009 y el 14 de junio de 2010.

Mediante este estudio de caso se pretende profundizar en diferentes aspectos de este sistema integrado en el cual el paciente de referencia logró una evolución positiva.

Se contemplan las siguientes unidades de análisis:

- El análisis del material clínico disponible en los archivos de su historia clínica.
- Análisis y descripción de la dinámica de funcionamiento del dispositivo interdisciplinario propuesto por la Sección SVDMES.
- El análisis retrospectivo de las crónicas de sesiones grupales con la participación de Darío, comprendido entre el 16 de abril de 2009 y el 14 de junio de 2010.
- Recolección de información sobre los posicionamientos teórico-prácticos de los integrantes del equipo interdisciplinario, en especial de la musicoterapia.
- Descripción y análisis de los elementos teórico-prácticos que distinguen este dispositivo de los otros ofrecidos por el departamento de Salud Mental de este hospital público, es decir:

- El trabajo grupal orientado hacia el reconocimiento de los valores humanos universales en el sí mismo y en los otros.
- La inclusión de la espiritualidad en el concepto global de ser humano.
- El análisis del estudio de caso presentado desde diferentes marcos teóricos.

En esta investigación se considera por variable independiente al sistema de factores que intervienen en este dispositivo ofrecido por la Sección SDMES como entidad para su estudio; y la evolución global de Darío como variable dependiente.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

PARTE I - PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de un proceso terapéutico exitoso, llevado a cabo desde el Departamento de Salud Mental de un Hospital Universitario Público, en la Sección Situaciones Vitales Derivadas de la Marginalidad y Exclusión Social, el investigador se preguntó sobre los factores salutogénicos que llevaron a dichos resultados.

El reconocimiento de los efectos salutogénicos de la musicoterapia y la espiritualidad en un proceso terapéutico interdisciplinario de salud mental, en un individuo en estado de vulnerabilidad psicosocial, motivaron la búsqueda y profundización de los factores que favorecieron dichos cambios.

La posibilidad de la musicoterapia, la espiritualidad y los valores humanos universales de ser factores responsables del proceso terapéutico exitoso, llevaron a la profundización y búsqueda de posibles indicadores de sus respectivos efectos salutogénicos.

La profundización y búsqueda de indicadores, dio como resultado la necesidad de estudiar dichos tres factores de modo tanto individual como integrados en un mismo sistema.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Acerca del caso elegido

¿Cuáles son los indicadores que permiten comprobar la relación entre el tratamiento recibido en el contexto de los Talleres Estim-arte y de Reinserción Social y Laboral Educativo, de la Sección Situaciones Vitales Derivadas de la Marginalidad y Exclusión Social, del Departamento de Salud Mental de un Hospital Universitario Público y la evolución de cambios salutogénicos en el caso de un tratamiento con resultados exitosos?

¿Cuáles son los factores novedosos en el abordaje grupal propuesto por el equipo interdisciplinario ya mencionado que incidieron en el proceso de recuperación exitosa del caso elegido, un paciente diagnosticado con esquizofrenia?

¿Cómo confirmar los cambios de niveles de autoestima y su relación con los cambios salutogénicos en el proceso del caso estudiado?

1.2.2. Acerca del dispositivo

¿De qué modo se puede realizar una investigación que busque saber pormenorizadamente los factores que incidieron en el tratamiento, en un proceso interdisciplinario en donde intervienen múltiples factores?



1.2.3. Acerca de la musicoterapia

¿Cómo proponer una investigación multifacética que permita detectar la relación entre el tratamiento musicoterapéutico grupal en un tratamiento grupal en donde intervienen diversas terapias artísticas?

¿Cuáles fueron las incidencias de la musicoterapia en este tratamiento exitoso?

1.2.4. Acerca de la espiritualidad y los valores humanos universales

Conociendo las dificultades epistemológicas y metodológicas que suscita la investigación de la espiritualidad ¿Cuáles pueden ser las formas de estudiar su incidencia en un tratamiento interdisciplinario de salud mental?

¿Cuáles son los aportes del estudio científico de la dimensión espiritual a partir de una visión holística del ser humano articulando conocimientos biológicos, psicológicos, sociológicos y musicoterapéuticos a la comprensión del proceso salutogénico del caso estudiado?

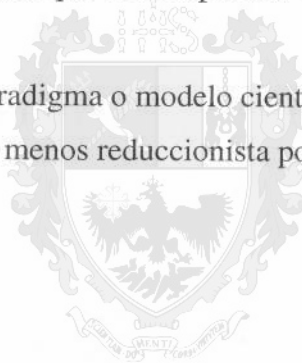
¿Qué elementos narrativos nos permiten relacionar la espiritualidad y los valores humanos universales en el tratamiento y rehabilitación del paciente en estudio?



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.3. OBJETIVOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

- Detectar y describir los efectos salutogénicos que conlleva el proceso de auto-reconocimiento de la propia dimensión espiritual en el sí mismo orientada en los Valores Humanos Universales (VHU), en un estudio de caso de un sujeto diagnosticado de esquizofrenia.
- Indagar en los modos de estudiar científicamente a la espiritualidad.
- Buscar posibles correlatos neurocientíficos de la espiritualidad.
- Detectar y describir el efecto de la Musicoterapia en un contexto interdisciplinario y en el que se manejan de forma simultánea diversos recursos artísticos.
- Profundizar los conocimientos acerca de los fundamentos teóricos neurocientíficos del proceso espiritual que contempla los Valores Humanos Universales (VHU).
- Buscar y emplear un paradigma o modelo científico que permita investigar la espiritualidad del modo menos reduccionista posible.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Analizar/investigar el impacto de las experiencias musicales en un dispositivo grupal (de musicoterapia) en el proceso de auto-reconocimiento de la dimensión espiritual en “sí mismo” orientada desde los VHU y su correlato con recursos de Musicoterapia.
- Entablar una relación entre el “sí mismo” y las experiencias musicales.
- Dar los primeros pasos en la búsqueda de un correlato entre el desarrollo de los VHU y las experiencias musicales.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.5. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO

- Colaborar en suplir la falta de bibliografía acerca de la relación entre musicoterapia, espiritualidad y neurociencia.
- Ayudar a comprender la relación entre los procesos espirituales y musicales planteados a lo largo del tratamiento propuesto.
- Buscar fundamentos musicoterapéuticos que permitan entender los motivos del progreso de Darío.
- El deseo de recibirse.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.6. PRESENTACIÓN DEL CASO

La siguiente información fue extraída de la Historia Clínica del paciente en estudio.

1.6.1. Información general y motivo de consulta

2008 Noviembre: Darío ingresó al hospital por falta de cupo en el centro de salud en donde recibió tratamiento psiquiátrico hasta la fecha. Poco después fue derivado a la Sección SVDMES.

Datos personales: Edad 27 años, soltero, en el momento de su admisión desocupado. Estudios realizados: Secundaria completa. Terciario completo (carrera de Chef). Universitario incompleto (Contador Público).
Datos familiares: Padre (55 años), madre (51) y dos hermanos de 15 y 24 años. Su hermano de 24 años vivía en otro domicilio con su mujer e hijo.

Diagnóstico: Esquizofrenia no específica. Fecha aproximada del inicio del episodio actual fue a los 12 años aproximadamente, con un episodio único. Desde entonces recibió apoyo psicológico y control psiquiátrico.

Examen Psiquiátrico:

Prosopografía: se presenta vestido acorde a sexo, edad y nivel sociocultural. Aseado.
Actividad: hipobólico.
Actitudes del paciente durante la entrevista: colaborador.
Nivel de conciencia: Vigil, lúcido.
Atención: euproséxico
Orientación: probablemente orientado.
Sensopercepción: no presenta alteraciones sensoperceptivas.
Memoria:
Proceso del pensamiento: mantiene ideas de tristeza, ideación de tinte paranoide. No presenta plan suicida al momento del examen.
Trastornos de articulación de la palabra: no presenta.
Cociente de inteligencia estimado: promedio
Juicio: conservado
Estado afectivo: aplanamiento afectivo.
Impulsividad: no presenta agresividad ni impulsividad manifiesta al momento del examen.

Al momento del examen Darío mostró retraimiento, aplanamiento afectivo, hipobulia, ideación de tinte paranoide, aislamiento social y laboral. No mostró agresividad ni impulsividad.

En su infancia y adolescencia, Darío sufrió de un fuerte retraimiento social. Relató tener muchas dificultades para socializar, hasta el punto de no poder salir de su casa. A los 12 años fue por primera vez al psicólogo por problemas de timidez, pero luego de cuatro o cinco encuentros, dejó debido a la falta de conexión.

Dijo haber sido discriminado en la adolescencia por el sobrepeso que sufría en esos momentos, llegó a pesar 115 kg. En relación a este hecho, relató tener en aquellos momentos visiones del pasado mientras dormía, y escuchar voces que lo llamaban y la sensación de sentirse observado cuando camina por la calle (pero desconociendo la ubicación desde dónde salían). Manifestó extrañar actualmente a la gente de la secundaria, pero remarcó haberse alejado de ellos por sentirse incómodo.

Una vez finalizada la secundaria, Darío comenzó a estudiar la carrera de contador en la UBA. No sabía bien qué hacer, pero como su grupo íntimo de tres amigos iba a estudiar dicha profesión, él también lo hizo. Darío relató que mientras realizaba el CBC de la carrera no soportaba la presión y comenzó a sentir que se ahogaba y que le “podía pasar algo malo”. También imaginaba que le pegaban y que lo discriminaban. Además, él estaba acostumbrado a un mundo de poca gente. Por estos motivos, luego de aprobar algunas materias, dejó la carrera de Contador.

Sin embargo, sus estudios no acabaron allí, Darío estudió la carrera de Chef y se recibió de aquella profesión. Relató que al tiempo que la hacía trabajaba mucho.

Informó que poco tiempo antes de la entrevista, estuvo trabajando en un Restorant como bachero (lavaplatos) pero que por la presión que padecía de no poder hablar, lo dejó. También le ofrecieron trabajo como ayudante de cocina, pero en su momento no pudo contestar. Dijo no saber expresarse. Durante la entrevista comentó que en ese momento se encontraba presionado porque no se hallaba haciendo lo que “debería”, es decir, trabajar en cocina.

En cuanto a sus vínculos familiares, Darío se encontraba viviendo con sus padres y un hermano. Previamente, había vivido con su otro hermano, la mujer de este y su hijo. Se fue de allí porque se sentía incomodo y que estaba interrumpiendo a esa familia. La vuelta a su casa fue buena, se sintió más tranquilo. Sin embargo, antes de irse a vivir con su hermano y familia, en la casa de sus padres se encontraba bastante irritable y agresivo (se insultaban –aclaró que sin pegar-) y fue por eso que se fue de allí.

A sus problemas en la comunicación, marcados por las dificultades en la expresión de lo que piensa y siente, por el retraimiento social y por la timidez; se suman las alucinaciones auditivas y visuales acerca de la discriminación de chico, pero también, una internación por intento de suicidio y, problemas en relación al ánimo, en este caso tristeza y aplanamiento afectivo.

Respecto a su intento de suicidio, Darío contó que un lunes por la mañana, comenzó a “sentir la sensación de quererse matar”. Como consecuencia de la situación, su madre llamó a urgencias psiquiátricas y fue atendido por un psiquiatra. De la casa fue llevado a un hospital en donde fue internado.

En la entrevista, Darío contó que en el último mes de julio, se cortó la mano. En relación a este hecho, el entrevistado dijo lo siguiente: “a veces juego. *Lo pienso y veo hasta donde llego. (...) Sé hacerme daño*”.

Otra frase que dijo en el mismo encuentro fue la siguiente: “*No me hago daño por miedo, falta de valor. Pero de pensarlo sí, y eso es lo peor. Cuando me pongo mal empiezo a pensar pavadas. No lo voy a hacer pero lamentablemente lo pienso.*”

En relación a su estado de ánimo, Darío contó que la tristeza le surge en diferentes momentos del día. A las 21 hs toma la pastilla y se duerme una hora más tarde. De las 22 hs a las 7 am duerme de corrido. Relató que desde que se despierta se queda dos horas en la cama (hasta las 9 am). Le cuesta quedarse dormido.

En cuanto al apetito, refirió que come sin hambre, tiene el estómago cerrado. Lo vincula con los nervios de haber vuelto a la casa de sus padres.

Darío también expresó sentirse “medio triston” porque no pudo hacer la tarea que le dio la licenciada, la tarea de definirse. No sabía a quién poner: si a Darío o a César. Éste último a veces le dice que hace cosas y le da fuerzas para salir a caminar. Darío ya estuvo “bajoneado”.

De ánimo expresó estar triste. No sabe qué hacer durante el día. Se levanta a las 9 am, limpia la casa y sale a caminar a la tarde. Dijo hacerlo porque le hace bien. Previamente, había empezado a ir al Gimnasio, pero lo dejó porque no se hablaba con nadie.

Los resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck, manifestaron una depresión en el límite entre moderada y grave. (30 puntos).

En cuanto a la medicación, al momento de la entrevista, Darío se encontraba tomando Paroxetina de 20 mg 1, un comprimido a la mañana – Alprozalam 2 mg – Risperidona de 2 mg-.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.7. LA NATURALEZA DE LA ESQUIZOFRENIA

La palabra esquizofrenia proviene del griego clásico, en donde esquizo deriva de skizha que significa separación, división, escisión; y frenia, del vocablo phrén significando mente, razón, entendimiento. Dando como resultado que, etimológicamente, el término esquizofrenia signifique: disgregación mental.

Haciendo honor a su nombre, el propio estudio de la esquizofrenia es él mismo esquizofrénico. (Pérez-Álvarez, 2011)¹. Como habría una escisión mental en el individuo esquizofrénico, no sucede un hecho diferente en las comunidades científicas ocupadas de su investigación. Mientras por un lado se intentan detectar las bases neurobiológicas y genéticas y se la considera un trastorno del cerebro (enfoque neurobiológica), por el otro, se llama a investigar la fenomenología de la experiencia esquizofrénica, entendiéndola como trastorno del sí mismo o ipseidad, y hasta una forma de ser, una “forma de ser esquizofrénica” (enfoques psicológico-fenomenológico).

Hablar de una escisión frente al estudio de la esquizofrenia puede parecer una afirmación exagerada y sus defensores podrían dar importantes evidencias frente a ello. Por nombrar tan solo una: el modelo de vulnerabilidad/stress de la esquizofrenia propuesto por Zubin y Spring (1977)¹, plantea una etiología multicausal, en la que interactúan aspectos genéticos, biológico y sociopsicológicos.

De todos modos, la afirmación se dirigía hacia otro tipo de escisión, se dirigía hacia la división tajante entre los modos filosóficos de comprender la esquizofrenia. Pues no es lo mismo entenderla como un trastorno del cerebro, como un trastorno del yo o un “modo de ser” y de “estar en el mundo”. La escisión encuentra su mayor profundidad en este hecho.

A diferencia de otros temas investigados desde un enfoque neurobiológico y en donde es claro el “trastorno del cerebro”, la complejidad de la esquizofrenia provoca en los especialistas gran confusión e incertidumbre.

Keshavan y colaboradores (citados por Marino Pérez-Álvarez), advierten que aunque se conozcan innumerables hechos, hasta 77 se han llegado a enumerar, aun no se sabe qué es la esquizofrenia. Entre los hechos figuran la alta heredabilidad y el volumen del cerebro reducido y los espacios del ventrículo tercero y lateral aumentado en los pacientes de esquizofre-

¹ Pérez-Álvarez, Marino; Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura; Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo; Oviedo, España; 2011.

nia.²

Al respecto Pérez-Álvarez (2011) se preguntó:

“¿tendrá que ver (...) el volumen del cerebro con la creencia de que alguien te está espiando por internet y qué genes puede haber para semejante delirio?”³

Lo grave en la escisión filosófica estriba en las implicaciones teórico-prácticas, que conllevan una concepción de sujeto, de procesos de salud-enfermedad, modos de intervención, de relación entre sujetos.

Pérez-Álvarez y García, en el estudio “entendimiento filosófico de la esquizofrenia”, plantearon que el proceso de llegar a ser esquizofrénico es en esencia social e interpersonal, y no una consecuencia inevitable de síntomas primarios ni de anormalidades neuroquímicas. Para ello se basaron en las investigaciones de Estroff, 1989⁴. En relación a este hecho, plantearon que en el proceso de llegar a ser esquizofrénicos habría un interjuego de dos factores: por un lado el desrolamiento social y por el otro el clínico. Con ello quisieron expresar, y para ese fin se apoyaron en otras investigaciones, que la esquizofrenia no sólo es una consecuencia de un proceso patógeno sino que también es una construcción social y clínica. Las prácticas clínicas, lejos de ser neutras, están implicadas de alguna manera en la construcción de la experiencia de enfermedad (Barrett, 1988; Estroff, 1993; Estroff, Lachicotte, Illingworth y Johnston, 1991); Lally, 1989; Vanthuyne, 2003).⁵

En esta misma línea de pensamiento, Pérez-Álvarez (2011), en el artículo titulado: “Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura”, expresó lo siguiente:

² Pérez-Álvarez, Marino; Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura; Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo; Oviedo, España; 2011

³ Ídem.

⁴ García Montes, José M., Pérez Álvarez, Marino; Entendimiento filosófico de la esquizofrenia; Universidad de Oviedo; Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología; Vol. 24, número 1-3; Colegio Oficial de Psicología; Universidad de Sevilla; 2006

⁵ Ídem.

“El enfoque neurobiológico de la esquizofrenia, al considerarla como si fuera una enfermedad más del cerebro, falla porque deja fuera a la persona y sus circunstancias”⁶.

Muchas de las críticas al modelo neurobiológico, lo que principalmente cuestionan son las limitaciones que puede conllevar un modelo basado en el síntoma y la discapacidad, dejando fuera a la persona y sus circunstancias. Una de las respuestas más radicales al modelo neurobiológico se encuentra plasmado en los modelos que enfatizan el desarrollo de capacidades, competencias y bienestar de los involucrados, como propósito de la recuperación.

En este sentido, son interesantes los trabajos de los psicoterapeutas e investigadores Peterson y Seligman, quienes desde la Psicología Positiva de la cual fueron pioneros, elaboraron una “taxonomía de las virtudes y fortalezas psicológicas universales (obscuas)” y que, por lo tanto, serían deseables, como metas de realización personal, en cualquier cultura y circunstancia.⁷

Un modo de superar el abismo filosófico, entre el enfoque neurobiológico y psicológico-fenomenológico, podría consistir en la adhesión a un paradigma científico capaz de aunar la filosofía, la sociología, la psicología y la neurobiología de un modo coherente e integrador y que no dejase fuera a la persona y sus circunstancias, así como a la realización personal. El autor de este trabajo encontró en la Psiconeuroinmunoendocrinología o Modelo Integrativo, lo que hallaba buscando.

De hecho, en el labor clínico llevado a cabo en el departamento de salud mental del mencionado hospital universitario, se realiza un trabajo holístico y global de los pacientes, que incluye el tratamiento psicológico y psiquiátrico en donde se tratan los aspectos vinculados a su enfermedad (como el control de la medicación, remisión parcial de la sintomatología, psicoterapia verbal) y el tratamiento de rehabilitación –la Sección SVDMES- en donde se centra en los aspectos vinculados al desarrollo personal y de capacidades y competencias, así como también de la reinserción social, laboral y educativa (por medio de la terapia ocupacional y artística).

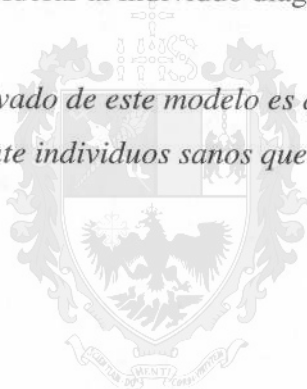
⁶ Pérez- Álvarez, Marino; Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura; Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo; Oviedo, España; 2011

⁷ Seligman, Martín E.P; La auténtica felicidad; Editorial Zeta; Barcelona; 2011.

En concordancia con este paradigma integrativo y el trabajo llevado a cabo en el recién citado departamento de salud mental, desde la etiología de la esquizofrenia, se encuentra el modelo de vulnerabilidad/estrés formulado por los investigadores Zubin y Spring. Fue en 1977 cuando propusieron un modelo etiología multicausal de la esquizofrenia en el que interactúan aspectos genéticos, biológicos y sociopsicológicos. Este modelo intenta conectar los diferentes elementos que la investigación científica, desde múltiples áreas de estudio, ha concluido que tienen algún papel en el inicio o mantenimiento de la esquizofrenia. El modelo esboza que determinados individuos son neurológicamente vulnerables o están predispuestos a la aparición de la esquizofrenia, y que diversos factores estresantes ambientales influyen finalmente en la activación, favoreciendo así la aparición del trastorno.⁸

Ni la vulnerabilidad ni el estrés por separados, son suficientes para desencadenar un episodio o una recidiva. La terapeuta Eliza Gallach Solano subrayó el siguiente comentario, realmente importante a la hora de considerar al individuo diagnosticado de esquizofrenia:

“Un importante corolario derivado de este modelo es que las personas con enfermedad mental severa, serían esencialmente individuos sanos que sufren episodios y que se recuperan”⁹.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

⁸ Gallach Solano, Eliza; abordaje psicosocial de personas con enfermedad mental severa. De la cronicidad a la recuperación; pág.: 15; año 2010

⁹ Idem,

1.8. PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO DE CASO.

En este apartado se presenta el contexto en que se realizó el estudio de caso. Como se vio en la introducción, el modelo terapéutico y rehabilitador en donde se realizó esta investigación, responde a las características de los nuevos enfoques salutogénicos en salud mental, en los que se tiene la finalidad de ayudar a la persona en estado de vulnerabilidad psicosocial a recuperarse.

Bill Anthony (1993), uno de los investigadores más importantes de este nuevo enfoque salutogénico de la salud mental, define a la recuperación del siguiente modo:

“Es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental...”¹⁰

Se deduce de esta definición que la recuperación no implica la curación, ni la remisión total de la sintomatología. En ella es fundamental el logro de un proyecto y sentido de vida que se encuentra ligado a la superación del estigma de la enfermedad, de los efectos yatrogénicos, de la falta de oportunidades, de la afectación de la autoestima. Es el propio individuo quien se recupera a través de medios facilitadores, servicios que los profesionales, familia y comunidad gestionan.¹¹

El capítulo comienza describiendo parte del material extraído de la Carta de Presentación de la Sección SVDMES, en donde se encuentran desarrolladas sus características básicas. Luego se presentan los dispositivos que componen dicha Sección, describiendo con mayor asiduidad el dispositivo Estim-arte, encuadre en el que se realizó el estudio de caso.

¹⁰ Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón.

¹¹ Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón.

1.8.1. Sección Situaciones Vitales Derivadas de la Marginalidad y la Exclusión Social¹².

La mercantilización de la vida, propia de la sociedad occidental socavó la estructura psicosocial y cultural de las personas, familias y comunidades como resultado de un vacío de sentido antropológico, de una relativización de los valores y de un deficiente desarrollo humano integral en el que se destacan un escaso conocimiento de sí mismo, la falta de un sentido de pertenencia, de un proyecto de vida y un empobrecimiento de la autoestima. Asimismo, esta realidad llevó a que las personas confundan los valores adjudicados a los roles y bienes materiales hasta identificarse con ellos y creer que "son" lo que "tienen" y lo que "hacen". En consecuencia, cuando pierden un rol como el laboral, su empresa, o la vivienda, "dejan de ser" y se sienten menoscabadas en su esencia, perdiendo de este modo las potencialidades para emerger de la situación que debe ser entendida como una circunstancia a lo largo de la vida y no como la vida misma. El propósito es revertir esa construcción cultural basada en la confusión de valores para que las personas puedan autorreconocerse valiosas en sí mismas y porque reconocen tener las herramientas necesarias para la transformación de la realidad, es decir, de las condiciones objetivas de existencia que las sitúan al margen de la sociedad.

El propósito de la Sección SVDMES es el siguiente:

Contribuir a la reinserción social de los participantes o, mejorar la inserción, redirigiendo creativamente la energía física y mental que conlleva la situación de exclusión o marginalidad hacia horizontes más positivos que les permitan fortalecerse y hasta obtener o recuperar concretamente lo perdido, (trátase de un empleo, la vivienda, un grupo de pertenencia, el estudio, o simplemente el estado de conciencia de que sentirse dignos no depende sólo de tener empleo, educación o redes).

Su población destinataria:

Individuos que

- Estén sin empleo o en situación de precariedad laboral
- Estén sin vivienda o en situación de precariedad habitacional
- Estén experimentando frustración por aspiraciones educativas no concretadas.

¹² Material extraído de la Carta de Presentación de la Sección SVDMES.