

ALEJANDRO GUAJARDO
Terapeuta Ocupacional

**TALLERES DE TERAPIA OCUPACIONAL:
UNA EXPERIENCIA CON VÍCTIMAS DE LA REPRESIÓN POLITICA**



CINTRAS
Centro de Salud Mental y Derechos Humanos

Serie Monografías, N° 7

1994

I. INTRODUCCIÓN

Entender la reparación en salud mental en personas víctimas de la represión política desde una perspectiva estrictamente individual, considerando sólo los aspectos psicoterapéuticos clásicos, parece ser insuficiente a la luz de la perspectiva integral con que se requiere asumir el proceso de recuperación en estos casos.

Así, un abordaje destinado a reparar las áreas dañadas, necesariamente debe asumir una orientación global, entendida ésta como un tratamiento individual y colectivo con todos los instrumentos que posibiliten el comprender al sujeto como ser biológico y social, que posee vivencias, relaciones afectivas y un proyecto histórico determinado.

De esta forma, el hecho de propiciar el desarrollo de la salud mental en nuestros pacientes debe incluir no sólo el concepto de rehabilitación sino también una acción promocional y curativa, cuyo objetivo final sea estimular el desarrollo personal más adecuado y sano posible.

En nuestros consultantes observamos cómo la situación de amenaza vital pasa a ser un estímulo permanente en la generación de daño, situando al sujeto en una posición antagónica a la salud mental.

El daño, expresado además en incertidumbre, marginación, temor, frustración, desconfianza, desestructuración familiar, cesantía, pérdida de roles, falta de reinserción social, etc. nos plantea el desafío de lograr que la persona asuma en su práctica diaria una actitud más vigorosa, activa y modificadora de su entorno.

Es aquí donde la terapia ocupacional puede ejercer una acción terapéutica importante en la recuperación de personas víctimas de la represión, transformando esta práctica diaria en un estímulo gratificador, recuperador, orientador y facilitador del desarrollo personal, aproximándonos de esta forma a un equilibrio más sano en el proceso de salud mental.

II. CONCEPTOS GENERALES

La terapia ocupacional constituye una instancia intermedia entre la persona y la sociedad, eslabón necesario para transitar a un estado de normalidad. Es un medio por el cual el individuo puede adaptarse nuevamente a lo cotidiano, internalizando en esta exigencia de adaptación la necesidad de cambios personales.

La actividad humana, entendida como proceso de crecimiento y maduración personal, es una herramienta importante aplicada a la salud mental. Su desarrollo permite asimilar nuevos procedimientos y contenidos de la experiencia social, lo que al estructurarse inducirá una ampliación de la conciencia y una mayor diferenciación de la personalidad del sujeto. La actividad posibilita la adquisición de muchas habilidades manuales e intelectuales, conocimientos y significaciones.

La terapia ocupacional entiende el proceso de la actividad social del hombre como una ocupación aplicada a un sistema estructurado, graduado, con fines y propósitos objetivos; desarrolla la expresión de actitudes y emociones saludables, que posibilitan la reconstitución del proyecto de vida.

Además, cuando hablamos de terapia ocupacional, tenemos que señalar que ésta es una disciplina nueva, muy específica en su origen y que en su corto desarrollo se ha limitado básicamente a una acción

terciaria. En salud mental es utilizada en el abordaje de secuelas de enfermedades psiquiátricas mayores, sobre todo en la etapa de cronificación de ésta, práctica que se ha realizado con un enfoque médico tradicional.

La experiencia clínica inicial con pacientes psicóticos fue una clara demostración de que todo intento de reparación debe entender al sujeto como una totalidad, un continuo que va desde los procesos internos al conjunto de destrezas personales que permitan asumir una vida diaria concreta.

El hecho de considerar sólo los procesos biológicos y psíquicos, impide comprender que gran parte del daño se expresa en la actividad práctica del sujeto. Así, vemos inhibición en la búsqueda de trabajo, en la necesidad de generar recursos materiales que sitúen al paciente en un rol más protagónico en su familia, en la insuficiencia de las habilidades reales que pueda poseer la persona, en la dispersión y falta de estructuración del proyecto de vida (en el área de inserción socio-laboral, por ejemplo), etc.

La terapia ocupacional coge de modo central esta área - la rehabilitación laboral - pero también establece un plano promocional y curativo que facilita el desarrollo de habilidades más internas y propicia la evacuación a través de un ejercicio creativo concreto - la ergoterapia - de diversos conflictos del núcleo traumático.

Insistimos, la clave está en utilizar la actividad humana en sus diversas expresiones, en un contexto estructurado, como instrumento conductor del proceso de recuperación.

La ejecución que haga el paciente con una actividad concreta (ergoterapia o rehabilitación laboral) facilitará en él la asimilación de una experiencia que le estará mostrando las habilidades y la riqueza de su persona, a las que se sumará la adquisición de otras nuevas, síntesis que derivará en una transformación y diferenciación de su actual posición, llevándolo a otra más activa y constructiva que impulse el desarrollo personal.

Para concretar lo anterior, la terapia ocupacional hace uso de la actividad humana señalada a través de diversos medios que incluyen la aproximación verbal individual, la ergoterapia, la rehabilitación laboral y capacitación, actividades de la vida diaria, dinámicas de grupo y terapias recreativas, principalmente.

Nuestra experiencia la hemos desarrollado en los talleres terapéuticos, los que presentan algunas características comunes. La primera de ellas es que éstos constituyen una comunidad terapéutica de funcionamiento diario, donde cada uno es partícipe de su propia recuperación y la de los demás, comprometidos con los roles asumidos, en un ambiente de relaciones democráticas estimulando la responsabilidad individual y colectiva frente a las actividades planificadas.

Otro aporte es que cada paciente pertenece a un colectivo que facilita el ensayo de acciones, un lugar socialmente compartido que ayuda al proceso de catarsis, que transforma el dolor en un espacio de construcción. Además, la experiencia grupal nos permite objetivar situaciones sociales que son parte de procesos históricos, lo que ayuda a visualizar que los problemas no sólo afectan a los integrantes del grupo, sino que al conjunto de la sociedad.

A continuación describiremos las características principales de los talleres de inserción laboral y de ergoterapia y algunos casos clínicos que ejemplifican nuestro quehacer.

III. TALLERES DE INSERCIÓN LABORAL

Hemos hablado de que no existe reparación total si no hay inserción psicosocial. Para ello se requiere necesariamente dar posibilidades concretas al desarrollo e incorporación laboral.

La recuperación de aspectos importantes de las destrezas y habilidades ligadas a la inserción social y laboral constituye un elemento prioritario. Muchas veces nos vemos en dificultades para discriminar entre los síntomas producidos por la represión política directa y los que se agregan (también represión) a causa de los conflictos que se desencadenan en otros niveles de relación, entre éstos, trabajo y situación laboral.

Será necesario, entonces, recoger adecuadamente en el abordaje terapéutico los distintos niveles de causalidad que subyacen al acontecimiento represivo, como condición de un auténtico proceso de reparación psicosocial. La pérdida del trabajo, la cesantía, la falta de recursos básicos, impiden elaborar los efectos específicos de la experiencia traumática, los cuales muy a menudo perturban gravemente las defensas emocionales del sujeto y su familia.

La ruptura de lo cotidiano conlleva la pérdida de recursos para afrontar las necesidades materiales de subsistencia, desarticula la práctica social y laboral e imposibilita proyectarse hacia el futuro transformándolo en algo incierto y abrumador. Se produce un severo deterioro del status socio-económico, lo que profundiza el cuestionamiento de la identidad personal en un proceso aparentemente no violento pero no menos permanente y dañino que otros.

La pérdida del trabajo y la estigmatización social se constituyen en parte fundamental de lo que es la ruptura del proyecto vital. El consiguiente quiebre o debilitamiento del proyecto político profundiza el padecimiento transformando el daño en algo más global y perturbador. De esta forma, la pérdida del trabajo o el riesgo inminente de cesantía, aparecen claramente como situaciones vitales patógenas.

Los efectos son inmediatos: pérdida de la autoestima, pérdida de referentes sociales, desgaste y aislamiento. En el caso de los presos políticos, éstos son representados como "extremistas" y "subversivos". La identidad social sufre así un grave proceso de distorsión al quedar los sujetos marcados públicamente como individuos despreciables.

Por eso, estos talleres constituyen una parte importante del proceso de reparación, pues se intenta en ellos poner al paciente en una actitud activa para la generación de los recursos materiales necesarios para dar continuidad a lo que la experiencia represiva interrumpió.

Se trata de rearticular la práctica social y laboral del individuo, desarrollando destrezas y habilidades que propicien el retomar un proyecto de vida más dinámico y esperanzador.

Sus objetivos son:

1. Posibilitar el desarrollo de las capacidades sanas del paciente, fortaleciendo la confianza en sí mismo y complementando el tratamiento psicológico individual.
2. Ayudar a la integración a la vida social, política y laboral, sin dejar de considerar las discriminaciones propias del sistema.
3. Proporcionar recursos que ayuden al paciente a desarrollar un marco general de habilidades que sustenten su identidad, que recuperen el proyecto de cambio, fomenten sus destrezas individuales y que puedan también generar los medios con los cuales subsistir.

Las actividades que se realizan (gráfica, carpintería, costura) son fijas, no intentan al modo ergoterapéutico la expresión creativa en términos estrictos, sino que presentan características tales como ser estructuradas, secuenciales, etc.

El trabajo se efectúa con dos aproximaciones complementarias: por un lado el recuperar habilidades laborales como destreza, calidad, producción, eficacia, rendimiento, etc. y, por otro, recuperar el rol y la imagen de sujeto capaz de producir. A esto se suma la evaluación de intereses y proyectos, se focalizan los trabajos susceptibles de abordar y la realización de ejercicios prácticos de búsqueda de trabajo (rol playing, dramatizaciones) que ofrezca mayores posibilidades de éxito.

Junto a lo anterior, se capacita a la persona para otorgarle una alternativa más de trabajo. Se entregan elementos técnicos y teóricos que facilitan al paciente competir en un plano lo más igualitario posible con otras personas que trabajan en la misma área o bien se explora la posibilidad de independizarse en un trabajo productivo.

Para graficar más plenamente lo que intentamos hacer con nuestros consultantes, relataremos dos casos clínicos.

Caso clínico 1

Paciente de 34 años, hombre. Detenido el año 1973 en el Estadio Chile, donde presencia varias ejecuciones. Trasladado al Estadio Nacional sufre duras torturas.

Pierde el habla y posteriormente se genera una tartamudez, que se acentúa en los momentos de gran tensión.

Nuevamente es detenido en los años 1976, 1981 y 1983 por la DINA y la CNI. En todas esas ocasiones es fuertemente torturado.

No logra consolidar una estabilidad laboral por la inseguridad y riesgo que vive diariamente. Tampoco lo permiten sus papeles de antecedentes.

En 1988 vive un exilio de un año y medio en Argentina. Vuelve frustrado y sin lograr la estabilidad deseada.

Consulta a comienzos del año 1990 por un síndrome angustioso de gran intensidad, trastornos del sueño y alteración de las relaciones interpersonales. Ingres a terapia ocupacional a mediados de 1990. Se le ve tenso, angustiado, sin trabajo y en pésima situación económica.

Nos planteamos inicialmente disminuir los niveles de angustia acogiendo pedido de ayuda y ofreciéndole alternativas concretas de progreso:

- Reencuentro con capacidades laborales
- Mejorar la autoestima
- Capacitación
- Búsqueda de trabajo.

Por la urgente necesidad económica lo integramos a los talleres laborales en gráfica. Lo situamos en el colectivo en un plano secundario y sin mayor exigencia de intercambio interaccional.

La primera etapa es reforzar todo el aprendizaje que ya poseía en gráfica. Significa un reencuentro con lo ya conocido y un ejercicio de destrezas dormidas.

Ya activado en este plano, lo hacemos asumir un rol de monitor básico con dos tareas: generación de un mayor intercambio relacional y un esfuerzo de imagen y autoestima con respecto a los demás compañeros. Esto es apoyado en una supervisión gradual pero permanente.

Una vez consolidado el aprendizaje de encuadernación, lo situamos en un ejercicio de mayor complejidad pero en un plano secundario: el trabajo en off-set. Participa en actividades de impresión como ayudante adquiriendo el manejo básico de este oficio. Paralelamente se hace cargo del taller de encuadernación. Posteriormente se encarga él solo de imprimir la revista institucional para finalmente asumir como instructor de otros pacientes.

En todo este recorrido se siente muy gratificado, resuelto, con relaciones interpersonales fluidas y con una imagen personal consolidada en el plano laboral.

Son estos argumentos, su experiencia concreta en talleres y el éxito logrado, el instrumento utilizado para contrarrestar las conductas evitativas en la búsqueda de trabajo. En un plano reflexivo lo resituamos mostrándole sus verdaderas habilidades y dejando como único camino la búsqueda activa de una ocupación.

Para esto nos contactamos con una imprenta a fin de lograr una suerte de práctica profesional donde trabaja remunerativamente por 15 días. Se encuadra esto en el proceso de entrenamiento de la actividad laboral y así lo entiende el paciente.

El término del tratamiento concluye estimulando una búsqueda activa de trabajo remunerado; ya no concurre a talleres y sólo efectuamos sesiones individuales de seguimiento hasta el momento en que consigue un puesto definitivo. Si hubiésemos dejado que permaneciera más tiempo en talleres se nos hubiera producido el efecto contrario, pasando a ser éste un nuevo argumento evitativo en la búsqueda de la actividad laboral.

Desde hace más de un mes trabaja en una editorial y se prepara para asumir una beca WUS en una imprenta que él personalmente ya gestionó.

Caso clínico 2

El segundo caso es el de un paciente de 27 años, hombre, que ingresa en abril de 1990 a CINTRAS por un cuadro depresivo asociado a crisis agorafóbicas.

Durante la dictadura había sido dirigente estudiantil en la Facultad en que estudiaba, donde asumió una destacada participación, lo que le ocasionó detenciones, amenazas de muerte y seguimientos. Le tocó vivir la muerte de algunos de sus compañeros, lo que motivó el abandono de sus estudios y actividades sociales.

Sus cuadros angustiosos ocasionaron hospitalizaciones y una tendencia franca al aislamiento, con clara dificultad para salir solo a la calle.

A su ingreso definimos como objetivos terapéuticos: mejorar autoimagen, aumentar su autonomía, capacitar y orientar en lo laboral y facilitar las relaciones interpersonales.

Cuando inicia tratamiento, luego de tres años de inactividad, presenta un sentimiento de minusvalía y dependencia familiar, lo que provoca culpa y desvalorización. No ha logrado entrar a trabajar por su temor a enfrentar el medio y cuando lo ha intentado, sus antecedentes han abortado las posibilidades de éxito, siendo esto un refuerzo negativo adicional.

También se suma un trastorno del carácter que se expresa en permanente conflicto relacional: rigidez, escasa tolerancia a la frustración y gran agresividad.

Iniciamos el trabajo terapéutico integrándolo a los talleres sólo un día a la semana, por su temor a salir y al contacto interpersonal. Elegimos un día con un grupo reducido, para que el contacto con otros sea solamente el básico y se encuentre en un nivel inicial de aprendizaje que le permita verse igual a los demás y evitando que vivencie negativamente la supervisión terapéutica.

Detectamos gran prolijidad, excesivo cuidado y detallismo. Siendo elementos positivos, en él se transforman en lo contrario, al ser lento y escasamente productivo.

No insistimos en este aspecto y nos preocupamos solamente de la adquisición del aprendizaje.

Posteriormente lo situamos en grupos más amplios, con progresos distintos y con mayor frecuencia de asistencia. Acoge bien esto, ya que se encuentra con un grupo que acepta su personalidad, pero que con la mediación terapéutica también le hace ver su funcionalidad a veces conflictiva.

De este modo trabajamos en el paciente dos niveles simultáneamente: el relacional y la capacitación.

En el primero, durante el tratamiento presenta cuatro crisis serias al ser confrontado con sus mecanismos rígidos y agresivos, lo que le hace abandonar transitoriamente el tratamiento en estos episodios. Sin embargo, cada vez vuelve a incorporarse, al reconocer un grupo que le pone límites de funcionamiento pero que lo acoge en sus aspectos positivos y comprende la situación vivenciada por él. La confrontación de los rasgos de personalidad permite trasladarlo de un : "los demás tienen la culpa" a un " yo debo corregir mi relación con los demás".

Clarificamos su excesivo egocentrismo como una forma de lograr la valorización y refuerzo de los demás, pero que provoca el efecto contrario: el rechazo. Los dinamismos mostrados lo han ido adecuando en lo conductual, lo que ha permitido una mayor aceptación de su modo de ser por parte de sus compañeros. Esto a su vez ha redundado en una confirmación del sí mismo y de su imagen.

En lo laboral, gradualmente exigimos rendimiento y producción, mostrando el por qué lo hacíamos. Los resultados iniciales lo refuerzan en sus habilidades y sentimientos de capacidad, lo que permitió que al fracasar en las tareas, no hiciera abandono de ellas, sino que lo asumiera como un desafío a superar.

En dos oportunidades se frustra por la mala calidad de sus trabajos, ya que con ellos obtenía ciertos recursos económicos. El acompañamiento y la experiencia desarrollada con el paciente permitieron resituar el fracaso, dándonos los elementos que definieron que nos dedicáramos sólo a una parte de la gráfica para obtener resultados permanentes (no se capacitó en off-set ni en tipografía).

Al entrenarse definitivamente en empaste, siente que es capaz de obtener éxitos, lo que se reafirma al acompañarlo a buscar "pololos" que dieron resultados positivos.

Hoy compra sus propios materiales y herramientas y, transitoriamente, en un horario diferente a los talleres terapéuticos concurre a trabajar productivamente. Está generando recursos económicos y se está evaluando en conjunto con él su inserción definitiva fuera de la institución.

IV. ERGOTERAPIA

En el caso de las técnicas ergoterapéuticas nos estamos refiriendo al proceso por el cual el paciente, al usar una materia cualquiera (arcilla, madera, etc.) la transforma, dando como resultado final la expresión y creación de un objeto personal, que da cuenta de estados de ánimo, afectos, conflictos, nuevas destrezas y

aptitudes que estimulen en la persona vivencias cualitativamente distintas.

La materia en este caso pasa a ser el elemento de transición y mediador entre la realidad interna del paciente y su expresión externa. Esta situación da cierta seguridad al paciente, al no ser abordado directamente en relación a su sufrimiento, el que puede expresar a través de su actividad, de su creatividad.

Etimológicamente ergoterapia significa "terapia por el trabajo". Pero no se trata de cualquier trabajo, sino de uno libre, personal, creativo, no alienante. No importa el valor comercial de su resultado, sino el sentido que la actividad tiene para el paciente.

Así, la creatividad, entendida como la capacidad que tiene el ser humano para elaborar algo nuevo, pasa a ser un aspecto importante de este instrumento terapéutico. Esta capacidad es la que proporciona su potencial fuerza creadora.

Jung definió la creatividad como una forma de buscar la expresión de sentimientos internos y creencias. Con estos elementos relativos a la actividad creativa, llegamos al arte-bruto y a Jean Dubuffet, considerado su precursor. Esta es su definición: "Entendemos por arte bruto las obras ejecutadas por personas desprovistas de cultura artística, en las cuales, el mimetismo, contrariamente a lo que sucede con los intelectuales, tiene poco o nada de influencia (creatividad - sublimación), de manera que sus autores sacan todo de adentro, expresan todo de su propio fondo y no de las banalidades o clichés del arte clásico o del arte a la moda".

Asistimos así a la expresión artística pura, bruta, reinventada completamente en todas sus fases por su autor, a partir de sus propios impulsos internos.

Otro elemento de la ergoterapia es el arte terapia o terapia artística. En ella, el arte se utiliza como medio de comunicación no verbal al servicio del paciente. La actividad artística proporciona un medio concreto - analógico - a través del cual una persona puede lograr una expresión consciente o inconsciente que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico.

Margaret Naumber, terapeuta artística, dice en una de sus obras: "El proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y los pensamientos más fundamentales del hombre alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras". Ella limita sus actividades terapéuticas solamente al dibujo, la pintura, el modelaje y la escultura.

Es así como, ofreciendo estos medios de expresión y de realización plástica, el arte terapia permite al paciente movilizar y canalizar sus emociones; los deseos, agresiones y miedos son construidos y expresados, llevando a cabo una comunicación a través de símbolos.

Seleccionamos para ergoterapia los pacientes con daños más severos, que están en crisis o viviendo períodos de inestabilidad. Son consultantes que los inunda la incertidumbre e inseguridad. Muchos de ellos con síntomas depresivos, tendencia al aislamiento, menoscabo en su imagen y autovaloración.

El hecho que sea un espacio diferente a los talleres de inserción laboral, hace de este contexto un lugar facilitador de la comunicación e interacción. No hay exigencia de rendimiento u otras características propias de un trabajo tradicional. Cada paciente desarrolla libremente en el contexto terapéutico la actividad que ha elegido.

Tal es el caso de José Miguel:

Comenzó dibujando elementos desarticulados entre sí, relacionados pero atomizados, como para

mostramos la desintegración de su personalidad. Decía en un momento de su terapia: "Nunca me agarraron los pacos -sonríe ampliamente- pero, me agarraron las voces, me agarró la paranoia. No soy víctima de la dictadura en lo corporal, pero sí en lo mental".

Terminó su estadía en CINTRAS y dejó el taller de ergoterapia al cabo de meses, una vez terminada una marioneta, a la cual le pegó pelos de su barba en la cabeza. Logró así articular todos los elementos corporales del objeto y quizá como para darle vida, le agregó un elemento propio. Ya no escuchaba voces, su angustia se fue atenuando y se integró a una vida activa, más coherente y de menos sufrimiento.

El acompañamiento del grupo es un elemento central. Así ocurrió con la siguiente consultante:

Olga llegó un día llorando desconsoladamente. Sentía un temor enorme y su angustia se acrecentaba ante el hecho de tener que declarar ante la Comisión de Verdad y Reconciliación. Su padre era uno más de los cientos de detenidos desaparecidos durante la dictadura militar.

Nadie preguntó qué le sucedía, se le recibió en silencio; con respeto y solidaridad se le ofreció sentarse frente a su tarea, un collage que había comenzado días antes. Se le otorgó toda la ayuda necesaria para su actividad y entre sollozos continuó hasta terminarlo, expresando su desamparo y dolor en su obra.

Por último, queremos mostrar la interacción que se produce entre los diferentes instrumentos de terapia ocupacional, con la presentación de un caso final.

Caso clínico 3

Paciente hombre, de 28 años, que ingresa a CINTRAS en mayo de 1987, habiendo retornado pocos meses antes de su exilio en Bélgica.

Manuel es hermano de un ejecutado por motivos políticos el año 1973, lo que provoca gran trastorno familiar. Su madre hace una enfermedad psiquiátrica por lo que debe hospitalizarse en varias oportunidades. Posteriormente su otro hermano es detenido y gravemente torturado, debiendo salir al exilio en Bélgica por estar en situación de grave riesgo vital.

En 1980, dada la exigencia de tener que hacer el Servicio Militar, nuestro paciente también viaja al exilio junto a su madre, disgregándose aún más la familia. El padre inicialmente se queda en Chile con su otra hija.

La madre muere en el extranjero, por lo que el paciente queda solo con su hermano. Esta situación de nueva pérdida y soledad, sumado a toda la experiencia represiva previa, aparentemente gatilla un proceso psicótico grave y desestructurante.

Su padre, ante esta nueva realidad, también abandona el país para acompañar a Manuel el año 1985. Vuelven juntos a Chile en 1987.

Una vez retornados, sólo se reúnen el padre, el paciente y una hermana. En el camino queda un hijo exiliado, la madre fallecida en el exilio y un hermano ejecutado político.

A su ingreso el paciente se presenta muy dañado, con su aseo personal francamente deplorable, sin ningún contacto vital, estereotipias verbales y motoras, discurso casi indicativo y telegráfico, musitante; sin resonancia afectiva ni comunicación espontánea; absolutamente apagado e inactivo en el hogar; impresiona con alucinaciones auditivas.

Al ser integrado a terapia ocupacional, detectamos más específicamente una gran desestructuración de

su quehacer cotidiano, actividades de la vida diaria nulas, sin hábitos higiénicos básicos y ausencia de habilidades laborales. El grupo familiar manifiesta escasa expresividad emocional, tiene un mal manejo conductual y una nula comprensión de la enfermedad y su pronóstico.

El abordaje terapéutico inicial lo dirigimos a dos aspectos fundamentales: paciente y familia. Para el paciente utilizamos básicamente un enfoque directivo, conductual y de aproximación individual. Establecer el vínculo terapéutico fue el objetivo inicial, ya que el paciente concurría al tratamiento sólo si lo hacía acompañado por el padre.

Realizamos una evaluación de intereses, destrezas y motivaciones, en la que detectamos conocimientos de francés así como una inclinación por el dibujo y el ajedrez, actividades con que comenzamos a trabajar en las sesiones.

Paralelamente iniciamos una aproximación familiar con un enfoque psicoeducativo (comprensión básica de enfermedad y tratamiento conductual a este nivel) para propiciar la instauración de una rutina básica.

Con actividades libres como juego y dibujos, motivamos a Manuel a lograr dos hábitos necesarios: asistencia a tratamiento y permanencia en la sesión por un tiempo mínimo. Este trabajo de estimulación fue inicialmente diario, generando en él un contacto visual y verbal primario. Comenzó a responder a gestos, saludos y su lenguaje indicativo se hizo algo más fluido.

En esta etapa empezamos a exigir aseo y presentación personal en la sesión, aunque sin trasladar las instrucciones al hogar. Así comienza a llegar más ordenado y presentable.

Las sesiones son de corta duración, pero se van aumentando progresivamente hacia una mayor permanencia: desde 20 minutos hasta 2 horas. Comenzamos a trabajar en traducciones al francés e integramos actividades de carácter ergoterapéutico. La idea era desarrollar mayor tolerancia y perseverancia en el hacer, con una actividad libre y expresiva.

En el plazo de 6 meses trasladamos al hogar una rutina básica, que incluía horarios de funcionamiento con labores mínimas tales como: comprar el pan, hacer su cama, ver TV, etc., apoyados en el entrenamiento del padre, quien también hace uso de la técnica conductual del refuerzo tangible positivo.

El paciente, con una rutina básica, fue situado en un plano de mayor exigencia: concurrir solo a tratamiento y trasladar al hogar, como parte de su rutina, actividades terapéuticas que realizábamos en las sesiones individuales. Se lleva al hogar traducciones que controlamos regularmente. Comenzó con 1/2 página diaria, hasta 2 a 3 que fue el límite puesto.

En las sesiones continuamos en un plano ergoterapéutico con un trabajo de hilos tensados: espacio fijo, uso de mínimos materiales, uso de cálculo de medidas, líneas rectas, actividad muy estructurada.

La idea fue sacarlo del ensimismamiento y autismo para tornarlo más creativo. De la actividad fija y estructurada pasamos a una relativamente más libre y creativa con la confección de colgantes con puntos simples en sus diseños. Esto también lo trasladó posteriormente al hogar.

El tercer paso fue el trabajo colectivo y de manejo en la calle. Para el primero lo integramos a un grupo pequeño de pacientes que también habían presentado episodios psicóticos, pero que estaban en un mejor nivel y paralelamente disminuimos a 3 veces por semana las sesiones para estimular un hacer más independiente del terapeuta.

El grupo estimuló el diálogo abierto y espontáneo, reforzó su imagen al recibir el incentivo de sus

compañeros por los trabajos terminados. Hace amistades y en algunas ocasiones proyecta el contacto con ellos fuera de las sesiones.

Respecto del segundo aspecto, hacemos modelaje y salimos a la calle de compras y otros trámites para adecuar su funcionamiento con la finalidad de corregir, por ejemplo, el escupir en el suelo o el pedir cigarrillos y dinero a cualquier persona.

Finalmente lo integramos a un grupo folclórico de nuestros pacientes, que funciona durante alrededor de 6 meses y al cual asiste 2 veces por semana.

Durante los dos primeros años de tratamiento (agosto 1987 a 1989), se produce una transformación en nuestra institución. Cambia la planta física, se crean espacios concretos para talleres y aumenta considerablemente la cantidad de consultantes, lo que nos obliga a crear una rutina de hospital de día para él y entrenar a toda la comunidad de CINTRAS en el manejo básico del paciente. En este instante, ya con un funcionamiento aceptable en lo conductual e interaccional, decidimos explorar otras áreas sanas y lo integramos al taller de ergoterapia, que fue ampliado y reforzado.

En el taller de ergoterapia, que funciona diariamente con alrededor de 10 a 15 pacientes, las actividades se desarrollan ahora en un espacio más amplio y con una diversidad de recursos que facilitan que los pacientes canalicen adecuadamente sus motivaciones. Ya no era posible el abordaje individual, pues el grupo consultante había aumentado considerablemente en número y realidades personales, lo que nos puso en un plano distinto al descrito anteriormente.

Se estipuló un contrato terapéutico con Manuel que señalaba una asistencia de 3 días a la semana, entre las 10.00 y las 12.00, con una pausa de 11.00 a 11.15 horas.

Su primera producción es un dibujo, un rostro. Al mismo tiempo habla de su hermano fusilado en el cerro Chena y de su madre fallecida en el exilio. Es como una manera de presentarse ante sus compañeros. Dibuja a trazos muy rápidos y sus obras comienzan a pasar muy rápidamente una tras otra. Continúan sus dibujos, siempre en la misma temática. Pareciera que los hiciera más que nada para ocuparse o dejarnos tranquilos y satisfechos.

Partiendo de esta reflexión, le proponemos utilizar sus intereses y capacidades integrando sus sueños en una actividad diferente. Al conocer las posibilidades que tenemos y sin reflexionar mucho, elige el cobre.

Corta 10 placas de 10x8 cms. donde reproduce figuras, repujándolas. Previamente dibuja muy rápidamente motivos como "el pez herido", "la cigüeña", "la mujer", etc. todos, según él, provenientes de la cultura mayita.

Esta actividad nos permite lograr un importante objetivo: el pequeño y limitado espacio le permitirá centrarse y concentrarse, alcanzar una cierta regularidad, coordinar el pensamiento y la acción, como asimismo valorizarlo y fortalecer el yo sano; en definitiva, tratar de reestructurarlo o por lo menos recuperar algunas de sus capacidades dañadas. Siempre tiende a sobrepasar los límites y el contrato acordado.

Continúa con sus pequeños repujados, pero al mismo tiempo pasa por una etapa de violencia en su hogar. Amenaza a su padre, lo agrede verbalmente y lanza piedras a la propiedad rompiendo vidrios. En el taller de ergoterapia demuestra inquietud y ansiedad.

Ponemos en cuestión el contrato y nos preguntamos si no vamos demasiado rápido en las exigencias: actividad controlada y dirigida, las etapas para la confección de sus obras, el esfuerzo hecho para la

integración de los acuerdos y consignas.

Cada vez más disperso, ríe sin motivo aparente, muy crispado e incapaz de estar sentado mucho rato en un mismo lugar. No se preocupa de su apariencia ni de su persona. Durante este período, que dura alrededor de 2 meses, pinta, dibuja y repuja de manera rápida y desordenada y sin ninguna reflexión aparente.

Constatamos movimientos torpes y sin precisión, dice tener mala vista, justificándose. Conversamos con él sobre todos estos aspectos y vimos la necesidad de que toda el área de CINTRAS juegue un rol terapéutico y de apoyo frente a esta espiral de desintegración y deterioro.

Detenemos momentáneamente las exigencias y nos solicita tejer a telar. Aceptamos como una forma de mantenerlo encuadrado, con menos posibilidad de dispersión y delirio. En esto pasa un buen tiempo, pero avanza sólo 2 cms. y de manera inadecuada. Su padre, muy preocupado, nos informa que duerme con la ropa puesta.

Llegamos al mes de abril de 1990, fecha en que comienza, por propia petición, a hacer repujados en cobre de mayor tamaño, 30x20 cms. aproximadamente. Dice que para él serán más fáciles de ejecutar y que hará 10 para posteriormente exponerlos y venderlos.

Su actividad se caracteriza por dibujos antropomorfos que luego traspasa al cobre. El paciente titula su primer trabajo como "el yo". Interpretamos este producto como un "yo" atomizado, tan desintegrado como la propia personalidad de Manuel. Paralelo a esto sucede un hecho interesante y sorprendente: Manuel desafía a otros pacientes a jugar ajedrez; habitualmente gana, situación que lo hace sentirse feliz y motivado. Es felicitado por los otros pacientes y dice haber sido campeón en Bélgica.

Motivado por el refuerzo social de su actividad, Manuel continúa la producción de trabajos en cobre y es así como da a luz "la guagua", "el niño", "el hombre", "el guacho" y continúa prolíficamente.

Nos damos cuenta de que cuando hay más de 5 pacientes en ergoterapia (lo que es común), Manuel se incomoda, se dispersa y no se concentra. Pensamos que sería beneficioso que tuviera una atención individual y para ello acordamos que comience una actividad de tallado, 1 día a la semana, con una estudiante en práctica en un lugar adecuado, con supervisión personalizada.

Posteriormente termina su serie de 10 repujados, agregando entre otros: "el caballo", "el hipocampo". Nuevamente es un motivo de felicidad, muy felicitado por todos, alabado incluso por algunos como un gran creador. Han transcurrido 5 meses en el taller de ergoterapia al momento de presentar este trabajo.

Creemos estar ya en una etapa que tal vez complete nuestro quehacer. Hemos recuperado destrezas, habilidades, estilos de comunicación, pero sin olvidar que es un paciente con gran daño, sin dejar de lado su proceso psicótico desestructurante. Nuestro trabajo terapéutico se ha dirigido a mantener los avances y evitar un retroceso o mayor deterioro. Su evolución requiere ya de otras instancias extrainstitucionales que le permitan subir un peldaño más, pero recordando las claras limitaciones derivadas de su enfermedad. Al parecer, el taller protegido es el otro paso y en ese sentido encaminamos nuestros esfuerzos.