

# LA VIDA SOCIAL Y LOS TRATAMIENTOS

GEORGINA BALLERA ROVIRA

Psicóloga

Cada día se acentúa más la tendencia de estudiar los casos en psicología dentro de un contexto social y también de encontrar soluciones de terapia colectiva, según la gravedad del caso. Esta orientación actual es muy comprensible si se tienen en cuenta varios factores: 1) La larga estadía de los pacientes en los hospitales o clínicas mentales; 2) La necesidad de mejorar las relaciones, interpersonales entre los enfermos, los cuales por su misma enfermedad, pierden capacidad para la vida social, dando lugar a conflictos y tensiones dentro del grupo; 3) El elevadísimo costo de los tratamientos individuales y 4) La desproporción entre el número de pacientes y el personal especializado.

Naturalmente que los ensayos de terapia colectiva o socioterapia no pueden reemplazar a los tratamientos individuales ya sean biológicos o no; lo importante es lograr una mayor ocupación dirigida durante la estadía del paciente en la Clínica para reforzar la acción terapéutica particular y evitar el desperdicio de un tiempo precioso para su curación. Esto implica la presencia de un personal más o menos especializado, lo cual es posible que se considere al principio como superfluo, si no se tienen en cuenta las enormes ventajas que finalmente trae. (De la preparación mínima de este personal hablaremos posteriormente).

Al llegar a este punto queremos hablar de la Ergoterapia o en términos

más generales de la terapia ocupacional. En ella podremos inscribir dos grupos: la terapia por el trabajo o Ergoterapia y la terapia por el juego o las distracciones llamada también ludoterapia. No pretendemos estar haciendo innovaciones, ni descubriendo un tema nuevo pero, estos métodos han demostrado ser de una gran eficacia, a condición de que se cumplan ciertas normas, las cuales desgraciadamente se olvidan con frecuencia.

Los métodos en sí mismos pueden parecer banales pero la seguridad con que van ganando terreno confirman sus ventajas de eficacia, bajo costo y número de pacientes que pueden participar con la ayuda de poco personal semi-especializado.

## 1. OBJETIVOS:

Estos sistemas son eficaces porque obligan al paciente a un constante esfuerzo por salir de sí mismo, olvidar o relegar a segundo término sus preocupaciones y conectarse con la realidad en la acción. El papel desempeñado por el grupo es muy importante, así se han visto personas que después de negarse durante varias sesiones a participar, se deciden finalmente a hacerlo a medida que se van quedando solas en su ocio.

Otra de las numerosas ventajas del sistema es la disminución de la oposición en los términos paciente-médico o paciente - psicólogo, aumentando la confianza del enfermo; la comunica-

ción entre los dos se hace por canales más indirectos pero más seguros, en espera de que aquel pueda verbalizar claramente sus problemas. Imperceptiblemente el paciente se va sintiendo persona útil y gana en seguridad personal. La Ergoterapia es, si se sabe explotar, un lenguaje sin palabras por el cual se van conociendo o adquiriendo de nuevo, el contacto con ciertos valores (p. e. el agrado al sentirse productivo, el contacto con valores estéticos, etc.) muy difícil de comunicar con las palabras. Por otra parte se evita la excesiva desadaptación al trabajo del paciente al salir del hospital, y se le va integrando poco a poco a la vida social y a sus responsabilidades.

## 2. CONDICIONES:

Varias son las condiciones que la Ergoterapia debe llenar para lograr sus propósitos:

1) Las tareas deben proponerse en un orden de dificultad ascendente, para evitar la automatización del trabajo y así exigir un esfuerzo paulatino del paciente.

2) El fin de la Ergoterapia es ante todo terapéutico, por eso el rendimiento económico para la Institución debe ser relegado a último término. En varias clínicas se observa que los objetos fabricados por los pacientes significan una modesta entrada para la Institución, con lo cual se exige más la perfección del acabado que el esfuerzo del paciente por pasar a un trabajo nuevo evitándole la rutina.

3) Una vez que el o los pacientes están familiarizados con una técnica, conviene pasarlos a una nueva sin darles tiempo a que su labor se convierta en rutina.

4) Las técnicas, a pesar de llevarse a cabo en grupos, deben tener en cuenta los gustos y disposiciones particulares, el nivel intelectual y el grado de participación de que es capaz el paciente en ese momento.

El personal requerido es el mismo encargado del cuidado y vigilancia de los enfermos, es decir las enfermeras, a las cuales se les organizan prácticas muy cortas (10 días en promedio) de perfeccionamiento. En Francia estos cursillos son organizados por el CEMEA (Centro de entrenamiento de los Métodos de Educación Activa (1) y su naturaleza es muy diversa: juegos al aire libre, teatro, fotografía, trabajos manuales e iniciación artística, marionetas, canto y danza, encuadernación, trabajos manuales caseros, formación musical de base, etc.

Es muy curioso destacar el hecho de que las prácticas para iniciar a los enfermos en el canto y en la danza habían sido vistas con mucho escepticismo por parte del personal científico no iniciado, por considerarlas fuera de lugar y poco serias, y sin embargo se han mostrado como las más útiles en el proceso de socialización. Es de señalar que son las que necesitan monitoras mejor preparadas y con conocimientos de base más especializados.

Además de las técnicas del CEMEA pueden adaptarse toda clase de sistemas educativos, de artes y oficios y de otras actividades culturales a los fines de la terapia ocupacional. La técnica es solamente el paso intermedio para poner en contacto al paciente con el grupo y con el terapeuta y los resultados dependen de la habilidad con que éste las maneje y sepa sacarles provecho.

Los gustos y aficiones de cada enfermo pueden ser muy bien encauzadas p. e. en pequeñas audiciones musicales seguidas de críticas, en ensayos de bailes o cantos folklóricos, etc.

En los hospitales cuyos pacientes tienen por lo general un bajo nivel intelectual o cultural, pueden aprovecharse para los mismos fines, todos los métodos de Educación Popular, una vez que el estado del paciente lo permita. El doble empleo que se deriva es evi-

1 *Vie Sociale*, 6 Rue Anatole de la Forge, Paris, XVII.

dente: instrucción del paciente y búsqueda de un fin terapéutico.

Conviene que la coordinación general de estas actividades sea hecha por el psicólogo porque la preparación en los trabajos particulares no capacita a las enfermeras para manejar el grupo, ni para comprender el momento oportuno de cambiar de actividad a un paciente. Ellas han sido entrenadas en un trabajo manual especial, empleado con fines terapéuticos y no son ni deben ser los capataces de una pequeña industria.

### 3. PAPEL DEL PSICÓLOGO

El papel del psicólogo es doble: 1) Coordinar las actividades, y 2) Interpretar el material para observar los progresos realizados a fin de que pueda informar al equipo de la clínica sobre el estado del paciente.

En el país citado existen los talleres de Ergoterapia a los cuales asisten los pacientes en tratamiento ambulatorio, o aquellos que ya han sido dados de alta pero cuyas condiciones mentales

no les permiten aún entrar en la vida normal. A estos talleres asisten como a cualquier club, con la ventaja de que responsabilizan a los enfermos en la organización del mismo y pueden reunirlos periódicamente para los controles y tratamientos. Además de las actividades manuales es muy interesante el hecho de que todos ellos participan en las juntas para discutir la marcha del taller, organizar visitas a museos, jardines públicos e inclusive excursiones, teniendo en cuenta el modesto presupuesto del taller.

Los trabajos allí realizados son con frecuencia encargados por familiares o amigos de la Institución o por compradores que han conocido las obras en exposiciones colectivas. Todo esto aumenta el interés de los pacientes por la buena marcha del taller, con lo cual el proceso de readaptación se produce insensiblemente. Es también muy curioso el hecho de que el trabajo en común y el interés por perfeccionar las artesanías, hace que los mismos pacientes se preocupen por aquellos compañeros que muestran menor participación, contribuyendo en gran parte a su mejoría.

## BIBLIOGRAFIA

DESHAIES, Gabriel: *Psychopathologie Générale*, Paris, 1959. Presses Universitaires de France.

REVUE VIE SOCIALE, Editions de Scarabée, 8e. année, Nr. 38. Mai — Juin, 1962.