

EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO: MEMORIA

(Presentada al Servicio Andaluz de Salud en 1987. Para la apertura del nuevo Hospital de Día, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Centro Licinio de la Fuente)

Dr. José Luis Jiménez Bullejos

- § Introducción.
- § Objetivos. Pretensión terapéutica y orientación del centro.
- § La formación del equipo en el Hospital de Día.
- § Modalidades de tratamiento. Capacidad. Actividades terapéuticas.
- § Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Parece ser que es en Rusia, en el año 1937 (DZHAGRON), cuando se inicia la práctica de los “cuidados diurnos” para pacientes psiquiátricos, motivada, aparentemente, por la escasez de camas hospitalarias psiquiátricas para internar pacientes gravemente enfermos.

Casi simultáneamente, D. E. CAMERON (1946), fundó un Hospital de Día en el **ALLEN MEMORIAL INSTITUTE DE MONTREAL** (Canadá), y lo concibió como alternativa a la atención en régimen de internamiento completo.

En Europa Occidental el pionero de dicha modalidad de hospitalización es J. BIERER (1948) en Inglaterra. En U.S.A. y en el mismo año, se crean las primeras unidades de este tipo de atención psiquiátrica en la **YALE PSYCHIATRIC CLINIC** y en la **MENINGER CLINIC**.

Basándose en estas y otras experiencias similares se inaugura en Cuba en 1962, en el Hospital Docente **COMANDANTE MANUEL FAJARDO** el primero de los Hospitales de Día de este país y en Francia se oficializa la puesta en marcha de una red extrahospitalaria organizada, que incluye los Hospitales de Día, tras promulgarse un decreto del Ministerio de la Salud Pública el día 15 de Marzo de 1969.

Así, poco a poco, la fórmula de la hospitalización diurna se va extendiendo, y a un ritmo veloz, por todos los países, y en el nuestro es ahora cuando parece interesar a las jerarquías político-sanitarias este modelo de atención psiquiátrica (si bien las primeras experiencias que conocemos datan de 1979).

Según **R. AMIEL** y **J. L. ARMAND-LAROCHE**: “allí donde existe una red asisten-

cial organizada, y más concretamente Hospitales de Día, ha disminuido el porcentaje de admisiones en los Hospitales Psiquiátricos” y señalan que: “de todos los servicios extrahospitalarios, el Hospital de Día es el más necesario”.

Los autores anteriormente citados refieren que en Inglaterra, en el sector de trabajadores, el número de ingresos psiquiátricos ha disminuido en un 50% tras la puesta en marcha de un servicio extrahospitalario dotado de un Hospital de Día.

Aunque dependiendo de diversas circunstancias, en los Hospitales de Día se pueden aplicar todo tipo de técnicas psiquiátricas, si bien, según los casos, se utilizan primordialmente: cuidados biológicos, psicoterapias (tanto de grupo como individuales), técnicas de expresión, etc.

Según algunos autores franceses, un Hospital de Día puede estar preparado para atender a la mayor parte de cuadros (síndromes) psiquiátricos y únicamente los enfermos confusos, agitados, antisociales y ciertos pacientes con evidente riesgo de suicidio, deben ser excluidos, salvo que exista en el Hospital de Día un equipo bien experimentado que pueda abordar estos accidentes agudos.

Los mejores resultados se vienen obteniendo en pacientes psicóticos jóvenes y prepsicóticos en los que la readaptación social está aún por hacer. El Hospital de Día permite un acercamiento progresivo hacia conductas sociales normales. El Hospital de Día va a permitir el asumir, afrontar, aceptar y superar los escollos de la vida social. Todo ello se facilita porque cada día la presencia de terapeutas, la presión del grupo de enfermos sumidos en los mismos problemas, le ayudarán a cumplir su esfuerzo cotidiano. Un programa bien diseñado les ayudará a afrontar dificultades cada vez mayores.

Los enfermos con antecedentes de ingresos en hospitales generales tienden, más o menos inconscientemente, al régimen de hospitalización completa, porque estos ofertan un alto grado de sobreprotección, al tiempo que inducen a una mayor regresión.

Un Hospital de Día inserto en una red asistencial trata de evitar los desarraigos y responde a las necesidades de los pacientes para que estos no se diluyan en un macro-hospital.

La entrada y salida a horarios fijos, como si se tratase de un trabajo normal, actúa contra la cronificación; no obstante, hay algunos pacientes, sobre todo psicóticos residuales, que se acomodan bien a este ritmo de vida, pero el resto no encuentra, en definitiva en este sistema asistencial, beneficios secundarios importantes, ya que este les impone exigencias parecidas a la vida “normal”, por lo que pronto comprenden que más vale afrontarlo lo antes posible.

Lo que se pretende con ello, pues, es motivar al paciente y responsabilizarlo en su propio proceso terapéutico, es decir, tratar de facilitarle una “orientación progresiva” que le vaya consolidando en una mayor independencia y libertad y por ende, de la conse-

cución de un adecuado proceso de separación-individuación (MAHLER), que le vaya afianzando en una posición de extraversión, apertura y **REINSERCIÓN SOCIAL**.

De otra parte, la hospitalización completa conlleva unos riesgos para los enfermos mentales, cuales son:

- Peligro de cronificación
- Número elevado de reingresos
- Obtención de beneficios secundarios, etc.

El Hospital de Día encuentra sitio aquí para hacer fracasar estos riesgos. La hospitalización parcial es menos rechazada por los pacientes y vivida de una forma menos culpabilizante. Los enfermos que se benefician de la hospitalización parcial van tolerando cada vez mejor su semi-ruptura con el entorno, conservando una autonomía suficientemente coherente y consecuente (la medida de los resultados terapéuticos estará en función de la colaboración que se obtenga del entorno). **LA FAMILIA PUEDE SER UN HANDICAP PARA LA BUENA MARCHA DEL TRATAMIENTO (ASI COMO UNA VALIOSA HERRAMIENTE TERAPEUTICA).**

Una vez admitido, al paciente se le impone la regla de asistencia al “horario dedicado a actividades terapéuticas”, a tiempo completo (o parcial), hasta lograr una buena integración en el programa terapéutico. Después, el grupo, si está bien estructurado, combatirá por sí mismo el absentismo.

Los Hospitales de Día, siguiendo a **MARVIN y HERZ**, pueden optar por tres funciones fundamentalmente:

- a) Como alternativa al régimen de internamiento completo
- b) Como paso de transición de lo anterior a una inserción completa en la comunidad
- c) Como alternativa a las atenciones en régimen ambulatorio

Si nos atenemos a nuestro contexto, con las disponibilidades asistenciales en materia de Salud Mental existentes actualmente, tratamos de cumplir las tres funciones antes nominadas, si bien, las perspectivas que se nos insinúan en el “proyecto de reforma psiquiátrica” tal vez hagan cambiar o más bien definir entre alguna o algunas de las anteriormente señaladas.

En definitiva, la estructura del Hospital de Día debe basarse necesariamente en las funciones a las que esté dedicado (ASTRACHAN, 1970).

Estamos totalmente de acuerdo con el modelo de Hospital de Día más extendido, que es el que supone un Hospital de Día, totalmente independiente del Hospital General,

con sus propias instalaciones y su propio personal. Este modelo a parte de algún inconveniente tiene la ventaja de “evitar a los pacientes cualquier relación con la atmósfera presumiblemente más regresiva del servicio de pacientes en régimen de hospitalización tradicional” (BEIGEL y FEDER, 1970).

Es de destacar que de toda la bibliografía consultada y de la experiencia propia, todos los programas que se imparten en los Hospitales de Día existentes van encaminados hacia la rehabilitación social y vocacional, tendiendo siempre hacia la terapia grupal, como vehículo de resocialización y terapéutico de los pacientes, por supuesto dentro del contexto de una terapia integral e intensiva (BIO-PSICO-SOCIAL).

OBJETIVOS. PRETENSIÓN TERAPÉUTICA Y ORIENTACIÓN DEL CENTRO

La orientación del trabajo que proponemos está concentrada en el párrafo anterior, es decir, resocialización de los pacientes a quienes atendemos, llevando la terapia hacia la reinserción social, apoyando y saneando los vínculos preexistentes entre el paciente y su medio (familia, centro de trabajo, núcleos naturales de convivencia, etc.).

Para el logro de este objetivo primordial (resocialización) las técnicas terapéuticas a aplicar son variadas concediendo especial importancia a las de carácter grupal (terapias grupales, de expresión corporal, psicodrama, relajación, psicopintura, etc.), sin olvidar, por supuesto, las técnicas psicoterápicas individuales adecuadas a cada paciente y el soporte psicofarmacológico que precisen, así como la atención social (a cargo de un trabajador social).

Así pues, se trata fundamentalmente de ofrecer una auténtica alternativa al régimen de hospitalización tradicional y a los “cuidados externos”.

Nos atenemos a las reiteradas recomendaciones del comité de expertos del I.S.A.M. (“la hospitalización tradicional, debe considerarse como una opción terapéutica secundaria, tanto por su frecuencia: mínimo de casos y mínimo de tiempo necesarios y como un recurso excepcional y temporal supeditado siempre al abordaje desde la comunidad”), y las que se aluden en el **INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA** (abril, 1985): “Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces, etc.”.

Por otra parte, como señala **ACOSTA-LORENZO** (1983), en el Hospital de Día no se trata solo de “curar” o de “mejorar”, sino de un cambio de situación en el paciente, un cambio en el manejo de las defensas del sujeto que permita una reestructuración defensiva, que haga posible una vida más autónoma y una reintegración a algún tipo de vida más comunitaria.

Se trata de proyectar un Hospital de Día que sirva para cubrir las necesidades asistenciales de un amplio número de pacientes, que precisan de un tratamiento intensivo, durante un tiempo medio o largo y de matiz esencialmente psicoterapéutico (grupal-individual). Creemos que con el programa que a continuación detallaremos un buen número de pacientes puedan ser integrados en la comunidad activamente, con o sin soporte psicofarmacológico de mantenimiento y como añade ACOSTA-LORENZO: “de lo que si estamos seguros es que la eficacia de centros como el nuestro se ve reforzada si están integrados en una red asistencial coordinada”.

Ventajas que ofrece el Hospital de Día:

- a) La autoestima del paciente, que en la mayoría de casos está disminuida, el hecho de apartarlo de su comunidad supone una merma de la misma y un estigma para él. Por lo tanto el Hospital de Día jugaría a favor de la autoestima del enfermo.
- b) Parece ser que los pacientes sufren aquí una regresión menor.
- c) No hay separación de la familia. La familia se encuentra ante la necesidad de integrar al paciente en el sistema familiar disponiendo de menor oportunidad y argumentos para rechazarlos.
- d) Menor frustración sexual. No se les obliga a periodos prolongados de abstinencia.
- e) La comunidad puede salir beneficiada, no sólo económicamente sino también porque aprende a adoptar actitudes más realistas para con los enfermos mentales, y reconoce que no son portadores de la peligrosidad que se les asigna y no deben ser temidos (MERVIN y HERZ).

J. GUIMON y KOLDO TOTRIKA señalan que el concepto de remisión clínica (en el caso de la esquizofrenia) tiene “connotaciones sociales”, **MYER y BEER** en 1968 hacían constar que numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que algunas personas psiquiátricamente incapacitadas pueden alcanzar una aceptable adaptación familiar, laboral, etc.

LA FORMACIÓN DEL EQUIPO EN EL HOSPITAL DE DÍA

Las particulares características de los Hospitales de Día hacen que, en dichos contextos, los procesos de formación del Equipo se vean facilitados, no sólo en su vertiente teórica y más conceptual sino, de igual forma, en esos aspectos que conciernen a la esfera más vivencial y de relación entre los componentes del Equipo y los enfermos.

Nuestra experiencia que sin duda tiene sus particularidades, entiende por la formación un criterio grupal en la tarea asistencial. Entendemos pues la labor del Equipo como una labor de conjunto. Dicha conjunción ha de emanar de un clima social armónico entre sus miembros y sentada esta premisa, la labor formativa, que en nuestro caso tiene una neta **orientación psicodinámica**, se dirige a la integración en el grupo de las tareas particulares de cada uno de sus elementos (psiquiatras, psicólogos, A.T.S., trabajadores sociales, etc.), así como a un equilibrio en las estrategias relacionadas entre los mismos. Estos puntos marcan un doble objetivo en cadena: mejorar la “salud” del grupo (mayor integración grupal), con la subsiguiente mejora en la eficacia terapéutica.

La mejora de los Equipos Asistenciales que forman parte de una Institución es la base para una mayor capacidad terapéutica de la misma. El clima relacional (**Atmosfera Terapéutica**), y la política de asistencia de la institución son la base que promueve o no un ambiente estabilizador y si así pudiera hablarse, curativo.

Para nosotros, la formación del Equipo debe ajustar sus posibilidades a los criterios psicológicos mantenidos desde **la óptica psicoanalítica**: fomentar en los enfermos la autonomía y la individuación (MAHLER), el asentamiento del **Principio de Realidad y la Integración del Mundo Interno** (KLEIN), **la Progresión** (FROMM) y en definitiva, procurar la **resocialización** de los pacientes que nos son encomendados.

Tres son las áreas donde más nítidamente se ha proyectado la labor formativa, a saber:

- I. Formación teórica
- II. Grupo comunitario
- III. Supervisión clínica por áreas

I. FORMACIÓN TEÓRICA

Como ya hemos advertido, la orientación del Hospital de Día de Granada sigue una línea **psicoanalítica**. Con esta toma de postura queremos indicar un posicionamiento a la hora de entender el enfermar.

La enfermedad mental como expresión del “self” (KOHUT) remite a un conjunto de complejos e inconscientes dinamismos, en cuya base residen los resortes capacitadores de la recuperación del paciente. Igualmente, desde un punto de vista holístico y funcional, lo patológico no puede ser reducido a factores meramente orgánicos o ambientales. El enfermar siempre revela la presencia de factores dinámicos y adaptativos en su triple e irreductible condición psíquica, social y somática. Desde esta óptica

la psiquiatría, la psicopatología y los fundamentos psicoterapéuticos aparecen para nosotros como disciplinas bifrontes con una vertiente científico-natural y otra científico-humana cuyas contradicciones es preciso asumir.

En hilo de este planteamiento, y sin exclusión de los tratamientos sintomáticos necesarios, nuestra idea es la de que la formación psicodinámica introduce la posibilidad de abordar el plano significativo de comportamiento anómalo (C. DEL PINO), es decir, el abordaje de los niveles comunicacionales, semánticos, de la vida “dramática”.

Este estilo de formación dinámica no puede ni debe reducirse al plano teórico porque, de estancarse en este nivel, es probable que nos condujera al mundo defensivo de las racionalizaciones. El profesional que se contenta con una mera formación conceptual no adquiere la suficiente destreza en el manejo personal de sus elementos contratransferenciales, ni aumenta sin más la posibilidad comprensiva y emética de los fenómenos inconscientes. En este punto queremos señalar la importancia y la conveniencia, al menos para los terapeutas, del análisis didáctico.

Dos puntos nos parecen importantes para poder hablar de un enfoque dinámico en la formación:

- a) La consideración de que una importante porción de la actividad psíquica arranca de motivos inconscientes.
- b) La toma de conciencia del carácter específicamente individual de toda expresión humana. En este contexto dramático y singular es en el que la intervención y la interpretación adquieren sentido.

II. EL GRUPO COMUNITARIO

El grupo comunitario es un grupo terapéutico y formativo a la vez. Su característica principal es la de servir de enlace con el resto de las actividades terapéuticas y formativas en el Hospital de Día. Tiene una función de recepción de pacientes nuevos, y así mismo, es el lugar donde se despide a los que se les da el alta (ya sea total o parcial). Es en el grupo donde se produce el encuentro entre el Equipo y los pacientes. También tiene otras funciones: al ser el único espacio del hospital en donde se reúnen a la vez la totalidad de los pacientes y la mayoría del Equipo Terapéutico, constituye el punto de encuentro más adecuado para que los pacientes psicóticos y neuróticos graves tengan una percepción más global y más integradora del centro, el Equipo y de sus compañeros. El Equipo más que una actividad interpretadora tiene una labor señalizadora.

Es importante que los pacientes se sitúen junto a ellos y no frente a ellos.

III. SUPERVISIÓN CLÍNICA POR ÁREAS

Lo que se pretende con estas supervisiones es canalizar las actividades propias de cada área (sus dificultades y eventualidades), dentro de un clima terapéutico que mantenga la cohesión ideológica y clínica. Esta labor de canalización del conjunto de las tareas incluye todas las actividades realizadas por los miembros a los que aludimos anteriormente como componentes del Equipo.

Especial mención merece la Terapia Ocupacional en el Hospital de Día. Esta terapia colabora tanto en la formación del Equipo como en el tratamiento de los pacientes. En esta área el interés estriba no tanto en aliviar los síntomas, cuanto en que el enfermo pueda convivir con ellos de manera más armónica a partir de la convivencia que se establece entre los propios pacientes y los terapeutas. Como quiera que el tiempo que los pacientes pasan en la sala de terapia ocupacional es grande, su poder formativo y terapéutico también lo es, siendo estas actividades de gran relevancia para el objetivo resocializador al que hemos aludido con anterioridad. En nuestras supervisiones de las actividades ocupacionales nos centramos preferentemente:

- a) En el papel que la Terapia Ocupacional ocupa como agente catalizador de las dificultades del paciente y como estimuladora de aquellas partes más sanas que debemos ayudar a potenciar.
- b) En la importancia de las actitudes terapéuticas de los miembros del Equipo que no han de ser ni directivas ni sobreprotectoras.
- c) La importancia de la actividad como elemento terapéutico, que sirve a título de pantalla donde se van proyectando ansiedades psicóticas, huidas de la realidad, temor de fracaso, temor al contacto corporal, desvalorizaciones y todo el elenco de sucesos que nos permiten ver desde los comportamientos más sanos a los más patológicos. Sería conveniente decir aquí que la Terapia Ocupacional de un Hospital de Día forma parte de un proceso terapéutico psicoanalítico que colabora en el tratamiento de los pacientes, por lo que no debe ser vista como un agente rehabilitador clásicamente entendido.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO. CAPACIDAD. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS.

Los pacientes en régimen de Hospital de Día deben asistir diariamente al Centro y recibirán las variadas modalidades terapéuticas dentro del horario comprendido entre las nueve horas y las una y media. Todos los pacientes han de cubrir este “tiempo terapéutico” en su totalidad (haciendo la salvedad de que del total de 50 pacientes que podemos admitir, 25 lo harían a TIEMPO TOTAL y los otros 25 a TIEMPO PAR-

CIAL).

El equipo técnico que cubre las necesidades del Hospital de Día está compuesto por:

- 1 coordinador (psiquiatra)
- 1 médico psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 asistente asistencial
- 1 A.T.S.
- 1 terapeuta ocupacional
- 2 auxiliares psiquiátricos
- 1 auxiliar administrativo

Con este equipo se pueden llevar a cabo las terapias y actividades que a continuación se señalan:

- Técnicas de relajación
- Técnicas de kinesiterapia
- Técnicas de expresión corporal
- Taller para actividades ocupacionales:
 - Modelado
 - Pintura
 - Collage, etc.
- Actividades lúdicas y recreativas:
 - Juegos
 - Excursiones
 - Visitas culturales, etc.
- Psicodrama
- Terapia de familia
- Psicoterapia grupo-analítica
- Otras psicoterapias grupales:
 - Psicopintura

- Psicolectura
- Psicomúsica, etc.
- Terapias individuales intensivas, en sus diversas modalidades, adaptadas a la patología del paciente.
- Asistencia social individual y familiar
- Actividades con el periódico (en el contexto de la terapia ocupacional)
- Otras actividades

Está en estudio la creación de un Club Terapéutico, que creemos puede ser sumamente útil, básicamente para pacientes de alta total o parcial como facilitador del “deste-te”, así como para una más completa oferta del centro

- Reuniones del equipo
- Sesiones clínicas y bibliográficas
- Docencia

CUADRO DEL PACIENTE TIPO

EDAD: entre 20 y 30 años

SEXO: ambos sexos

ESTADO CIVIL: soltero/a

PROFESIÓN: estudiante y universitario

DEPENDIENTE económicamente de ambos padres

FAMILIA:

Ante la enfermedad: comprensiva o bloqueada

Ante la institución: colaboradora o sumisa

Ante el paciente: superprotectora

CRISIS ANTERIORES: entre 1, 2, delirantes

ANTIGÜEDAD DEL PADECIMIENTO: de 2 a 5 años

TERAPEUTAS ANTERIORES: entre 2 y 3

TRATAMIENTOS REALIZADOS: 2 terapias individuales y 1 grupal (sin definición exacta)

Ha emigrado él solo o con la familia.

(Pacientes tipo tratados desde nuestra apertura)

SUPERVISIÓN DEL EQUIPO

El sentido de las supervisiones es fundamentalmente el del ajuste y enlace de unas actividades con otras, así como la revisión de problemas técnicos que puedan surgir con algún paciente en particular. El trabajo de supervisión es básicamente psicoanalítico y fundamentalmente trabajando los aspectos contratransferenciales y transferenciales que suscitan los pacientes (con sus proyecciones) en los miembros del equipo.

En un centro como este con vocación docente no podía faltar un programa de formación específica dirigido al equipo, y éste es el sentido de la segunda faceta de supervisión, la formación dinámica del equipo...

Con la enseñanza de los temas más interesantes para el tratamiento práctico se trata de conseguir dentro de la heterogeneidad del equipo médico una homogeneidad terapéutica, evitando la dispersión.

GRUPO COMUNITARIO

Es el grupo terapéutico central en el Hospital de Día y tiene una función de recepción de pacientes nuevos, asimismo es el lugar donde se despide a los que se les da el alta (ya sea total o parcial). Es el grupo donde se produce el encuentro entre el Equipo Terapéutico y pacientes.

En el grupo comunitario de lo que se trata es de que a través de las diversas proyecciones y posteriores reintroyecciones que los pacientes hacen sobre el equipo, éstos aumenten su capacidad yoica así como el facilitarles su acercamiento a la realidad del centro. Otra función importante es la de diluir la intensidad de la transferencia que, como sabemos, es masiva en los sujetos psicóticos. Al organizarse transferencias múltiples se propicia que el momento de la alta y posterior incorporación a la comunidad sea menos traumático y más coherente, ya que el encuadre del Grupo Comunitario no favorece ni la regresión ni la idealización del terapeuta.

En este sentido es importante la ubicación de los miembros del equipo, que procuraremos que se sitúen “entre” los pacientes y no “frente” a ellos.

En otro orden de cosas, creemos que es un lugar de privilegio para la formación de psicoterapeutas (alumnos observadores), por la riqueza de material que aparece.

GRUPO DE PINTURA

Se realiza con un número de pacientes entre 8 y 10. Están presentes: un psicoterapeuta, un auxiliar y un alumno-observador.

Se utiliza un trozo de papel de 2m x 1'5m, tal que se pueda pintar en grupo. La duración del grupo es de una hora semanal y posteriormente de 30 minutos de postgrupo.

El grupo se divide en dos fases:

- a) Una primera con la asistencia del psicoterapeuta en la que se dinamiza el grupo propiciando que cada paciente explique su dibujo de la sesión anterior y el de los demás, lo que le sugiere, etc. Esta fase es de 30 minutos de duración y el psicoterapeuta en su caso realiza alguna señalización si lo estima oportuno. Después el grupo habla libremente en torno al material que tiene a la vista y se va seleccionando un tema para la sesión del día y posteriormente se pasa a la segunda fase, de otros 30 minutos de duración.
- b) En esta segunda fase, ya seleccionado el tema, el psicoterapeuta se marcha dejando el grupo con el auxiliar y el alumno-observador, y se pasa a la tarea de dibujo para la cual se utiliza témpera de todos los colores y el papel mural. En esta fase es el auxiliar el que dirige el grupo. Posteriormente tiene lugar el post-grupo, en el que se comentan los movimientos habidos entre los pacientes, interacciones, actividad o pasividad. En el post-grupo intervienen el psicoterapeuta, el auxiliar y cuando ello es posible, el alumno-observador.

El sentido del grupo de pintura es el de facilitar:

- Que fluyan aspectos lúdicos
- Que se puedan verter contenidos agresivos (que de otra manera serían difícilmente transmitidos)
- Facilitar la interacción grupal (verbal y no verbal)
- La posibilidad de expresión de sentimientos negativos y positivos a través de este objeto intermediario (el dibujo), va favoreciendo en el paciente el que dichos sentimientos sean más fácilmente verbalizables.
- El material pictórico es de un gran valor para apreciar la evolución de los pacientes. El uso de determinados colores, el tamaño del dibujo, la ubicación del mismo, si está superpuesto a otro o no, etc. De esta manera, y cuando pasan algunas sesiones, los dibujos van adquiriendo sentido para los pacientes y para el equipo.

En el grupo de pintura hay funcionado dos grupos: uno de Comunicación Simbólica y otro de Verbalización. Lo que tratamos con ello es que el psicótico pueda pasar del

Proceso Primario al Proceso Secundario y con ello una mayor integración de su mundo interior caótico. A nivel de su fantasía sustituyen al terapeuta por el tema elegido sirviéndole para mantener la cohesión intragrupal, así como para permitirles un adecuado nivel de realidad que evita la dispersión.

GRUPO DE RELAJACIÓN

Se ha venido realizando a razón de 15 minutos de duración (utilizamos la Sofrología de Caucedo). El número de pacientes ha venido oscilando entre 10 y 15 aproximadamente. En un principio esta técnica iba dirigida a pacientes neuróticos, pero al aumentar el número de pacientes psicóticos nos vemos obligados a revisar la utilidad y sentido terapéutico de esta actividad.

La relajación venía siendo utilizada para facilitar el comienzo de la jornada de los pacientes y para que aprendieran una técnica que pudieran utilizar posteriormente por sí mismos. Ha venido siendo útil para pacientes neuróticos y psicósomáticos en el sentido de disminuir su ansiedad así como la de permitir por unos minutos un diálogo mente-cuerpo propiciador de un abordaje ulterior de sus conflictos personales vivenciados con menor carga persecutoria.

BIBLIOGRAFÍA

GÁLLEGO, A. 1985. El equipo asistencial. Jornadas de intervención en Salud Mental. Murcia.

FROMM, E. 1973. Ética y psicoanálisis. Ed. Fondo de cultura económica. México.

KLEIN, M. y RIVIERE, J. 1970. Las emociones básicas del hombre. Ed. Nove. Buenos Aires.

RACAMIER, P. C. (1968). Le psychoanaliste sans diván. Ed. Payot. París.

WOODBURY, M. A. (1968). El equipo curativo y la esquizofrenia. Trad. A. Gállego. Rev. Esp. Psicoanalítica. Madrid. Vol. I, nº 4.

MAHLER, M. (1984). Separación - individuación. Ed. Paidós. Buenos Aires.

FREEDMAN, KAPLAN y SADOK (1982). Tratado de psiquiatría. Tomo II. Ed. Salvat. Barcelona.

AMIEL, R. y ARMMND-LARICHE, J.L. (1970). Enciclopedie- M. c. tomo 6. París.

GONZALEZ DURO, E. (1982). Distancia a la locura. Ed. Fundamentos. Madrid.

CORDOVA CASTRO, A. (1976). Teoría y práctica de la psiquiatría social. Ed. Científico - técnica. La Habana.

BIERER, J. (1951). The day hospital: an experiment in Social Psychiatry and syn-
toanalytic Psychotherapy. Ed. H. K. Lewis. London.

GUIMON, J. y TOTORIKA, K. (1985). Rev. Psiquis. Psicoterapia grupal para la
mejora de la competencia social del esquizofrénico. Ed. M. S. D. Madrid.

**Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica (abril
1985).** Madrid.

JIMÉNEZ BULLEJOS, j. L. y Fernández Lopiz, E. (1985). III Jornadas de
Hospitales de Día Psiquiátricos. Granada.

**Otras ponencias presentadas en las distintas jornadas sobre Hospitales
de Día (1983, 1984, 1986 y 1987).** Madrid, Barcelona, Murcia y Bilbao.

RUIZ RUIZ, M. (1978). Psiquiatra social. Libros de trabajo. del I Congreso Hispa-
no-Luso-Americano de psiquiatría. C.E.P.Y.P. Barcelona.

RODRIGUE, E. (1965). Biografía de la comunidad terapéutica. Ed. Universitaria.
Buenos Aires.