

Trabajo que será discutido por el Prof. Tizón, sábado 15 - 9.00 hs.

Grupos terapéuticos para pacientes con trastornos mentales severos. Primeras etapas en la rehabilitación.

Autores. Lic. Psic. Sebastián Fernández.¹ / Lic. Psic. Soledad Sosa.²

Supervisión. Juan Carlos Tutté. Médico Psiquiatra. Psicoanalista.

Directora del Centro Diurno. Claudia Ceroni. Médico Psiquiatra. Hospital Vilardebó.

Antecedentes

Este trabajo continúa el proyecto iniciado por D. Dogmanas, V. Gelber y S. Sosa, (5) presentado en el año 2003 sobre grupos terapéuticos que se llevan a cabo en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, centro coordinado por la Dra. Claudia Ceroni.

El centro es un espacio de transición entre la internación y otras intervenciones a largo plazo, desarrolladas en centros insertos en la comunidad y la red sanitaria. Desde un equipo interdisciplinario se trabaja jerarquizando las primeras instancias de la rehabilitación integral en el tratamiento, prevención secundaria (recaídas) y terciaria (déficit), comenzando también un proceso de reinserción que se continuará en otras instituciones.

Al ingresar al Centro, los pacientes despliegan sistemáticamente en las entrevistas de admisión ciertos aspectos de su historia individual. En estas historias se repiten diversas problemáticas, destacándose el fuerte impacto de la experiencia de internación, la escasa conciencia de dificultades asociado a sus obstáculos en la adhesión al tratamiento, los conflictos intrafamiliares y los inconvenientes para organizar proyectos vitales posibles.

Estas temáticas combinadas configuran un escenario particular, que pautan y determinan la trama vital del paciente al momento de la salida de la institución hospitalaria. Sin dejar de lado el tratamiento farmacológico, la inclusión de otros abordajes se vuelve imprescindible, para atender las diferentes dimensiones del sujeto en sufrimiento. De esta manera y atendiendo a dicha demanda es que desde el año 2003, se incorpora al Centro Diurno grupos terapéuticos que tienen entre sus objetivos fundamentales trabajar estos aspectos en profundidad.

Objetivos generales

- Acompañar el proceso de rehabilitación que se lleva a cabo en el Centro diurno del Hospital Vilardebó.
- Ayudar a transitar la situación de crisis que atraviesan dichos pacientes.

Objetivos específicos

- Trabajar la experiencia de la internación a fin de aminorar el impacto y el efecto traumático que pueda tener la misma.

¹ R. Gandhi 155 ap. 702. CP 11300 Telefono 7108707 email sebasfer@adinet.com.uy. Montevideo. Uruguay.

² G. Pereira 3285 ap 805 CP 11300 telefono 6000949 email solesosa@adinet.com.u. Montevideo. Uruguay

- Trabajar sobre la conciencia de morbilidad y la cronicidad de la enfermedad, a fin de lograr la adhesión al tratamiento.
- Potenciar y fortalecer la inserción familiar y social así como las actividades previas a la internación y/o actuales al momento de iniciar el grupo.
- Trabajar la salida de la institución hospitalaria, fomentando la continuación en otras instituciones dedicadas al trabajo con este tipo de pacientes.

El perfil de la población a ser asistida trata de pacientes en su mayoría con trastornos mentales severos (psicóticos). La frecuencia es semanal durante 1.15 hs. y la permanencia de cada paciente, esta en concordancia con el tiempo fijado para todas las actividades del Centro. La modalidad del grupo es abierta al principio, es decir, van ingresando pacientes hasta que se completa el cupo de entre 10 a 12 personas, cerrando allí el ingreso.

Pensamos que un espacio grupal resulta pertinente dado que ofrece una alta contención, habilitando una dinámica específica que desde un abordaje individual se dificulta. La dinámica grupal favorece la disminución de los frecuentes sentimientos de soledad, discriminación y exclusión, provocados entre otras cosas por el proceso del enfermar. De esta forma al compartir las vivencias en común se despliegan procesos de identificación que contribuyen a la socialización.

Ciertamente, la psicosis trata de una ruptura con la realidad, con la cultura, con el espacio y el tiempo, con la época y los vínculos, sentimientos de desintegración del self, caos y violencia, que implican vivencias deshumanizantes. El estar en grupo estimula un regreso hacia la condición de sentirse un ser que puede habitar en el mundo.

En el microespacio del grupo se reproduce así el macroespacio de la dimensión social y la cultura, y la forma en que ellos circulan dentro de ella. En este sentido, se puede visualizar al comienzo un funcionamiento que da cuenta de personas agrupadas, de fragmentos de yoes desgarrados, indiscriminados, más que de un funcionamiento grupal como tal. La posibilidad de advenimiento del mismo, que implica el reconocimiento de los otros, será parte sustancial del trabajo.

Desarrollo teórico clínico de la experiencia

El dispositivo se basa en el instrumento de la escucha psicoanalítica, que apunta no ya al contenido manifiesto, que en su diversidad pueden presentar cada uno de sus integrantes, sino a lo que le subyace latente. En otras palabras, la escucha de los contenidos inconscientes.

En los inicios del grupo, el discurso se caracteriza, en apariencia, por ser una forma de comunicación que podríamos llamar radial o dual. Pequeños monólogos dirigidos al coordinador o incluso a ellos mismos, sin considerar a los demás integrantes.

En el devenir de las sesiones, parte de nuestro trabajo se focaliza, entonces, en dar un sentido a estos monólogos sobre una base de un discurso en común. Así la función del terapeuta de grupos, en un primer momento, se basa en escuchar el discurso grupal o más aun, crearlo a través de las intervenciones. De esta forma, lentamente, se busca generar la cohesión que vehiculiza la formación

de un grupo como tal. Se instaura así un espacio en donde se pueden volcar las múltiples vivencias para luego poderlas metabolizar, construyendo, al decir de Bion (1) un aparato de pensar. Esto implica un trabajo de fundación de espacio grupal pero, por sobretodo, de espacio psíquico, que permiten el inicio de procesos de simbolización.

A estas primeras vivencias de desintegración del self, caos, violencia y muerte, siguiendo autores como W. Winnicott,(11) W.A. Bion (1) o M. Klein,(7) las podríamos denominar como la emergencia de angustias impensables, terror sin nombre o funcionamientos de la posición esquizo-paranoide. La función del grupo se basa al comienzo en crear una instancia en donde estas angustias primitivas, puedan ser metabolizadas e integradas al servicio de la vida. Que las vivencias de caos, destrucción y muerte, se vayan neutralizando por la confianza y la esperanza, en principio, de que es posible recibir ayuda. Si bien estos aspectos aparecen masivamente al inicio, pensamos que el triunfo o predominio de las vivencias de muerte son propias del funcionamiento psicótico, por lo cual, se vuelve imprescindible una labor de ligar con la vida durante todo el trabajo, cuya dinámica es en espiral dialéctica.

Podríamos decir que parte de la función del grupo trata de apuntalar los aspectos vitales de esperanza, confianza y seguridad en contraposición a la sensación subjetiva de muerte y es en este trabajo, en lo que se centrará básicamente todo el proceso. La posibilidad de poder contar cada uno de ellos su historia, de poder narrarse, permite compartir frecuentes vivencias de aniquilamiento y temores por el menoscabo que puede ocasionar la enfermedad.

La experiencia de internación

Podríamos pensar en relación a la experiencia de internación que es un corte en la cotidianeidad, un alejamiento, muchas veces no voluntario, del medio familiar y social así como una ruptura de la trama vital del sujeto.

En general, esta resulta ser como un espejo de las propias carencias e implica un renunciamiento narcisista a la propia omnipotencia o la ilusión de que uno puede hacerse cargo de los diferentes avatares, que la vida propone. En el mejor de los casos, esto conllevaría a una entrega confiada a otro que cuide y repare y que pueda hacer lo que uno no.

Tal vez, para cualquier persona que transite por una experiencia de internación se podría visualizar este funcionamiento, pero lo que observamos en el trabajo con estos pacientes es un registro en donde la experiencia adquiere un cariz singular, sustentada en el despliegue de mecanismos psíquicos arcaicos.

En el discurso manifiesto aparecen así dos aspectos centrales y contradictorios que a modo de paradoja intentan darle sentido a lo vivido. Se destacan sentimientos de gran alivio al recibir de una manera concreta, por parte del hospital, la contención, tranquilización y pacificación que su precario yo no puede. En este sentido, el hospital tiene una función de holding o sostén, al decir de Winnicott, que de por sí ya produce efectos terapéuticos.

Viñeta clínica

P. diferentes pacientes / T. cualquiera de los dos terapeutas

P. Yo me siento como en una burbuja, estoy refugiada con los doctores... sola no me siento... pero cuando salga de acá no van a estar al lado mío. Acá encontré lo que me faltaba, encontré todo lo que necesitaba. Acá hay razones para vivir. No voy a ser la Ana de antes, acá vino la Ana destruida, débil y sin ilusiones y ahora me siento fuerte.

P. A mi me están por dar el alta, no sé que va a pasar ni a donde voy a ir. Pero ya me siento bien, quiero salir.

T. Hablan de dos sentimientos, por un lado, el sentirse muy bien y por otro, el temor por lo que pasará después de acá.

P. Me quieren derrumbar, pero ahora yo sé quien soy. A mucha gente le gustaría estar acá.

P. Y si, acá estás cuidado, puedes hablar con los psicólogos y se te abren las puertas. Tenés por donde empezar.

P. Cuando estoy acá no me quiero ir, estoy bien cómodo, calentito, tenés las 3 comidas... pero después...

Por otro lado, podemos ver que aparejados a estos sentimientos benignos hacia la internación, de maternaje y de idealización, aparece la contracara persecutoria que nos resulta igualmente significativa. Esta otra cara expresa sentimientos de hostilidad, con vivencias de sometimiento extremo, maltrato y despojamiento.

La estrategia consiste en escuchar y contener, empatizar y avalar, sin intentar negar lo vivido. De esta manera, al poder hablar al comienzo de estos aspectos, en un espacio en el cual se puedan expresar sin prejuicios ni críticas, empieza a instalarse, paulatinamente, dentro del grupo, un núcleo benigno de confianza.

Viñeta Clínica

(Otra sesión)

P. Todo esta cambiado... todo cambia... todo cambió. Las primeras internaciones fueron bravas, yo no me acuerdo ni porque fueron. Era todo muy agresivo...

P. Yo fui agresiva con mi madre.

P. Es la agresividad de la enfermedad.

T. ¿Contra quién?

P. Contra el que me quisiera sacar algo.

T. ¿Qué te podrían sacar?

P. La internación te deshumaniza... te sentís como un bicho... un animal enjaulado. Esto es como un zoológico.

(Llega un paciente)

P. Estamos hablando de la violencia, de las diferentes formas de violencia y de la agresividad. Yo pienso que en verdad es una defensa. Pero al no ponerme violento me vuelvo suspicaz.

T. ¿Qué genera la violencia?... por qué es que no se puede controlar... hoy hablaban de la agresividad con la mamá...

P. Es el sentirse desprotegido. De chica siempre me sentí así.

P. Siento la violencia en mí, pero mi madre también me busca la reacción... los recuerdos de mi infancia... no querían ni que viviera ni con mi madre ni con mi padrastro... para que no sea un bastardo, me abandonó.

T. ¿La violencia tendrá que ver con el no sentirse cuidados?... Tal vez es esa sensación también las que los hace sentirse deshumanizados.

P. (delira)... he estado en muchas guerras... he peleado en muchas guerras...

Estos aspectos de idealización y desconfianza aparecen fuertemente desplazados hacia el vínculo transferencial con los terapeutas. Serán ellos ahora, los que pueden agredir, herir o maltratar. Y será en el trabajo de esta transferencia y en la posibilidad de poder experimentar concretamente, que ni por el grupo ni por los terapeutas van a ser sometidos o maltratados, lo que permite no solamente instaurar la esperanza y este núcleo benigno de confianza, sino también que se puedan empezar a desplegar vivencias de otro orden, dando lugar así a una segunda etapa del proceso grupal.

Quisiéramos destacar lo importante de que no se eludan estos aspectos y que puedan ser tenidos en cuenta por diferentes motivos. En primer lugar por que facilita la adhesión al tratamiento y en segundo lugar, porque esto implica una fuerte movilización afectiva en los terapeutas lo que desde la teoría psicoanalítica se conoce como contratransferencia. (10) Un profundo compromiso emocional, destacado por autores psicoanalíticos actuales (2). El terapeuta va a ser idealizado pero también va a ser atacado. En el fondo se trata de ni obviar el aspecto hostil ni creerse la idealización. En este sentido, pensamos que son el conocimiento personal del terapeuta y la supervisión posterior, dos pilares fundamentales a la hora de poder discriminar estos aspectos contratransferenciales para, en definitiva, poderlos manejar.

Por otra parte, ciertamente, la posibilidad de transmitir confianza y esperanza, no es menor en estos pacientes. Que ellos puedan vivenciar que hay otras personas en sufrimiento, los ayuda no solamente a disminuir los sentimientos de soledad y desesperanza, sino que, a su vez, despliega procesos de identificación entre ellos, que habilitan el primer paso hacia la cohesión grupal. El grupo se ofrece así como una pantalla, una caja de resonancia, donde se proyectan, amplifican y comparten los conflictos de cada uno. (9)

Viñeta Clínica

(Llueve, hay pocos pacientes)

P. Fue una semana interesante, aunque estuve con dolor de oído por escuchar tanta música con auriculares. Fue como una reacción que tuve. Y todo empezó por escuchar mucho.

T. Pienso justamente en los que no vinieron hoy... ¿qué es lo que costará escuchar acá?

P. No quieren escuchar a la enfermedad.

P. No se quieren escuchar a ellos mismos.

P. Es que el grupo es como un espejo.

P. Para mí no es de compañerismo no venir.

P. Pero para poder escuchar a otro, tenés que estar bien con vos mismo.

P. Pero a veces vemos en los otros a nosotros mismos.

T. Parece que a veces eso asusta.

Consecuentemente, la función terapéutica se vuelve accesible. No ya solo por el accionar de los terapeutas sino por lo que reciben de los propios compañeros. Las transferencias en un grupo son múltiples y complejas.

Por otro lado, por “resonancia fantasmática” y por efectos de identificación, los logros de uno también serán motores y motivación para otros. Esta suerte de cohesión grupal inaugura así un funcionamiento más organizado u homogéneo, en donde desde los discursos o monólogos deshilvanados, se va pasando a un discurso grupal con un tiempo y espacio, con una identidad propia.

En esta segunda etapa del proceso, entonces, la estrategia se centra en favorecer los procesos de identificación grupal, despertando la visión de que ellos no son solamente enfermos.

Los fuertes sentimientos que les genera el deseo de amar o de rabia que los otros les provocan, aparecen, primero, neutralizados por vivencias de robotización, petrificación y deshumanización, como una manera de defenderse de la intensidad de sus emociones. “No sentir” como una forma de defenderse de la desorganización y como un último intento de preservación, frente a las vivencias de aniquilación del self.

Viñeta Clínica

P. La sesión pasada hablamos de la sexualidad, del amor. Necesité venir, pero no entrar. Me quedé afuera, fue como estar como una estatua. Para mi es hacer como que no siento.

T. Quedarse en la cama, ¿a veces tendrá que ver con esto, como una manera también de no sentir?

P. Es quedarse como momia...

Los pacientes nos enseñan:

P. Yo conozco esto de desaparecer, hay muchas formas de hacerlo. Te desconectas. Son fuertes experiencias y todas tienen este denominador común. Es muy claro.

P. Lo que pasa es que estar en contacto es mostrarse. Yo he sufrido mucha discriminación.

T. ¿Mostrarse cómo?

P. Eso que uno no quiere ni ver ni escucharse. Mucho menos mostrarse. Entonces uno se retrae. Simple. A lo sumo son relaciones superficiales.

T. ¿Pero uno no se queda muy solo así?

P. Si, pero es menos peligroso.

P. Lo verdadero de uno mismo no está al descubierto, está oculto por que lo que uno aprende a disimular. Lo más auténtico está tapado y lo que uno percibe es que se puede ocultar, tapándolo.

El vínculo con los demás, con los familiares, con el grupo y la sociedad en general, aparece teñido por temores de aniquilación y destrucción del self. Es la integridad narcisística la que se encuentra amenazada.

El poder pensar en la agresividad y como poder manejarla, sin tener que pasar al acto, es algo que lleva gran parte del proceso grupal. La agresividad aparece como un fenómeno que sustenta la discriminación narcisista, un intento de no quedar alienado en el otro y por él. Refleja la relación especular y dual en el vínculo con los demás. (8) Se vislumbra como una forma de rescatarse de la alienación y un intento de no someterse.

T. ¿Sentir qué?, ¿cuál es el miedo?

P. (Cuenta pelea con su esposa)... es lo que ella dice y tá, y sí, quien nos va a escuchar, a un loco nadie lo escucha, como va a tener razón... le digo que me da la razón cuando le conviene.

P. ¿Los dos tienen razón?

T. Lo que se escucha acá es que dicen o tengo razón yo o el otro, o uno u otro.

P. Nos herimos, las relaciones humanas nos hieren, se basan en herirnos los unos a los otros, el solo hecho de la existencia implica que nos herimos, esto por el solo hecho de existir. Si yo sobresalgo aniquilo al otro, si el otro tiene algo bueno, yo dejo de existir.

T. ¿Y habrá otra forma de relacionarse en donde no sea así, que si yo existo el otro tiene que morir?

P. Lo que necesito es que no me desautoricen ni me descalifiquen.

P. Mi amiga se casó, yo no voy a poder nunca hacerlo.

(Hablan de lo que pueden hacer los demás y que ellos sienten que no)

- T. Dicen algo así como que sienten que los demás se llevan todo lo bueno y que para ustedes queda reservado solo lo malo.
- P. ¡¡Es que son aves rapaces!!
- P. La envidia y los celos son un gran motor vital, porque uno se quiere superar, yo los sigo para ver como avanzan y para poder yo avanzar.
- T. ¿No se puede pensar que en vez de envidia sea admiración?
- P. Tengo retorcimiento en el pensamiento, no puedo pensar...

Pero, si bien se intenta la separación, por otro lado, y como paradoja también se busca la indiscriminación. Meterse adentro de los otros o que los otros se metan adentro de ellos, “incorporando” sus rasgos como manera de sostener y dar forma al yo. Podríamos pensar también, que como efecto de la transferencia, adoptan formas de hablar de los terapeutas, toman frases de ellos o de los demás integrantes del grupo como propias que les sirven para pensar, van con cuadernos a la sesión y toman notas o se visten con algo particular que caracteriza a alguno de los coordinadores. Autores como Winnicott o G. Badaracco (6) han hablado de esto como “falso self” o como “los otros en nosotros”. El advenimiento de una identidad propia es parte del trabajo a largo plazo con estos pacientes.

El tomar mayor contacto con sus dificultades pero también con sus potencialidades, permite trabajar preocupaciones tal vez más compartibles, por ejemplo, cómo conseguir trabajo, vivir sin el sustento de los padres, miedo por el futuro, por la evolución de la enfermedad y el dolor que esto causa. El miedo al futuro, dentro de otras cosas, es lo que habilita comenzar a pensar en la tercera etapa del tratamiento.

Esta etapa la pensamos a partir de la salida de la institución hospitalaria y del ingreso de los pacientes a otros centros de rehabilitación, de trabajo a largo plazo insertos en la comunidad. Esta salida y entrada junto a la finalización del grupo, reaviva los temores del comienzo de no ser aceptados y temor a ser rechazados. Concomitantemente a la idealización del espacio grupal, surge una gran resistencia al cambio y a la separación, apareciendo vivencias de vacío y sensación de desamparo.

Viñeta Clínica

- P. Cuando corto los vínculos soy frío. Corto de raíz, aunque he pagado las consecuencias por eso.
- T. Estamos hablando de que se termina el grupo. Tal vez lo sientas como un corte abrupto. ¿Miedo...?
- P. Esto es como una cesta.
- T. ¿Cesta?
- P. Secta. Me quedo sin nada, sin acá, sin allá.
- P. Me salen malas palabras, son palabras que ni yo las entiendo. Me las pongo a pensar y me las tengo que tragar para adentro.
- T. Tragarte las malas palabras o poder hablarlas acá. ¿Enojo...?
- P. Sabandija, degenerada... ¿Se pueden decir?
- T. ¿Se puede hablar del enojo?... las ganas de decirnos sabandijas y degeneradas.
- P. Es que es bravo, porque yo no se como romper, esto es un cimientito, son las bases.
- P. Tengo miedo de que todo vaya a ser peor.
- T. Cimientito y bases que se pueden construir y también continuar en otro lado.
- P. Me acuerdo de Indiana Jones en busca del Arca perdida. El ultimo de los obstáculos que se le presentaba, lo llevaba hacia una reliquia, pero debajo de el había un abismo. Miraba y veía una zanja, un abismo. Recordó en ese momento una estrofa de un poema que le decía: hay que hacer un salto de fe y confiar. Racionalmente uno piensa, si doy un paso mas, me caigo al abismo, ¿pero que paso?...?

empezó a ver las cosas desde otro lugar, se puso de costado y descubrió un puente. Este grupo para nosotros ha sido ese puente. Cuando se empieza a caminar la situación se transforma. Uno empieza a darse cuenta de que al privarse de las cosas hermosas, uno se priva de la vida.

P. ¿Y que son las cosas hermosas?

P. Todo lo que a vos te haga feliz.

P. Uno se tiene que dar una oportunidad, empezar a hacer las cosas como decía Andrés y al final las cosas cambian, no son como uno piensa. Hay que darle tiempo al tiempo.

P. Pero uno tiene su corazoncito.

P. Yo te quería preguntar... ¿cómo se hace?... ¿cómo hace uno para separarse?... ¿cómo hago para olvidarme?

T. Tal vez no se trate de pretender olvidar sino de darse cuenta de que adentro de uno hay cosas buenas.

P. Me hiere. Sentir eso, me hiere.

P. Un loco me dijo una vez: cuando duele, borra de la memoria.

P. ¡No lo borres!, eso es drástico.

T. ¿Sentirán que querrán borrarnos a nosotros y lo vivido acá?

P. Ustedes van a quedar por siempre en nuestra memoria, en los recuerdos más dulces, en un lugarcito para siempre adentro del corazón.

Reflexiones finales

Esta última viñeta, larga pero elocuente, intenta mostrar la forma en como nosotros trabajamos la salida de la institución hospitalaria, apuntando a que surja la esperanza de que es posible recibir ayuda.

Pensamos que la posibilidad de ofrecerles en el hospital, un lugar en donde puedan ser escuchados, habilita que se ponga en marcha un proceso de rehabilitación ulterior.

Quisiéramos señalar que los efectos terapéuticos de la experiencia no van a estar dados solamente por la contención, empatía y maternaje que se les ofrece, elementos muy importantes en este momento del tratamiento. Sino que será en el valor de la escucha de la palabra y por ella que esta experiencia adquiere singularidad y despliega su potencial.

El hecho de que el grupo, al cual valoran positivamente, se realice en el Centro, ayuda para que el hospital no quede tan asociado a los sentimientos ambivalentes que relatan. De esta manera, pensamos que contribuye a que la relación con el sistema sanitario en general, sea más fluida y la adhesión al tratamiento menos resistida. Así se hace más viable que la posibilidad de pedir ayuda tanto por ellos como por sus familias, pilares fundamentales en el tratamiento, se encuentre facilitada. Para esto, se torna fundamental que el paciente se involucre activamente en lo que le pasa, adquiriendo responsabilidad en su propio padecer, y que su adhesión al tratamiento no se base en el sometimiento o en la dependencia con los demás.

Pensamos que utilizar este tipo de abordaje grupal ofrece un recurso viable para el trabajo con este tipo de pacientes.

Pero nos enfrentamos, a nuestro modo de ver, a un importante problema que quisiéramos compartir. Nosotros trabajamos apuntando a generar la demanda e interés en continuar el proceso de rehabilitación en los otros centros a largo plazo. Pero en ellos no hay cupos. Pensamos que la derivación se dificulta por que justamente, estos han demostrado su eficacia. Se desnudan carencias del sistema sanitario, lo que revela la necesidad de abocarnos a la creación de más centros de trabajo a largo plazo, de formar terapeutas y de que se destinen mayores recursos económicos para esto.

Para finalizar quisiéramos agradecer a la Dra. Claudia Ceroni por su confianza y apoyo y al Dr. Juan Carlos Tutté por sus ricas supervisiones y opiniones sin las cuales sería muy difícil trabajar.

Sabemos que si bien, por la compleja problemática de la población con la cual se trabaja y al ser estos grupos de tiempo limitado, es también limitado y tal vez humilde su aporte, es nuestra intención que contribuya al largo y difícil camino del proceso de rehabilitación de estos pacientes, tan vulnerables por su patología como por su situación social.

Palabras clave: trastornos mentales severos, grupo terapéutico psicoanalítico, adhesión al tratamiento.

Bibliografía

1. **Bion, W. R.** “VOLVIENDO A PENSAR”. Lumen · Hormé S.A.E. 5º ed. Buenos Aires, Argentina. 1996.

2. **Bleichmar, H.** “EL CAMBIO TERAPÉUTICO A LA LUZ DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE LA MEMORIA Y LOS MÚLTIPLES PROCESAMIENTOS INCONSCIENTES. APERTURAS PSICOANALÍTICAS. HACIA MODELOS INTEGRADORES”. Revista Internacional de Psicoanálisis. Website: <http://www.aperturas.org>. 2001.

3. **Ceroni, C.** “EL CENTRO DIURNO DEL HOSPITAL VILARDEBÓ. SU LUGAR Y ESPECIFICIDAD EN EL DISPOSITIVO DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL, 10 AÑOS DESPUÉS”. Trabajo presentado en el Encuentro Latinoamericano de Rehabilitación. XXIII Congreso de APAL. Material inédito. Punta del Este, 2004.

4. **Dogmanas D., Gelber V. & Sosa S.** “GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE TIEMPO Y OBJETIVOS DELIMITADOS PARA PACIENTES DEL CENTRO DIURNO DEL HOSPITAL VILARDEBÓ”. Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Psiquiatría Científica. Organizado por el Sindicato Médico del Uruguay. Material inédito. Montevideo, Uruguay. 2003.

5. **Dogmanas D. & Sosa S.** “GRUPO PSICOTERAPÉUTICO PARA PACIENTES PSICÓTICOS EN REHABILITACIÓN”. XIX Encuentro Nacional de Psicólogos. Condiciones actuales del ejercicio de la profesión. Organizado por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Montevideo, Uruguay. 2006.

6. **García Badaracco, J.** “PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS”. Revista de psicoterapia psicoanalítica. Audepp, nº 2, (1983)

7. **Klein, M.** “ENVIDIA Y GRATITUD. Y OTROS TRABAJOS. NOTAS SOBRE ALGUNOS MECANISMOS ESQUIZOIDES (1946)”. Obras Completas. Tomo 3. Págs. 10-33. Paidós. Buenos Aires, Argentina. Febrero de 2001.

8. **Lacan, J.** (1948) “LA AGRESIVIDAD EN PSICOANÁLISIS” ESCRITOS I Siglo XXI Bs. As 1985

9. **Palleiro, E.** “ALTERNATIVAS TÉCNICAS Y OBSERVACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN LAS PSICOSIS” (1995) Tercera comunicación del grupo de escucha de pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad.

10. **Racker, H.** “ESTUDIOS SOBRE TÉCNICA PSICOANALÍTICA”. Paidós. 3ª ed. Buenos Aires, Argentina. 1973.

11. **Winnicott, D. W.** “EXPLORACIONES PSICOANALÍTICAS I”. Paidós. Psicología Profunda. 4º ed. Buenos Aires, Argentina. Julio de 2006.

ADDENDA 2009 AL TRABAJO
GRUPOS TERAPÉUTICOS PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS
PRIMERAS ETAPAS EN LA REHABILITACIÓN

Dr. Juan Carlos Tutté & Dra. Claudia Ceroni

La motivación para realizar esta addenda al trabajo original de 2007, realizado por el Lic. S. Fernández y Lic. S. Sosa, parte de los integrantes del grupo de trabajo sobre “Grupos terapéuticos para pacientes con trastornos mentales severos. Primeras etapas en la rehabilitación”, coordinado y supervisado por el Psicoanalista Dr. Juan Carlos Tutté, que funciona en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, a cargo de la Directora Psicoanalista Dra. Claudia Ceroni.

Nos interesa así, a más de dos años de la presentación del trabajo, una puesta al día del mismo, destacando lo que a nuestro juicio, serían las nuevas enseñanzas que hemos obtenido, las posibilidades futuras que vemos en este tipo de tarea así como algunas recomendaciones para las mismas, insertas siempre dentro del marco de las actividades del Centro de Rehabilitación.

Antecedentes

El Centro Diurno, es un espacio de transición entre la internación y otras intervenciones a largo plazo, desarrolladas en centros insertos en la comunidad y la red sanitaria.

Desde un abordaje multidisciplinario que integra los recursos biológicos, psicoterapéuticos y psicosociales, se trabaja jerarquizando las primeras instancias de la rehabilitación, priorizando la prevención (secundaria y terciaria) y el tratamiento, comenzando al mismo tiempo un proceso de reinserción que continuará en otras instituciones.

Concebimos la rehabilitación así, como un proceso terapéutico escalonado en diversas etapas, con objetivos propios para cada una de ellas, desde las intervenciones llevadas a cabo durante la internación, pasando en algunos casos por nuestro Centro, para luego continuar en otras instituciones de acuerdo a los niveles crecientes de autonomía. Tiene como meta reducir el impacto actual y futuro de la enfermedad en la persona, su familia y su entorno, tratándola de ayudar a preservar lo máximo posible su calidad de vida.

Recibimos, entonces, pacientes que han egresado recientemente de una internación así como los que estando en seguimiento ambulatorio, atraviesan alguna situación de crisis, en la que es conveniente su seguimiento en un espacio de mayor contención.

Trabajamos con una población que, en su totalidad, padece algún trastorno severo y persistente, que genera en la mayoría graves limitaciones en su funcionamiento.

Muchas de estas personas, carecen de habilidades para manejarse socialmente, viven en forma aislada y no pueden sostener una existencia autónoma. Menos aún, alcanzar y mantener un trabajo competitivo. Se suman además los escasos recursos socio-económicos, que contribuyen a aumentar

aún más la marginación y el estigma. Muchos de ellos, incluso, han perdido el apoyo familiar y viven en pensiones o en casas de salud.

Dada la complejidad de la problemática a abordar y las dificultades a las que nos enfrenta el tratamiento de estos pacientes y su entorno, existe, actualmente, consenso sobre la necesidad de asociar tratamientos biológicos junto con intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.

En este sentido, algunos autores, han planteado modelos de intervención sistematizados, que combinan distintos procedimientos terapéuticos desde distintas aproximaciones teóricas: de apoyo, cognitivos, educativos, de entrenamiento en habilidades, psicodinámicos, según la situación clínica de cada paciente y la fase de la enfermedad.

En el Centro Diurno, entonces, se integran intervenciones individuales (seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico) y grupales (grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, grupos de seguimiento, reuniones multifamiliares y diversos talleres). Desde todas las instancias propuestas, se contribuye así a trabajar los objetivos que este Centro tiene como meta, más allá de la orientación teórica y metodología seguida.

Acordamos con el Dr. Tizón, en que como él refiere “...hoy, en los sistemas terapéuticos aplicados en la esquizofrenia, fundamentalmente estamos agregando y mezclando, más que investigando y combinando (lo que debería significar una de-construcción sistemática de las terapias entre otros procedimientos de investigación)”.

A su vez, diversos autores, también coinciden en que los modelos de atención a estos pacientes, deben continuar investigándose para poder aproximarnos a identificar qué pacientes pueden beneficiarse de qué tratamientos y durante cuánto tiempo.

Nos interesaría, especialmente, poder preguntarle al Dr. J. Tizón, qué modelos terapéuticos considera, actualmente, más apropiados para llevar a cabo en los Servicios de asistencia a pacientes con patologías severas así como qué formas de investigación nos recomienda, para poder evaluar y así mejorar la eficacia de nuestras intervenciones. Nos gustaría también conocer su opinión, acerca del porcentaje de deserción o abandono del tratamiento que existe en estos Servicios, que en nuestro medio es alto, sus posibles causas, más allá de lo inherente a la patología así como las consideraciones terapéuticas a tomar en cuenta para disminuirlo.

El Grupo terapéutico

Al ingresar al Centro, entonces, los pacientes presentan síntomas vinculados con la esfera del pensamiento o del humor, aunque disminuidos en su intensidad por los tratamientos biológicos, así como una marcada afectación de su desempeño en diversas áreas. **No son claramente concientes de la tarea allí realizada, ni tampoco de una motivación clara de la razón por la cual deberían proseguir un tratamiento.** Razón que hemos precisado, como la de mayor importancia en las etapas de Rehabilitación, así como la causa de los mayores fracasos en los tratamientos futuros, fundamentalmente, a raíz de la deserción y o falta de adhesión del paciente, situación comprensible

en los pacientes graves, si tenemos en cuenta su falta de conciencia de la necesidad de un tratamiento para sus aspectos más “enfermos”, o mejor llamarlos, en adelante, “defensas contra su sufrimiento”.

En todos los casos, aún con matices individuales, al ingreso al Centro, los pacientes despliegan en las entrevistas de admisión, aspectos de su historia individual, en los que se destacan, “sistemáticamente”, el fortísimo impacto de la experiencia de internación, aunada a los conflictos intrafamiliares y los inconvenientes para organizar proyectos vitales posibles, al sentir de la mayoría, la pérdida de una “esperanza de vida”. Algunos ejemplos clínicos, ilustrarán estas situaciones, si bien deben ser vistos fuera del contexto de la sesión.

Con respecto a la experiencia de internación:

P.1 *“Yo tuve 11 internaciones y salí igual desde la primera, me pegaron una patada y afuera”.*

P.2 *“Yo estaba bien, no se porqué me internaron. Ta, andaba en la calle con 12 años. En mi casa nadie contestaba o les decían: llévalo al loquero y dale choques eléctricos. Eso no se puede remediar. Le pegué a uno, porque me provocó y me mandaron 8 sesiones más. Es como si sintieras en la cabeza un choque de trenes, praaack...”.*

En relación con los conflictos familiares:

P.1 *“No tengo otra salida, mi madre no me quiere, mis hermanos no me quieren. Voy y mi madre me cierra la puerta en la cara. Está todo mal realmente....Mi familia me dejó de lado, me olvidó, me dejaron en el hospital...De mi familia nadie me quiere, para ellos lo mejor sería tenerme sepultado”.*

P.2 *“Lo que más me bajonea, es que mi hermano me dice que voy a pasar de casa de salud en casa de salud. Yo le voy a decir que me acepte como soy, le guste o no. Mi hermano no me quiere tener metido en una casa de salud, pero es lo que piensa”.*

Vinculado a la falta de proyectos vitales:

P.1 *“Yo en la última micronarcosis perdí la memoria completamente, no me acuerdo de mi abuela, perdí la identidad. Yo era alegre, humilde, me sentía bien. Ahora me siento un extraño”.*

P.2 *“Yo me encierro”, porque toda la gente me mira y dice: esta está loca. Me ha pasado de ir en ómnibus y empezar a llorar a mares. Es horrible eso que te digan que mates a alguien, y yo tengo miedo porque soy agresiva. ¿Qué pasa si tomo la medicación y sigo escuchando voces?... Estoy sin ganas, se me cierran puertas”.*

Estas temáticas combinadas, entonces, centradas en una dificultad de otorgar un sentido a la experiencia de internación y egreso, en un marco de confusión como lo señalamos, configuran así un escenario particular, que pauta y determina, en su mayor parte, el otorgar un sentido esperanzador de futuro, paso imprescindible este, para poder poner en práctica los pasos siguientes de las etapas de Rehabilitación.

Sin dejar de lado el componente farmacológico (fundamental en la continuidad del tratamiento de estos pacientes, aunque, aún en estos momentos, constituyen un sinsentido para ellos), la inclusión de otros abordajes se vuelve imprescindible, entonces, para atender las diferentes dimensiones del sujeto en sufrimiento. De esta manera, y atendiendo a dicha demanda, es que desde el año 2003, se incorpora al Centro Diurno grupos terapéuticos, que tienen entre sus objetivos fundamentales, trabajar estos aspectos en profundidad, valiéndose, para ello, de lo que llamamos “el instrumento psicoanalítico”.

Dicho instrumento, adquiere así, en estos momentos, la mayor importancia, no ya por su aspecto terapéutico más esencial, situación que deberá incluirse en las posteriores etapas de rehabilitación junto al resto de las medidas a tomar, sino, por que lo destacamos como fundamental, y esto lo remarcamos, para dar un sentido al proceso que deberá continuar a la salida de la internación y del cual casi ninguno de estos pacientes tiene y, por ende, por más que las medidas existan, serán necesarios estos pasos para que dichas medidas puedan “usarse”.

En otras palabras, las posibilidades terapéuticas existen, pero para que sean eficaces, deberán ser usadas y, para ello, tendrán que adquirir un sentido esperanzador para este tipo de personas. Podríamos parangonar: “aunque los medicamentos existan, no tienen operatividad desde adentro de sus cajas”.

Esta modalidad de grupos terapéuticos, entonces, que se lleva a cabo en el Centro Diurno, agrega así a sus objetivos generales de acompañar el proceso de rehabilitación y de ayudar a completar la situación de crisis por la que atraviesan estos pacientes, objetivos más específicos, como son:

- Trabajar la experiencia de internación, a fin de aminorar el impacto y el efecto traumatógeno de la misma. Si bien esto lo consignamos en las viñetas relatadas precedentemente, y lo ejemplificaremos igualmente más adelante, resulta fundamental crear entre los integrantes del equipo de salud y los pacientes, lo que hemos denominado, “una convergencia de puntos de vista”.

- Será fundamental trabajar el egreso de la internación, para fomentar así la continuación en otras instituciones dedicadas al trabajo de rehabilitación con este tipo de pacientes.

- Trabajar en el desarrollo de la llamada conciencia de morbilidad, término que sustituimos a raíz de nuestra propia experiencia, por una que entendemos mejor y que llamamos “necesidad de ayuda”, frente a sufrimientos vitales a los que estos sujetos no han podido enfrentarse adecuadamente por

falta de desarrollo de defensas, y a fin de lograr la adhesión al tratamiento y su continuidad en una situación de cronicidad.

- Potenciar y fortalecer la inserción familiar y/o social, para mejorar las condiciones de tratamiento.

Desarrollo teórico clínico de la experiencia

Los avances actuales en el sentido integrador interdisciplinario, enmarcados en una concepción biopsicosocial del individuo, serán siempre tenidos en cuenta desde un punto de vista más general, si bien el dispositivo central en que se basa el funcionamiento de estos grupos, es el instrumento de la escucha psicoanalítica.

Pensamos que un espacio grupal, entonces, resulta a la vez pertinente y fundamental, dado que no sólo ofrece una alta contención, sino que, lo que enfatizamos y buscamos investigar, es el hecho de que en el caso de pacientes graves, donde la transferencia se establece en forma tan masiva e intensa, resultan en extremo dificultosos los tratamientos individuales, en los que la dupla paciente-terapeuta se ve, frecuentemente, desbordada por la intensidad de los afectos en juego y conduce, igualmente, al fracaso o abandono del tratamiento.

Enfatizamos así el aspecto de investigación, que se irá dando conjuntamente con el terapéutico, porque hemos encontrado pocas referencias bibliográficas al proceso de egreso de la institución hospitalaria (fundamentalmente, en los últimos años), hecho que, a nuestro modo de ver, entra en contradicción con el aspecto señalado precedentemente: la dificultad del abordaje individual y el altísimo porcentaje de deserciones con las consiguientes re-hospitalizaciones, y en donde la institución hospitalaria toma las características de una “puerta giratoria”. Y en este sentido, entonces, es que enfatizamos también la necesidad del proceso de investigación conjuntamente con el terapéutico.

La idea es, y esto ha sido corroborado por múltiples materiales clínicos, que el grupo se ofrece como caja de resonancia, donde se proyectan, amplifican y fundamentalmente se comparten los conflictos de cada participante, al punto que, y para asombro del supervisor, éste se encontró, muchas veces, preguntando a quien correspondía determinada intervención, obteniendo como respuesta de los coordinadores que no había sido de ellos sino de otros pacientes. Las mismas adquirirían así, en su momento, el carácter de verdaderas intervenciones psicoanalíticas, sea en el aspecto de otorgar sentido a determinadas situaciones, generar movimientos de apertura grupal o bien de poner calma y orden en momentos particularmente difíciles, donde tanto pacientes como terapeutas se mostrarían desbordados, entre muchas otras.

Un breve ejemplo clínico, podrá mostrar este aspecto. Se trata de una de las primeras sesiones del grupo de este año, donde en una atmósfera de tensión, los pacientes venían quejándose de la internación, de las etiquetas diagnósticas, de su no necesidad de tratamiento y del control al que,

muchas veces, se veían sometidos. En determinado momento, se da una intervención de uno de los coordinadores:

Coord. *“Podemos pensar cierto control, como una forma de protección cuando uno está mal... Porque esto es un proceso para de a poco ir recuperando la autonomía”.*

P.1 *“Mi madre me controla. Ayer yo fui a ver a mi padre. A ella no le gusta. Yo la llamo y le aviso.”*

P.2 *“No sos tan pegado a tu madre. La ventaja que tenés”.*

P.1 *“Yo hasta los 11 años, viví con mis abuelos. Luego con mi madre. Y 5 o 6 años con mi padre. Y ahora estoy viviendo con mi madre”.*

P.3 *“Yo quería decir algo. Mi problema radica, en que desde los 6 años tomo medicación y la vengo luchando. Y mi madre tiene cáncer de mama ya hace 10 años. Yo y mi madre somos carne y uña, y a la vez agua y aceite. Sin mi madre no sé como hacer. Y me digo: “analizá, pensalo, ¿qué vas a hacer?...” Fui muy sobreprotegido de chiquito y ya no soy más un niño. Mi familia también me dice: “sos un hombre”.*

P.4 *“Tenés que demostrarlo con hechos. Tenés falta de confianza en vos mismo, por eso te aferrás a tu vieja. Pero son “agua y aceite” cuando querés estar con una minita o tomarte un vino”.*

P.5 *(Se durmió)*

La intervención del paciente 4 me sorprendió, y aquí es que pregunto si la había hecho uno de los coordinadores, quienes me aclaran que fue el paciente 4 y que, en este momento del grupo, en particular, él se sentía en un estado emocional que se encontraba como perdido, por lo que dicha intervención, entonces, le permitió “rescatarse” al coordinador, realizando la siguiente intervención, que permitió, a su vez, un nuevo giro en el grupo:

Coord. *“Les debe pasar a todos, porque es una sensación de desamparo, necesidad de entender que quiero al otro pero a la vez puedo separarme. No pegotarse al otro...”.*

La experiencia de internación

Desde el primer contacto con el Hospital psiquiátrico, hace ya muchos años, hubo una pregunta que permanecía en nuestras mentes, y a la que no encontrábamos explicación: ¿cómo personas que ingresaban con una sintomatología compleja, en una experiencia caótica y terrorífica tan difícil de comprender por ellos mismos, podrían llegar a entender que se les estaba intentando brindar una ayuda, con algo que, en ese momento, era vivido en una forma paranoide, frente al hecho de ser internados compulsivamente en la mayoría de los casos, no pudiendo otorgar un sentido terapéutico

real a dicha experiencia, y para luego, desaparecidos los síntomas, ser dados de alta, aconsejándoseles que debían seguir un tratamiento en forma ambulatoria?...

Así, la experiencia de internación, es un corte en la cotidianeidad, un alejamiento habitualmente no voluntario del medio familiar y social así como una ruptura de la trama vital del sujeto que, inevitablemente, dejará sus secuelas. Un par de viñetas breves, ilustrarán mejor este punto:

P.1 *“¿Qué vas a hacer hablando con un psicólogo o un psiquiatra?... esquizofrenia, trastorno de la personalidad... mediante ellas buscan un rinconcito, un escudo contra la sociedad... me arruinaron entre los policías y los doctores. (...) Vienen, dicen que te dan una mano, y después te escupen...”*.

P.2 *(el grupo venía hablando de las etiquetas diagnósticas)... “yo me acuerdo cuando me sacaron los doctores (silencio)... el doctor te evalúa, te dice que tenés esto o lo otro, pero al final no te explica qué es”*.

No se trata, entonces, de cuestionar tratamientos en los que nosotros mismos participamos y seguimos creyendo, sino, por el contrario, de ver el hecho de que el punto de vista del personal encargado de brindar tratamiento, considera a este último como beneficioso y, por ende, este no podría ser experimentado ni vivido de la misma forma por el paciente, en las condiciones iniciales de internación.

Por lo tanto, sería impensable que se pudiera obtener una adhesión posterior al tratamiento, luego de una primera instancia de “compensación”, cuando no se le pudiera otorgar, de parte de los pacientes, el sentido de un objetivo terapéutico inicial.

Ante tales situaciones, entonces, se nos planteó siempre el mismo propósito: ¿cómo obtener lo que hemos llamado “una convergencia común de miradas entre personal tratante y paciente”, de forma que ambos pudiéramos compartir la necesidad de un tratamiento a largo plazo?...

Y esta pregunta, a su vez, nos llevaba siempre a la necesidad de encontrar algún mecanismo, para que se desarrollara en el paciente una “conciencia de necesidad de tratamiento o bien búsqueda de ayuda” (cuestionablemente llamada “conciencia de enfermedad”). Hecho fundamental este, para conseguir la adhesión del paciente a su futuro tratamiento, al punto que ello podría determinar el fracaso posterior al que tantas veces asistimos, con las consiguientes re-hospitalizaciones y des-socializaciones.

En tal sentido, no es posible evitar mencionar aquí, una experiencia clínica que dejó una profunda huella en nuestra forma de pensar estos pacientes:

Hace años, en el inicio del ejercicio profesional de uno de nosotros, se realizó tratamiento a un joven de 23 años en los comienzos de un proceso psicótico, al que luego de una experiencia de internación bastante tortuosa, se le dio de alta al calmarse la sintomatología delirante, y se pasó a verlo en entrevistas semanales con un enfoque farmacológico-psicoterapéutico.

Al cabo de unos meses de tratamiento, eran ostensibles sus signos de mejoría: cesó la actividad delirante y se incorporó a un trabajo. De esta forma, al comentarle al paciente lo bien que se veía, y para mi asombro, él me contestó que se sentía cada vez peor. Le dí así mis argumentos del porqué yo lo notaba mejor, pero él insistía en lo mal que se sentía. Le pregunté, entonces, cuales eran las razones que lo llevaban a contestarme así, y me respondió textualmente: “mire doctor, yo estoy acostumbrado a andar por la calle y sentir que los autos me quieren atropellar, a subir a un ómnibus, y todos comenten que soy maricón. Yo así, puedo andar por ahí, pero con esta medicación que usted me da, yo ya no siento nada de eso pero, entonces, me siento desprotegido, me da miedo y no me animo a salir de mi casa”.

“Los pacientes nos enseñan”, y no podemos obviar escucharlos. Es más. Muchas veces, nos ayudan a resolver problemas de tratamiento, que nosotros solos seríamos incapaces de resolver, hecho que nos ha quedado demostrado en múltiples materiales clínicos de trabajo, a lo largo de estos últimos tres años. Problemas, que luego de discutirlos dentro del equipo sin encontrarles una solución, resolvimos plantearlos dentro del grupo y, entre todos, pacientes y terapeutas, pudimos hallarles soluciones viables, un verdadero involucramiento compartido.

Consecuentemente, entonces, la función terapéutica se vuelve accesible. No ya solo por el accionar de los terapeutas, sino por lo que reciben de los propios integrantes del grupo. Las transferencias en un grupo, son múltiples y complejas.

Etapas básicas del funcionamiento grupal

La conformación de los grupos es, en general, abierta, y se hace siguiendo dos líneas psicopatológicas básicas para su integración: un grupo, queda conformado por pacientes psicóticos y, el otro, por pacientes borderline y con trastornos del humor, integraciones ambas, que se establecen durante las entrevistas iniciales.

Al principio, entonces, van ingresando pacientes, hasta completar un cupo de diez a doce personas, cerrando allí el ingreso, con una hora semanal de funcionamiento, y coordinados por dos psicoterapeutas jóvenes en su experiencia de formación, con tratamiento psicoanalítico previo y trabajando de forma honoraria.

Así, desde el inicio, se plantea una duración del trabajo grupal de unos 10 meses, con vistas a incorporarse a la finalización del mismo a tratamientos posteriores, si bien, desde el comienzo, el funcionamiento del grupo se acompaña de otras experiencias de rehabilitación, funcionando ambas instancias dentro del Centro Diurno.

Tanto en los grupos de pacientes psicóticos como en los de pacientes borderline, si bien con sus características particulares, observamos siempre que se repite una secuencia temporal, que en esquema, se podría resumir en tres etapas claves:

1. Etapa de consolidación grupal

Esta etapa, se da al principio del funcionamiento del grupo, y dura los primeros meses.

En el caso de los pacientes borderline, entonces, las características de funcionamiento, al inicio, son las propias de estos pacientes, o sea, los terapeutas transmiten sentimientos de caos, de una dificultosa identificación grupal. *“Es como si uno pisara un hormiguero y las hormigas salen alborotadas en todas direcciones”*, han comentado alguna vez los terapeutas. Los pacientes transmiten así esa sensación de inquietud, salen a fumar o al baño a cada rato. Algunos, no toleran toda la hora de tratamiento. Es difícil, entonces, conformar una identidad grupal.

A su vez, en el caso de los pacientes psicóticos, la situación aparece, superficialmente, como más tranquila, cuesta más el comienzo de las intervenciones, hasta que, muchas veces, alguno “arranca” en largos discursos, que se parecen más a soliloquios personales. Sin embargo, la experiencia que transmiten a los terapeutas, es también una vivencia de confusión y caos, de temores, desesperanza y enojo.

De a poco, entonces, en una situación donde, como ya anticipamos, las intervenciones vienen, usualmente, de los coordinadores, sucede también que, en otras ocasiones, provienen de los mismos pacientes, que de este modo, se “interpretan” así entre ellos. A su vez, dicha situación, la hemos comprobado dentro de ambos tipos de grupos, donde se van depositando y elaborando dentro del grupo, sentimientos de confianza, esperanza-desesperanza, vida-muerte, pasado-futuro, por lo que se va entrando así, paulatinamente, en lo que distinguimos como la segunda fase, la etapa de conformación de una conciencia de necesidad de ayuda y la necesidad de un tratamiento.

Veamos ahora una viñeta clínica. Se trata de una de las primeras sesiones del grupo, a la cual concurren nueve pacientes, que llamaremos: MK, LO, E, RD, An, D, JL, MM y M.

An. *“Tengo 35 años, hace 7 que estoy enferma. Soy bipolar. La voy llevando. Tengo un hijo que no está conmigo. Lo veo. Me llevo bien. No lo veo muy seguido. Vivo con mi mamá sola”.*

MK. *“Mi nombre es MK. Estuve internado. Nos conocimos acá (señala a D.)”*

Coord. *“¿Por qué fue?”.*

MK. *“Una temática difícil. Prefiero no hablar. Estoy tratando de mejorar y encontrar mi ¿?...”*

D. *“28 años. Estoy internado por las pastillas. Yo tuve once internaciones, y salí igual desde la primera, me pegaron una patada y afuera”.*

Coord. *(Cuenta como funciona el grupo. Hay varios integrantes nuevos.)*

(Entra JL.)

JL. *“¿Lo qué?. A mi me gustaría saber más lo que es la esquizofrenia”.*

Coord. *“Bueno, lo vamos a ir hablando, los que saben son ustedes que lo han sufrido, y esto es lo que nos interesa poner en palabras”.*

JL. *“Yo ya me olvidé de eso”.*

Coord. *“Pero te interesa...”*.

JL. *“Claro”*.

An. *“Es una enfermedad ¿? Puede ser mucha o poca ¿?”*.

Coord. *“Lo que nos importa más en el grupo, es entender y aprender de la experiencia, ustedes tuvieron una experiencia, que en otros ha sido diferente. Hay personas que hablan sin saber de lo que hablan: “sos loco, no podes estudiar, trabajar, hacer nada, porque no pones voluntad”. Lo de la esquizofrenia, se convertiría así en algo que me separa de las cosas y me dejaría aislado. Entonces, ¿cuál sería el trabajo a realizar aquí?”*.

E. *“Edificar”*.

Coord. *“Volver a juntar cosas, integrarlas, comprenderlas”*.

An. *“Yo no soy esquizofrénica. Para mí que soy bipolar”*.

Coord. *“Bueno, a ti te dijeron otra cosa, por eso, vamos a hablar de lo que les ha pasado (...) “no se trata de “la esquizofrenia”, sino de entender y manejar mejor lo que les pasa. Ustedes saben mejor que nosotros lo que les pasa, van a encontrarse aquí con cosas que comparten y otras que le pertenecen a cada uno, también cosas compartidas como la importancia de los proyectos de futuro”*.

MK. *“Comprender la situación, ayudar al otro, por algo es grupal”*.

(Llegan MM. y M.)

An. *“¿Esto pasa a psiquiatra?”*

Coord. *(se aclara lo de la confidencialidad), (se hace una enumeración de los problemas que han salido: la internación y el egreso, la familia, la pareja, los amigos, el trabajo, los diagnósticos...)*

An. *“¿Qué pasa si tomo medicación y sigo escuchando voces?”*

MC. *“¿?”*

Coord. *(se habla de la importancia de escuchar estos alertas y acudir a alguien en ayuda)*

LO. *“Suena algo moralista, pero es verdad”*.

Coord. *“A veces hay que ser directivo, y no por eso es ser moralista”*.

MC. *“Me encuentro con alguien acá y veo que está mal. Se cruza otro pensamiento sobre mí. Me entra el bajón y lo cargo. Empiezo a pensar esto, me está trancando y luego lo tiro”*.

JL. *(va al baño)*

LO. *“Lamentablemente, lo que pasa es que te falla el balero y por esto tenés que tomar la pastilla y ya está”*.

MC. *(cuenta el episodio de la parálisis). Me encontré con mi madre. ¡Ah!, eso. Mis padres me enseñaron como sobrevivir. Me enseñaron muchas cosas. Mi viejo fue como un chamán. El me está dando un apoyo espiritual. Está vivo, yo no lo veo. Nací en X, después todos se fueron yendo. Y dije: “me quedo acá, que estoy haciendo con los gurises de la nueva generación que toman ácidos...”, y yo llamando al sol con mi ¿?... y ahí me fui al refugio. El tema es que no se*

donde viven mis padres. Tengo que sostener el refugio y el hospital. Yo le pido al grupo que recen por mí para que lo pueda sostener”.

LO. “Va en vos como persona que tengas también un cambio de vida, algo más prolijo. Sino te vas a ir al carajo. En la calle te puede pasar cualquiera. Yo te digo, hacer las cosas que sean mejor para vos, por lo que decís la estas pasando mal. El grupo te espera de brazos abiertos”.

(Silencio)

Coord. “¿Los demás?”.

(Silencio)

Coord. “Están diciendo cosas importantes, han tocado muchos puntos. Cosas difíciles y dolorosas de expresar”.

MC. (pide para agarrar aserrín de los materiales de plástica)

An. “Si quiere él puede salir. Porque yo era drogadicta y salí...”.

Coord. “Capaz, de lo que están hablado, es de qué podemos ofrecerles nosotros, cómo van a salir del grupo. Si van a salir igual, si les vamos a dar una patada, como alguno sintió a la salida de la internación, o micronarcosis o, por el contrario, podrán poner aquí sus esperanzas”.

An. “Es que no es una enfermedad que, por ejemplo, te salgan granos. No se ve. Y cuando me paso acostada... mi padre pensaba que no quería trabajar, ni cuidar a mi hijo”.

JL. “Yo me siento vulnerable”.

Coord. “Tal vez vulnerable es una palabra que puedan reconocer todos ustedes en el fondo de sus padecimientos”.

(Todos contestan que si)

2. Etapa de conformación de una conciencia de necesidad de ayuda y la necesidad de un tratamiento

Tal vez, sea ésta, la etapa fundamental del cometido del funcionamiento de estos tipos de grupos de egreso.

Se continúa con los comentarios sobre la experiencia de internación, los tratamientos a los que fueron sometidos, que siempre adquieren una cualidad persecutoria y agresiva y, algunas pocas veces, como una experiencia idealizada.

Se discute sobre la situación de enfermedad, la razón de las “etiquetas nosográficas” y el porqué de la necesidad de un tratamiento. Poco a poco, entonces, se va dando una experiencia tranquilizadora, en la medida que el grupo va encontrando las palabras para exteriorizar su sufrimiento y dentro de una experiencia compartida, la situación va siendo entendida más como “una reacción al sufrimiento, frente a una dificultad de estar en el mundo, y una forma defensiva de aislamiento o comportamiento”.

Un paciente, en particular, describió en un grupo su situación, en los términos siguientes: “...yo siento que puedo con todo, que podría lograr lo que me propusiera. Pero siempre y cuando, todo eso dependa de mí. Cuando me pongo en contacto con el mundo y siento que ya las cosas no dependen de mí, entonces me vienen las dificultades, los choques y entonces tengo que aislarme, encontrar mi rinconcito”. Esta descripción tan elocuente, nos permite ver así los dos extremos, o sea, por un lado, la grandiosidad del yo ideal pero, por otro, la extrema vulnerabilidad, la soledad y las profundas vivencias de abandono. Y es, entonces, donde la necesidad de continuar con un tratamiento, aparece como una “experiencia esperanzadora”, una verdadera experiencia de vida, que les permitirá afrontar, ya con mucha más confianza y búsqueda, la continuidad terapéutica con la adhesión correspondiente.

Veamos a continuación, la viñeta de una sesión, luego de dos encuentros semanales seguidos, sin que el grupo funcionara por vacaciones de invierno:

M. “Yo ando bastante bien. Ayer no vine a teatro por la lluvia espantosa, pero me gusta. Ando medio boludo. Yo hice mucho teatro, estudié con X. Quiero hacer algo que me reditúe. En el 82´, me fui a Nueva York, quedé desvinculado”.

(...)

Coord. “¿Cómo podrás volver a vincularte?”.

M. Por lo menos acá, en el grupo (...) yo estoy muy desvinculado y quiero trabajar. No me gusta vivir en casas de salud. Estoy mejor que en la otra, en la que los encargados eran prepotentes, pero quiero laburar (...) estoy sin ganas, se me cierran puertas”.

Coord. “Bueno, acá entonces el tema es lo que veníamos hablando la vez pasada, del poder recuperar las ganas. Para eso tenés el grupo”.

P. “Creo que es un poco falta de voluntad”.

Coord. “De eso hablábamos, de la falta de voluntad. La dificultad de empezar algo y continuarlo. No por falta de voluntad, sino porque se les hace muy difícil”.

L. (...) “Si sigo viendo que el Centro no me da provecho, y yo vengo tanto tiempo acá... Me voy a tener que ir a la mar. El tema es poner el pie firme e ir donde está la luz. Lo veo difícil el estar trabajando, porque soy lisiado. Me van a ver el codo y los dedos, y me van a decir que es para DISSE, que saque la pensión. Hace dos años que concuro al hospital y no me ha dado frutos”.

Coord. “¿Venir acá sería como ir hacia la luz...?”.

L. “No. Me internaron, me hicieron una mala praxis, yo no escuchaba voces”.

M. “¿Y por qué te internaron L.?”.

L. “Porque estaba en un bosque jugando a las casas embrujadas. Hacía frío y estaba de short. Y entonces me llevaron. Pero fue un caso excepcional. Vinieron los policías, comí con ellos. Pero es muy difícil de explicar”.

M. “¿Te tiene podrido el Centro Diurno?”.

L. “Pero no tengo otra salida. Mi madre no me quiere, mis hermanos no me quieren. Voy y mi madre me cierra la puerta en la cara. Está todo mal realmente. Yo me acuerdo del primer momento de mi nacimiento y hablé al nacer. Tenía una capacidad diferente, son casos excepcionales. Capaz yo pensaba que hablaba y la partera veía que lloraba. Mi familia me dejó de lado, me olvidó, me dejaron en el hospital (...) de mi familia nadie me quiere, para ellos lo mejor sería tenerme sepultado”.

Coord. “¿Cómo piensan que los puede ayudar el grupo?”.

P. “A mi me ayuda la asistente social, el grupo no me puede ayudar porque cada uno tiene sus problemas. Yo estaba bien, no sé por qué me internaron. Ta, andaba en la calle con doce años. En mi casa nadie contestaba o le decían: “llevalo al loquero y dale choques eléctricos”. Eso no se puede remediar. Le pegué a uno porque me provocó y me mandaron ocho sesiones más de micronarcosis (...) no tengo familia. Ya a esta edad, hacer una familia es difícil”.

Coord. “Sí, hacer una familia, capaz también el grupo como familia... es difícil pensar en el sostén del grupo, cuando faltan tantos compañeros (como dijimos, esta sesión coincidió con las vacaciones de julio y la falta de continuidad de las actividades, lo que se notó en la escasa concurrencia del grupo ese día)... pero eso no quiere decir que no esté y que no se puedan apoyar en él. Acá tienen un lugar para pensar estas cosas”.

(...)

P. “Deberíamos poner en la cartelera: “Che, qué pasa que está concurriendo tan poca gente”.

(...)

L. “A mi me internaron”.

Coord. “Ahora estás en otra posición”.

L. “Pero la base...”.

Coord. “La base la tenés acá”.

L. “No, acá es un grupo de terapia, la base es tener una casa. Acá te ayudan a ordenar las ideas”.

Coord. “Si, de eso se trata, de ordenar las ideas, para entonces si poder concretar la casa, el trabajo, etc. Acá tenés una base, podés apoyarte en el grupo para lograr estas cosas”.

L. (...) “estuve dos días en coma, vino mi tía y me sacó. No sé para qué, después me echó. (...) Vienen, te ayudan, te dan una mano, y después te escupen. (...) Venir acá y encontrarte con un grupo que la cabeza le falla...”.

Coord. “Estas muy enojado con la gente de acá”.

L. “Sí, porque me fui mal. Fue un fracaso. Tengo el pie quebrado, un chichón en la cabeza. En ese entonces tenía doce, pero ahora tengo treinta y dos y no tengo nada (...) no sé como plantearle a la doctora que tiene que internar a mi madre. Tener un hijo para sacarlo a la calle... fruto de mi arruinamiento. Que la saquen a ella a ver si le gusta. Yo me acuerdo cuando me sacaron los doctores, es muy difícil entenderlo (silencio) el doctor te evalúa, te dice que tenés esto o lo otro, pero al final no te explica qué es”.

3. Etapa de finalización del grupo

La etapa de finalización del grupo, es una etapa sumamente dolorosa, que necesita ser trabajada adecuadamente en estos pacientes frágiles y tan sensibles a las experiencias de frustración y abandono. Aparecen, entonces, sentimientos ambivalentes con respecto a las expectativas del grupo así como la necesidad de un arduo trabajo, para lograr una finalización con caracteres de esperanza de vida y no de expectativas desalentadoras con carácter mortífero, como hemos visto en algunos ejemplos relatados precedentemente.

Tal vez, entonces, sea esta etapa la más difícil de abordar, porque no estamos preparados, ni ellos ni nosotros, en cuanto a la continuidad de los tratamientos futuros porque, algunas veces, se crea un efecto de embudo en relación con el exceso de demanda y la escasez de oferta.

Es esta etapa, y por estas razones, la que nos ha traído así más dificultades en nuestra labor y donde, adecuadas justamente, hemos hallado más ayuda de parte de los grupos, para ir encontrando las soluciones más. Escuchemos a los pacientes:

Viñeta de una de las últimas sesiones del 2008. Todos los pacientes de este grupo egresaban a otros centros.

P.1 “Soñé que era terminator”.

Coord. “Terminator. Se termina el grupo”.

P.1 (Se ríe y cuenta el sueño) “Luchaba con el personaje que se deshacía y se volvía a armar y se desesperaba”.

Coord. “¿Qué te hace pensar?”.

P.1 “No sé, yo no soy terminator” (se ríe) “Capaz que quiero ser como terminator... para no enfermarme más”.

(...)

Coord. “Vamos a hablar de lo que sienten con esto de irse de acá”.

P.2 “No entendí”.

(...)

P.2 “Yo lo que me enteré es que el año que viene ustedes no están más. Yo no tengo problema pero ustedes ya saben mis temas, los ángeles, los platillos voladores (se lo nota angustiado)”.

P.1 “Acá no te dicen nada, si llegas tarde, si faltas, allá dicen que te “dan de baja”” (refiere a lo que le han contado sobre el centro al que lo derivaron)

Lo que hemos descrito, entonces, como etapas de funcionamiento grupal, ha sido algo muy sucinto y esquemático en relación con el funcionamiento del grupo, a la necesidad de una “cintura terapéutica” y a una escucha muy próxima a la clínica, sin adhesiones a teorías o autores

particulares, sino manteniendo una permeabilidad en la escucha que, al decir de autores rioplatenses, como M. y W. Baranger, implican, dentro de la atención flotante, una llamada “teorización flotante”.

Así, llegados a este punto, nos gustaría revisar lo que se nos aparece como una instancia fundamental dentro de este tipo de trabajo: la necesidad de un tratamiento supervisado.

La instancia de supervisión

Antes de nada, no podemos dejar de mencionar que, a nuestro juicio, todo personal involucrado en la salud, y más aún en salud mental, siga la línea terapéutica que elija, debería pasar por un proceso de conocimiento interno, porque no es posible concebir un contacto con pacientes, sin que el mundo interno personal se vea movilizado y, por ende, que se vea posibilitado de actuar en consecuencia.

Dicho esto, entonces, retomamos lo que significa la instancia de supervisión para el funcionamiento de estos grupos de orientación psicoanalítica, enmarcada en lo que fue una parte de nuestra formación en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, en función de tres pilares básicos: el tratamiento personal, la base teórica y la supervisión clínica.

Por esto, trabajamos coordinando estos grupos con personas (médicos, psicólogos), que han pasado por una instancia terapéutica de conocimiento personal así como una formación básica de lectura psicoanalítica en su carrera y grupos de estudio.

No ha sido posible aún, en nuestro medio, un proceso de formación más sistematizado y curricular en relación con las personas que trabajan coordinando grupos terapéuticos, aunque aspiramos a que, en un futuro, esto sea posible.

Así, con respecto a la instancia de supervisión, la consideramos básica para el buen funcionamiento de estos grupos tanto como la vinculación con el equipo de salud del Centro.

Para avalar lo anterior, entonces, creemos importante, tomar en cuenta las consideraciones que nos han hecho llegar dos coordinadores: el Lic. S. Fernández y la Lic. P. Argachá, en relación con una situación que se nos creó el año pasado, y en la que ambos coordinadores se vieron involucrados, por motivos de compromiso, en lo que podríamos llamar una “situación de soledad”, vinculada con la instancia de supervisión y el equipo de salud. Para ilustrar esto, tomaremos, a modo de viñeta, algunos de estos comentarios.

Comienzan los coordinadores:

“El siguiente comentario, pretende dar cuenta de una circunstancia y experiencia particular de trabajo, en la coordinación de Grupos de egreso, en el Centro Diurno del Hospital Vilardeobó (...).

En esta oportunidad, entonces, como psicólogos clínicos a cargo de dichos grupos, nos interesa profundizar sobre una situación extraordinaria y de especial atractivo e inquietud, que transitamos

el año pasado en el desarrollo de nuestra tarea: la ausencia y falta de participación de los coordinadores dentro del espacio de trabajo y supervisión del equipo de salud del Centro.

Pero ahora, y luego de lo vivido durante el primer año de trabajo, nos mueven a reflexión ciertas interrogantes e inquietudes, especialmente, desde la perspectiva de la supervisión y la pertenencia al equipo de salud del Centro, en tanto dicha instancia significa para nosotros no solo un espacio profesional valorado sino también una herramienta indispensable para el cumplimiento y éxito de la labor que nos proponemos con estos grupos, así como de la tarea hospitalaria en su conjunto...”.

Continúan los coordinadores:

“Muy pronto, fue apareciendo en escena y tomando jerarquía indiscutible nuestra ausencia y falta de participación dentro del espacio de supervisión e intercambio sistemático con el equipo de salud. Se empezó a dar así un juego de ausencia-presencia truncado, que nos hizo sentir, casi inmediatamente, que esta vez había algo distinto, algo dislocado o fuera de lugar, hasta podría llegar a decirse “esquizofrénico” en su mismo desarrollo, sesión tras sesión y mes a mes con el grupo.

Dicho aislamiento, a su vez, no solamente se podía apreciar en el lugar, el día y el horario de reunión o en la asistencia irregular y casi siempre escasa de los participantes, sino también en las mismas posibilidades de realizar con idoneidad nuestro trabajo, que sentíamos, cada vez más, desviado y cuestionado desde el punto de vista ético, clínico e institucional.

Aislamiento y desprendimiento brutal, entonces, que nos provocó tanto a los coordinadores como al grupo en su conjunto, un sentimiento de extrañeza, abandono y perplejidad, haciendo que todo lo que conocíamos y dábamos por hecho desde el proceso grupal y la labor del Centro, ahora parecía caerse y dispersarse en mil pedazos.

De esta manera, y durante todo el año pasado, comenzaron a aparecer algunas interrogantes fundamentales, que hoy se actualizan tras haber normalizado nuestra situación laboral y profesional en el Centro: ¿cómo proponer y desarrollar con esta población un proceso de trabajo grupal, si nosotros mismos estábamos por fuera del compás del equipo y la supervisión?; ¿cómo soportar y viabilizar el ineludible desfasaje entre nuestra labor y la labor del Centro que ocurría en paralelo?; ¿qué pasa con nuestras aspiraciones, objetivos e ideales profesionales en torno al trabajo que nos planteamos con estos grupos y el Centro?; ¿es ético trabajar sin la supervisión del equipo de trabajo?; después de todo, ¿no estaremos reproduciendo todo aquello que justamente pretendemos modificar desde nuestra labor hospitalaria?; ¿tiene efectos iatrogénicos trabajar con los grupos sin el apoyo y la orientación de la supervisión y el equipo de salud? y, finalmente, en las condiciones de trabajo existentes, ¿dónde están los límites y dónde las limitaciones de nuestra práctica?...

En relación con este punto, la propia dinámica de algunas sesiones era ilustrativa, cuando, en varias oportunidades, los miembros del grupo hacían notar las ausencias recurrentes de sus compañeros o quizás nuestra propia forma de ser y estar como coordinadores, evidenciaban, en realidad, otras ausencias y carencias más sutiles, que se actualizaban y se repetían transferencialmente en diversos momentos del proceso de trabajo con el grupo”.

Todo esto, entonces, nos lleva a afirmar una idea, más allá de nuestra circunstancia y experiencia particular del año pasado, y es que creemos fundamental para la labor profesional que nos proponemos, entender la supervisión y el trabajo en equipo como un espacio esencial que nos permite siempre rescatarnos y elaborar lo imprevisto, tolerar la frustración, el no saber, manejar nuestra propia omnipotencia e impotencia así como mostrarnos los límites y las posibilidades reales del alcance de nuestra tarea, de forma de facilitar la salida de situaciones que nos paralizan y alejan de nuestros objetivos, para ubicarse, por el contrario, desde lo que sí se tiene y sí se puede hacer, aceptando, a su vez, las carencias y, en definitiva, disponer de la supervisión y el trabajo en equipo como herramientas.

Asimismo, y para seguir problematizando un poco más: ¿qué sucede con lo que el grupo deposita en cada uno de los coordinadores, en tanto somos esa pareja aparentemente indestructible, sin carencias, con poder, y que todo lo sabe y lo puede?; ¿dónde termina la ilusión y la fantasía de estar idealmente unidos como grupo y comienza la desilusión y la desconfianza de que las cosas no son ni funcionan como lo esperábamos tanto en unos como en otros?...

En suma, la instancia de la supervisión y el intercambio con el equipo de salud, tienen para nosotros una importancia central, como espacio y función privilegiada ejercida colectivamente para el mejor desarrollo y éxito de la tarea hospitalaria. Se trata, entonces, de un lugar que opera al modo de un tercero, si se quiere, y en donde se habilita, a su vez, una escucha distinta, que vea a través de las múltiples intervenciones y la forma de llevar adelante las sesiones por parte de cada uno de los coordinadores, que vea a través de aquello que está entre dicho y escrito entre líneas en el texto del grupo. Cabeza pensante de muchos, que permite el aprendizaje colectivo y la necesaria desagregación de la transferencia, de forma de guiar y proyectar el trabajo en su conjunto así como integrar mejor los distintos y complejos aspectos implicados en los vínculos que se desarrollan dentro de estos grupos.

De no ser así, corremos el riesgo de que el grupo-hospital, se transforme en un escenario donde se actúen los dramas y las comedias de lo que no está pudiendo ser dicho y tramitado entre los profesionales que están a cargo de los mismos e integran el equipo de salud. El poder pensar sobre estos riesgos a los que estamos expuestos durante el ejercicio de nuestra vocación, justifica con

creces el valor y el lugar de privilegio que le damos a este espacio de reflexión y profundización, a la supervisión y al trabajo en equipo”.

Reflexiones finales. Recomendaciones

El hecho de que el grupo, al cual valoran positivamente, se realice en el Centro Diurno, ayuda para que el hospital no quede tan asociado a los sentimientos ambivalentes que relatan, otorgando, entonces, a los pacientes, un sentimiento alentador con respecto al futuro.

De esta manera, entonces, pensamos que contribuye a que la relación con el sistema sanitario sea, en general, más fluida y la adhesión al tratamiento mucho menos resistida. Así, se hace más viable que la posibilidad de pedir ayuda tanto por parte de ellos como por parte sus familias, pilares fundamentales en el proceso de rehabilitación, se encuentre facilitada.

Para lograr esto, es crucial que el paciente se involucre activamente en lo que le pasa, adquiriendo responsabilidad de su propio padecer, una vez que éste adquiere un significado, y que su adhesión al tratamiento sea mucho más auténtico.

Pensamos que utilizar este tipo de abordaje grupal, con las características mencionadas, ofrece un recurso viable para el trabajo presente y futuro con este tipo de pacientes, si bien no cabe duda que su evaluación deberá someterse a pruebas de investigación, hecho del que aún estamos lejos.

Pero lo cierto es que, hoy por hoy, los recursos existen y son valiosos, tanto la semiología como la evolución y el pronóstico de estas afecciones han cambiado. Pero para lograr esto, no sólo deben existir dichos recursos, sino que estos se tornarán útiles, en la medida que puedan ser usados y difundidos, porque es indudable que aún permanece un hiatus entre la experiencia de internación y los posteriores tratamientos rehabilitadores, espacio que intentamos acortar, con la propuesta de los tratamientos grupales de egreso con una orientación psicoanalítica (aunque no es la única). Sin embargo, a nuestro modo de ver, nos enfrentamos con un importante problema que quisiéramos compartir, y por ello lo traemos hoy aquí.

Nosotros trabajamos, apuntando a generar la demanda e interés en continuar el proceso de rehabilitación en otros centros a largo plazo. Pero ellos, hoy día son pocos, y trabajan con carencias donde los procesos integradores son escasos, incluso, los cupos son limitados, con lo que nos topamos con la situación de “embudo” antes mencionada.

De esta forma, la derivación se dificulta, si bien tenemos la convicción (avalada por la clínica y que debiera complementarse por la investigación) de la importancia y, más aún, la riqueza que el abordaje grupal de orientación psicoanalítica tiene para ayudar a los pacientes graves, no sólo a mitigar su sufrimiento, sino a cooperar en el proceso de autonomía y inserción social, al que todo individuo tiene derecho.

Y en esto, los aportes del psicoanálisis, ofrecen un amplio campo para el futuro del mismo, si bien aún muy poco explorado, en la medida que éste quede integrado en la red sanitaria global, y en su

incorporación a los medios hospitalarios en particular, donde nos encontramos con otro tipo de seres marginados socialmente, de los que aún, por el momento, nos hemos hecho poco cargo. Falta mucho camino, entonces, por recorrer.

Es por las razones expuestas y presentadas hoy aquí, tal vez en un manuscrito largo pero necesario, que vemos con agrado la invitación de parte de APU al Profesor J. Tizón, y desde ya ofrecemos la colaboración de nuestro grupo de trabajo, aún pequeño, pero con muchas perspectivas de crecimiento futuras.

De aquí, entonces, la invitación a aquellos miembros de APU que se muestren interesados, en concurrir a nuestro grupo de trabajo, que se realiza semanalmente los miércoles, desde la hora 12 a las 13.15, en el Hospital Vilardebó (Centro Diurno, coordinado y dirigido por la Dra. C. Ceroni)

Asimismo, que la visita del Profesor J. Tizón, no se convierta en una transmisión relativamente pasiva de su experiencia, sino que, por el contrario, se transforme en una interlocución e intercambio de experiencias que en nuestro país, si bien con recursos aún limitados, lleva ya varios años.

Por ello, no podemos dejar de enfatizar aquí, las dificultades encontradas a lo largo de estos 4 años de trabajo, de las cuales, podrían surgir **recomendaciones futuras**:

1) El ya mencionado problema que se nos abre, una vez tenida en cuenta esta primera etapa de la experiencia de egreso: la tranca que se nos impone frente a los pocos Centros existentes que se ocupan de estos pacientes, a lo que se suma, entonces, la escasez de cupos para continuar con estas medidas posteriores, con tratamientos más integradores así como con un proceso de investigación que acompañe la tarea.

2) Proponer a las autoridades encargadas de estos problemas, un plan que, si bien sería a pensar y perfeccionar en un futuro próximo, tome en cuenta 4 dificultades básicas, a saber:

a) El contar con un Sistema Nacional Integrado de Salud, abocado en el momento actual a la reforma del sistema de salud (cambio del modelo de atención), y al logro de las metas asistenciales.

b) Un sistema mutual muy limitado en el campo de la salud mental, y que muy poco puede ofrecer hoy día para el abordaje de este tipo de pacientes.

c) El mismo estado de marginalización de estas personas, que no son, precisamente, por sus características, las que acuden a solicitarnos ayuda espontáneamente.

d) El proceso de formación y trabajo de los técnicos que se ocupan de este tipo de abordajes. Se trata de una carencia importante, que implica desde la preparación profesional hasta la inserción laboral.

En el caso más puntual nuestro, en los grupos de egreso, aunque esto podría hacerse extensivo a la mayor parte del personal que se ocupa de esta problemática, éste trabajo no puede ser honorario. Con pena vamos viendo que gente capaz que se acerca a nuestro grupo de trabajo, es gente joven y con muchas inquietudes. Pero comenzamos un proceso de formación, que ya de por sí es limitado, y esos jóvenes que se nos aproximan con entusiasmo, se ven frustrados, porque, frente a las demandas que la vida les impone (casarse, formar una familia, trabajar en condiciones apropiadas, etcétera), deben alejarse de estas tareas, para poder insertarse en otras que les ofrecen mejores oportunidades.

Es por lo antedicho en los párrafos a), b), c) y d), entonces, que proponemos, al encontrarnos hoy en una situación más privilegiada frente al inicio del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que, tal vez, si se pudiera brindar soluciones económicas a estos proyectos, hoy día podrían tener mucha mayor viabilidad.

Esbozamos así, un plan en parte ya iniciado, que con las modificaciones futuras que esto demande, hoy lo veríamos con una viabilidad más que posible.

Se trataría de un aporte Mutua, que sería debitado desde el Sistema Nacional de Salud, para promover el funcionamiento y creación de Centros de rehabilitación, en el entendido que el sistema mutua, hoy día, prácticamente no tiene, o es muy pobre, lo que puede aportar para el tratamiento de estos pacientes crónicos.

De esta forma, se verían beneficiados no sólo estas personas, que de una u otra forma acuden en nuestra ayuda, sino también la formación y fuentes laborales para aquellos que realmente se sientan atraídos y, a la vez, con capacidades adecuadas, para enrolarse en este tipo de trabajos.

Y ni que hablar de las pensiones de incapacidad, tema que ha aparecido sistemáticamente en nuestro trabajo y que deberían abrir, más que un muy limitado recurso de supervivencia para estos “pobres”, una posibilidad de recuperación de autonomía, aunque más no fuera mínimo, a través de su rehabilitación.