

Aportaciones de la psicología social y la concepción operativa de grupo en el tratamiento del psicótico en un Hospital de Día

Dolores LORENZO LOPEZ
*Hospital de Día y Unidad de
Docencia y Psicoterapia. Granada*

Resumen

La dimensión psicosocial de la locura, las condiciones institucionales, sociales y técnicas necesarias en el tratamiento de la psicosis, son objeto de reflexión en este trabajo dentro del contexto de la psicología social y la teoría de grupo operativo. Para ello tomaremos como referente el trabajo que, desde hace seis años, se viene realizando en el Hospital de Día de Granada.

Palabras clave: Psicosis, psicoterapia de grupo, aprendizaje operativo, hospital de día.

Abstract

The psychosocial dimension of insanity and the institutional, social and technical conditions necessary in the treatment of psychosis are the object of reflection in this paper within the context of social psychology and operative group theory. To facilitate this we will concern ourselves with the work which has been carried out for the last six years in the Day Hospital in Granada.

Key words: Psychosis, group psychoterapy, operative training, Day Hospital.

El modelo teórico que enmarca este trabajo se asienta en la psicología social y la concepción operativa de grupo. *Del psicoanálisis a la psicología social* es el título de una obra de E. Pinchon Riviere, quien en los años cincuenta inaugura esta disciplina (Pichón Riviére, 1971). La conceptualización que el psicoanálisis hace del sujeto, la teoría de vínculo, la

teoría de campo de K. Lewin y, también, el pensamiento dialéctico, son fuente y origen de esta psicología social, que toma al grupo como objeto de investigación e intervención.

La investigación de la psicología social se centra en el *hombre en situación*, es decir, el estudio de los vínculos interpersonales que se dan en un contexto

social e histórico determinado (Pichon Riviere, 1971). Así el enfermo será portavoz de su grupo familiar, su conducta cobrará sentido en ese contexto relacional, será resultado del juego de adjudicación y asunción de roles; el «loco», en sus síntomas, nos contará su historia y la de su familia (Bauleo, 1977).

El primer epígrafe lo dedicaremos a considerar algunos de los efectos de la reforma psiquiátrica que hoy complejizan la tarea asistencial. En segundo lugar describiremos el Hospital de Día de Granada como dispositivo de la red de salud mental. En tercer lugar nos centraremos en la función terapéutica y en las condiciones que permiten el proceso terapéutico; desde el análisis de los programas de actuación del Hospital de Día se facilitará el planteamiento de un diseño terapéutico en el tratamiento de la psicosis. En último lugar, abordaremos el estudio del equipo asistencial como instrumento terapéutico.

Algunos efectos de la reforma psiquiátrica

En este apartado no haremos referencia de un modo extenso al proceso de la reforma psiquiátrica, del que ya existe abundante bibliografía, pero sí quisiéramos reflexionar, al acercarnos al mundo de la locura, sobre algunas situaciones y fenómenos que forman parte de una historia que está actualmente presente.

La crítica a la institución manicomial y a ciertas prácticas psiquiátricas que lo sustentaban, fomentó hace muchos años diversos movimientos sociales y profesionales, creando una nueva cultura acerca de la asistencia psiquiátrica (Castel y Castel, 1980). De todo ello, hoy en día

hemos llegado a una conclusión irrenunciable: los manicomios y las instituciones asilares no responden a las necesidades de los pacientes y, por tanto, no son lugares para *la cura* (Basaglia, 1972).

En la década de los años treinta y cuarenta, dentro de un marco dinámico y psicoanalítico, se investigó y trabajó en nuevos enfoques sobre la psicosis como, por ejemplo, el estudio de la incidencia del medio familiar en esta patología y el desarrollo de técnicas terapéuticas grupales.

En los años cincuenta, junto con el importante descubrimiento de la clorpromacina, comienzan por primera vez a ensayarse tratamientos psicoterapéuticos con pacientes psicóticos. Esto significa que se empieza a contemplar a la *persona* y no meramente a *la enfermedad*.

A partir de entonces la aportación de la psicología comienza a ser más relevante, tomando como objeto de estudio el comportamiento, es decir, la conducta y su interacción con el medio social familiar. Se investiga y se trabaja con una producción científica que en los últimos años es muy abundante.

El no al manicomio, el cierre de las instituciones asilares, significa también muchas contradicciones y conflictos. *Se devuelve a la sociedad aquello que ella excluyó*: retorna al sistema sanitario algo que ésta mantuvo al margen. Las paredes físicas se pueden tirar, pero ¿y las mentales? ¿y la ideología que sustentaba estos asilos? Son cuestiones que actualmente no están resueltas.

Hoy escuchamos, leemos y observamos actitudes, también entre los profesionales, que inciden sobre esta cues-

ción. Tal sería el caso de frases como «no se puede hacer nada»; «esto no tiene cura»; «necesito que mi hijo esté encerrado»; «¿qué hacemos con estos pacientes?»; «hay que crear nuevos centros psiquiátricos...». También comenzamos a hablar de los «crónicos jóvenes».

Nos guste o no, hay algo más: esta población pone al descubierto las fracturas de nuestro sistema capitalista de producción. Este factor social y económico *se cuele* en nuestra práctica asistencial y psicoterapéutica a pesar de los frecuentes intentos de disociación entre lo *técnico* y lo *ideológico* que se constata en diversas prácticas profesionales. De esta forma se producen con frecuencia acumulación de problemáticas sociales en unidades o dispositivos de rehabilitación; acumulación que actualiza, de alguna forma, la ideología manicomial.

También en el abordaje de la rehabilitación tendríamos que tener presente el *para qué* y no sólo el *por qué*. Creemos que es el paciente el que tiene que dar respuesta a ese *para qué*, qué quiere hacer con su vida y qué es lo que realmente puede hacer. A veces corremos el peligro de ser nosotros quienes definamos el *para qué*, el *por qué*, el *cómo*, y mientras tanto los pacientes se quedan sin palabra o sin poner en crítica su propia posición social.

Estar «loco» sirve también para mantener al paciente fuera de los circuitos socialmente aceptados. El «loco» no tienen sitio o, más precisamente, su sitio es la protección institucional. Pero no todos los «enfermos» son iguales, las diferencias sociales también se juegan entre ellos. Hay una población que carece de recursos económicos y por ello engrosa la llamada *bolsa de marginalidad*, si a esto

añadimos sus padecimientos y sus déficits, la situación se hace más intolerable. El sistema que contribuyó a crear esta realidad, va paliándola con ayudas, beneficencia y pagas de invalidez. Todos sabemos que donde encontramos más dificultades es cuando abordamos la rehabilitación y reinserción y, más concretamente, en el área laboral, es decir, en el ámbito de la producción. Y no porque estos pacientes no puedan producir, sino porque la manera en que pueden hacerlo les sitúan al margen de lo que el sistema actual sustenta como valor en el sistema productivo. Por todo esto, nos parece prioritario tener en cuenta esta realidad en nuestros tratamientos.

Un efecto importante de la reforma psiquiátrica ha sido la entrada de los psicólogos en el sistema sanitario. La formación de estos profesionales (ampliada con el postgrado de psicología clínica), les permite acercarse al tratamiento del psicótico abordando no solo su enfermedad sino también el comportamiento total del sujeto, es decir, sus relaciones, la influencia del medio socio-familiar, los aprendizajes que están presentes en su conducta actual, etc. Esta formación les facilitará, por tanto, un campo de actuación que amplía el de la psiquiatría tradicional.

Es interesante constatar cómo el tratamiento de la psicosis, o las llamadas enfermedades mentales graves, ha sido durante años el campo de la psiquiatría. Es a partir de la búsqueda de nuevas alternativas y la creación de diversos dispositivos asistenciales, cuando el psicólogo clínico va tomando como campo de actuación la atención de estos pacientes (y más específicamente en la Comunidad Autónoma Andaluza). Ninguna

teoría científica tiene hoy la última palabra sobre la psicosis; queda mucho camino aún.

Pero lo que es innegable es que el psicólogo, en los dispositivos donde trabaja, está ofreciendo modelos de actuación y también algo que nos parece importante: actitudes y estilos no tan *derrocionistas*, al enfrentarse con la locura. Es posible que el esfuerzo, hoy por hoy, se haya puesto más en el campo de la rehabilitación, pero también es cierto que es una necesidad urgente en el proceso de cierre de los manicomios, y en esta aventura el psicólogo está muy presente. Un hecho histórico que comenzó sin él y está siendo recorrido por él.

El Hospital de Día de Granada

En el diseño y puesta en marcha de la red de servicios de salud mental en la Comunidad Autónoma Andaluza no se contemplaba la creación de hospitales de día. En Granada surge con carácter experimental. En esta provincia, poco antes de la reforma de 1986, ya venía funcionando un hospital de día. Este hecho, junto con la creación de la Unidad de Docencia y Psicoterapia como programa de formación dirigida a profesionales de la red y a profesionales en formación de postgrado, son la base del actual hospital de día.

A lo largo de estos años, ambas instituciones, que nacen intrínsecamente ligadas, se han desarrollado paralelamente, conformando así una identidad diferenciada, con programas y objetivos distintos, aunque coordinándose en las actividades de formación.

Se define administrativamente el hospital de día como un dispositivo in-

termedio y de apoyo a otros servicios de la red de salud mental. Para poder enmarcar adecuadamente las funciones y objetivos de este centro, es necesario conocer que su puesta en marcha es coincidente con los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y que, hasta el verano de 1993, no comienza a funcionar la Unidad de Rehabilitación de Área.

En su primera época, el hospital de día cumplía las funciones de apoyo al ESMD en el abordaje psicoterapéutico de patologías graves (cuadros depresivos, psicosis, trastornos de personalidad). Sin perder esta función de apoyo, hemos ido perfilando más adecuadamente nuestros programas, así como el tipo de pacientes que son más subsidiarios de los mismos. De esta forma, actualmente el Hospital de Día es un recurso provincial dentro de los diversos programas de atención a la psicosis.

La coordinación con otros dispositivos de la red es una tarea central; de este modo pueden programarse objetivos de forma conjunta y estudiar las indicaciones para la derivación.

En los últimos años se han venido realizando intervenciones coordinadas con las dos unidades de salud mental hospitalaria. De esta forma, pacientes ingresados en dichas unidades, acuden al hospital de día durante las mañanas, como paso previo al alta o bien con el objetivo de limitar el tiempo de estancia del ingreso. En esta población se da la característica de presentar dificultades para la atención ambulatoria ya que o no suelen acudir a las citas, o necesitan una atención continuada y contenedora. Otro factor que incide en la idoneidad de la derivación al hospital de día es la frecuente reactivación del cuadro agudo en pacientes que carecen de un soporte familiar adecuado.

El equipo esta formado por dos auxiliares psiquiátricos que realizan también funciones de monitores en el taller, una terapeuta ocupacional, una enfermera, un administrativo, dos psiquiatras y una psicóloga.

El número de pacientes que pueden asumirse es de cincuenta. Veinticinco de los cuales se encuadran en lo que denominamos ingreso a tiempo total y veinticinco en programas y actividades concretas a tiempo parcial.

En la primera categoría, ingreso a tiempo total, el paciente, que permanece en el centro durante toda la mañana, de lunes a viernes, sigue una serie de programas que tienen como ejes centrales tratamientos psicoterapéuticos y terapia ocupacional. El tipo de población hacia la que dirigimos esta modalidad es encuadrable en las siguientes categorías:

- a) Pacientes en situación aguda, que presentan una sintomatología delirante, con descompensaciones que no requieren un ingreso en unidad de hospitalización.
- b) Pacientes con graves dificultades y déficits relacionales, con tendencia al aislamiento y mutismo.
- c) Pacientes en los que la patología familiar incide negativamente en su proceso de restablecimiento.
- d) Pacientes que, aún conservando sus capacidades de interacción, se mantienen aislados, sin grupos de referencia y sin apenas inserción social.
- e) También se incluyen aquellos pacientes que no tienen conciencia de conflicto, con tendencia a abandonar la medicación y carentes, por tanto, de autocuidados.

Como se puede apreciar en esta descripción, aunque podemos encuadrar los grupos a partir de distintos diagnósticos psicopatológicos y perfiles psicológicos, tiene más peso la situación actual por la que el paciente atraviesa, así como la presencia o no de soporte familiar y social.

Los programas de tiempo parcial, contemplan dos modalidades:

- a) Pacientes que requieren fundamentalmente una intervención psicoterapéutica y en los que no se dan pérdidas importantes de sus vínculos relacionales, familiares y sociales.
- b) Pacientes que viven fuera de la capital y para los que el traslado diario al centro supone un coste psíquico y económico importante.

Con objeto de dar pasos paulatinos hacia el alta en el hospital y la derivación a su ESMD, diseñamos para algunos pacientes el paso de un ingreso de tiempo total a parcial, de manera que puedan ir separándose, de forma adecuada, de la atención continuada que hasta ese momento venían recibiendo.

Cuando un paciente llega al hospital de día, pasa por entrevistas de evaluación. La indicación posterior de la modalidad de tratamiento así como los primeros objetivos del mismo, son analizados y diseñados con presencia de todo el equipo. Posteriormente se enmarcan progresivamente los objetivos específicos y los tratamientos psicoterapéuticos que se consideran más adecuados. La familia se incluye en el programa asistencial; previamente también en el proceso de evaluación del paciente. En los casos en los que se considera necesario

-y es factible- diseñamos una intervención terapéutica específica con la familia.

Una vez diseñados los programas individualizados, cada uno de los pacientes es integrado en algunas de las siguientes actividades:

- Psicoterapia individual.
 - Control y seguimiento de medicación.
 - Actividades de terapia ocupacional.
 - Psicoterapia de grupo.
 - Psicodrama.
 - Grupos comunitarios (asambleas).
 - Grupo de psicopintura.
 - Atención específica de enfermería: autocuidados.
 - Terapias y/o entrevistas familiares.
 - Grupo de información a familiares.
 - Apoyo social, búsqueda de talleres ocupacionales, información e integración en cursos del INEM, colaboración con la escuela de adultos.
 - Club social, coordinado por el trabajador social y formado, sobre todo, por expacientes del hospital, los cuales se reúnen una vez a la semana para organizar actividades de ocio.
- Actividades en las que se ha integrado la asociación de familiares.

Hasta aquí una descripción del funcionamiento formal y organizativo del hospital de día. En los epígrafes siguientes haremos consideraciones sobre los procesos terapéuticos y las condiciones que facilitan o entorpecen el tratamiento de la psicosis. El análisis que realizaremos tratará de ir más allá de las condiciones específicas del hospital del día, considerándose como punto de referencia el trabajo realizado desde la función de psicólogo clínico.

La función terapéutica. Condiciones que hacen posible el proceso terapéutico

El hospital de día, en el marco de la asistencia en salud mental, será considerado por un lado desde un punto de vista funcional, es decir, como un instrumento terapéutico, en la medida en que se privilegian las relaciones interpersonales y el aprendizaje por la experiencia. Por otro lado será considerado como un contexto que se organiza a través de las interacciones entre el grupo de pacientes, los familiares y el equipo de dicho dispositivo.

La psicología social pone el énfasis en el estudio de las relaciones interpersonales. Su campo de investigación será el individuo, el grupo, la institución y la sociedad. Son distintos ámbitos que atraviesan y dan significado a la conducta tanto patológica como sana del individuo (Bleger, 1970). Este enfoque teórico sitúa el par salud-enfermedad como momentos de un mismo proceso en la vida del ser humano; de este modo, dar cuenta e intervenir en uno de ellos llevará a incluir el otro par.

La función terapéutica de la coordinación e integración de programas

Uno de los efectos de esta conceptualización será organizar los programas de atención al paciente psicótico, integrando tanto la prevención y cuidado de la salud como la asistencia psicoterapéutica y la rehabilitación. Vamos a dar prioridad a una intervención o a otra en relación a las necesidades y demandas del paciente, teniendo en cuenta que éstas se

producen en un momento determinado de su evolución. Con frecuencia sucede lo contrario en las salas de internamiento, en la cuáles, por ejemplo, se niega todo aquello que no haga referencia a la enfermedad. Por otro lado, en muchas ocasiones las intervenciones en rehabilitación buscan sólo hacerse cargo de la normalidad. Tendremos que pensar si ésta disociación responde más a la organización administrativa y a los modelos profesionales, que a la situación concreta y necesidades del paciente.

Los recursos institucionales tendrán que permitirnos, por tanto, adecuar nuestras respuestas a la situación actual del paciente. Por situación actual queremos designar tanto su padecimiento como las respuestas del medio familiar, sus recursos económicos y sociales, así como lo que el paciente nos pide.

Los psicóticos han aprendido con demasiada frecuencia que son los otros, su familia, los profesionales sanitarios, quienes deciden qué, dónde, y el cómo de su tratamiento. La pasividad y dependencia que conforman en ocasiones su relación con el mundo, facilita esta situación en la que quedan atrapados. Hay que tener en cuenta la fragmentación y disociación que sufren estas personas con la invasión del mundo psicótico; ésto sería suficiente para que nuestras actuaciones tiendan a integrar y no a dividir más ese mundo psicótico. De esta manera, la coordinación entre servicios y la organización de los tratamientos debe obedecer no sólo a una necesidad de utilización más adecuada de los recursos, sino también a un objetivo específicamente terapéutico: ayudarles a integrar su mundo interno, facilitando una relación con el mundo externo no frag-

mentada (Pichón Riviére, 1971). Un ejemplo de esta formulación es que podemos intervenir en la recuperación de los déficits cognitivos y sociales, dotándoles también de un espacio psicoterapéutico grupal, individual y familiar. Si las indicaciones o derivaciones se fundamentan en objetivos de los dispositivos más que en las necesidades actuales del paciente, negando una visión total de él (de su persona), colaboraremos en potenciar sus relaciones vinculares parciales (Pichón Riviére, 1980).

No negamos que cada dispositivo deba tener funciones específicas. El riesgo no reside en las actividades específicas que organiza, sino en que los profesionales se acerquen a la relación con el psicótico negando cualquier discurso de éste que no se ajuste a estas funciones. Este hecho se refleja, en lenguaje coloquial, en frases como: «este paciente es de URA» (Unidad de Rehabilitación de Area). La expresión *es de* refleja, en muchos casos, una ruptura en la continuidad de cuidados. Los pacientes nos enseñan lo contrario. Escogen el lugar y el profesional que para ellos son su referente, donde vuelven cuando necesitan ayuda, siempre y cuando nosotros les demos la posibilidad de permitirles establecer un vínculo terapéutico, asumiendo un rol de acompañantes y continentes.

El encuentro con el psicótico.

El contexto terapéutico

El encuentro con el paciente siempre se realiza en un marco determinado, la locura, la conducta del sujeto va a desplegarse de acuerdo con ese marco desde donde se le recibe (Mannoni, 1976).

Esta es una de las razones por las que el psicólogo clínico contempla en su labor terapéutica el estudio de las condiciones institucionales que facilitan o impiden el proceso terapéutico (Bleger, 1971). El estudio de las instituciones, los efectos de las mismas en la patología y el comportamiento del psicótico, son parte de su tarea.

El encuentro terapéutico es una relación compleja. Por un lado, el paciente se nos presenta con múltiples relaciones que integran su historia; nos trae a su familia, sus grupos relacionales, sus experiencias en las crisis y/o en los internamientos, el aprendizaje con otros profesionales, sus expectativas, su propio modelo sobre la enfermedad y la salud. El profesional también pone en juego en ese encuentro su personalidad, los aprendizajes de los grupos por los que transitó en su formación y su experiencia de vida, sus relaciones con el equipo y el dispositivo donde trabaja. Ambos comparten la cultura e ideología que sobre la locura existe en nuestra sociedad, así como el temor, la ansiedad e impotencia que con frecuencia genera.

De esta forma, comienza un encuentro donde cada uno aporta el papel asignado socialmente, que deberá pasar a ser funcional; es decir, el papel de técnico y enfermo serán lugares definidos por la tarea psicoterapéutica. En este sentido, la presunción ideológica de que el técnico es el sano y la enfermedad se sitúa del otro lado, se pone en cuestión. En el espacio de la relación psicoterapéutica, como decíamos en líneas anteriores, se da un juego de interrelaciones donde lo que uno dice y hace tiene efecto en el otro y viceversa. Esta relación

irá permitiendo que el psicótico reestructure vínculos anteriores fallidos. Así, la personalidad del terapeuta, su formación, los efectos que le producen el contacto con la locura, serán tomados como elementos terapéuticos.

Con frecuencia, en las reuniones de profesionales se pone actualmente de manifiesto la preocupación de *qué hacer* con lo que denominamos *los jóvenes crónicos*. Creemos que este tema merece una reflexión desde la perspectiva que venimos desarrollando en este trabajo.

El joven psicótico crónico fue entrando en esa cronicidad acompañado de nuestras intervenciones y tratamientos. No son ya fruto del manicomio. El sistema sanitario es para estos pacientes y sus familias un entorno que entra en su vida cotidiana. Nosotros, los profesionales, formamos parte ya de sus experiencias y de su empobrecido mundo relacional.

En ocasiones, nos planteamos cómo buscar y encontrar recursos para esta población. Quizás es momento de interrogarnos y evaluar qué efectos están teniendo nuestras prácticas. Sabemos que a mayor cronicidad, más estereotipada queda la vida del psicótico. El fantasma de lo *incurable* se asienta como un temor y un obstáculo tanto para él como para su familia y, por qué no, también para los profesionales.

Otro enfoque y perspectiva nueva reaparece cuando, como así plantea la psicología, tomamos como objeto de estudio y de intervención la conducta total del individuo, deteniéndonos a considerar qué áreas son más deficitarias, qué capacidades están presentes en él aunque oscurecidas por las crisis, de qué modo establece sus relaciones con el medio y cómo éste posibilita o no su

crecimiento, maduración y autonomía (también nosotros somos su medio).

Si el concepto de psicosis y cronicidad nos remite sólo a la enfermedad como algo estático y esencial, cualquier actuación -ya sea rehabilitadora, terapéutica y de reinserción social- serán meras prótesis. Si no *creemos* en lo que hacemos, *el psicótico sabrá de nuestra impostura*, percibiendo más allá de lo que le comunicamos explícitamente; con ello colaboraremos a mantenerle en un estado de indefensión.

El grupo como instrumento terapéutico

Como hemos mencionado anteriormente, la organización básica del hospital de día se estructura a través de la creación de distintos *setting* grupales (psicoterapia de grupo, grupo comunitario, psicodrama, etc.). No deben ser entendidas estas actividades sólo como sucesivas técnicas psicoterapéuticas. Pretendemos (no siempre lo conseguimos) que el espacio relacional sea el instrumento terapéutico privilegiado en nuestra concepción y, por tanto, en las indicaciones y diseños terapéuticos.

Hemos podido observar (observación que creemos compartir con más profesionales) que son muchas las situaciones terapéuticas que se producen en el marco de un espacio donde se juegan diversas relaciones, no dándose de esta forma sólo las diseñadas y perfiladas para tal fin. (García Badaraco, 1990). El contacto de los pacientes en el bar y en los pasillos, la comunicación con el auxiliar y de éste con la familia en el «chiringuito» de la secretaria, etc., son lugares donde se produce verdaderas

situaciones terapéuticas. De este modo se amplían las posibilidades de apoyo y de fomento de la individualidad, que tanto falta en la psicosis.

Lograr que el hospital de día, o cualquier otro dispositivo cumpla *las funciones de continente y de espacio transicional*, será una función terapéutica (Winnicott, 1981). Actuar como continente significa crear las condiciones *de seguridad emocional* que permita al psicótico poner y mostrar en relación con los profesionales y con otros compañeros su locura, temores y sufrimiento, con la certeza de que ese mundo exterior va a soportar y no sancionar estas vivencias.

El grupo y la grupalidad se constituyen en espacios de intermediación entre el individuo y su medio (Bauleo, 1982), facilitando así una experiencia correctora de aprendizajes anteriores. La comunicación que se establece entre los pacientes en los encuentros, tanto formales como informales, tiene un efecto terapéutico importante si la institución y el equipo se muestran como posibilitadores y continentes de estas relaciones; somos modelos de identidad para ellos, por tanto podemos o no favorecer la autonomía y la individualización.

Los momentos de compartir con otros las crisis, la soledad, la tristeza, junto con los aconteceres de la vida cotidiana, favorecen la no disociación entre la salud y la enfermedad, integrando esos aspectos en la normalización de su desarrollo. En muchas ocasiones los pacientes que han salido de una situación aguda son verdaderos objetos de identificación y de aprendizaje para esos otros que están sucumbiendo a su pensamiento delirante. Este juego de identidades y de com-

partir procesos, se manifiesta y es sustancial a la tarea de la psicoterapia grupal.

Perseguir el objetivo de lograr la autonomía e individualidad en la psicosis, a partir y desde la experiencia grupal, significa dotar al individuo de recursos e instrumentos que faciliten los cambios que necesita ir realizando para una adaptación que implica capacidad para transformar el entorno, el medio donde el paciente desarrolla su vida. Así, al lograr ese objetivo, se dará también una modificación en la relación que el psicótico tiene con los servicios asistenciales, es decir, podrá usarlos cuando sus necesidades así lo requieran, tendrá capacidad de elegir el tratamiento y abandonará la actitud de dependencia.

La organización de espacios grupales de corta duración, donde los encuadres regulen el inicio y el final del tratamiento, es de suma importancia. El psicótico es el paciente que más sucumbe a los intentos de separación. Así, en el diseño terapéutico grupal, contemplamos un período de evaluación donde el paciente, sus compañeros y el terapeuta, tomarán la palabra; el alta o la continuidad del tratamiento será producto de la valoración de los tres elementos que constituyen el proceso grupal (Bauleo, 1990).

La organización de encuadres permanentes grupales, no tiene sólo el valor de estructurar un tiempo y un espacio, sino que también cumplen la función de contención y depositación de las partes más psicóticas de los integrantes, facilitándose así un lugar, como decíamos anteriormente, de seguridad emocional (Bleger 1989). La discriminación y diferenciación (Searles, 1966) que permite este encuadre, son aspectos de los que más faltan en la personalidad de éstos pacientes.

La experiencia de incluir pacientes que llamamos de larga evolución en los espacios de tratamiento grupal, tiene una incidencia positiva en la recuperación de su propia autoestima. Conocemos cómo ellos tienen a menudo una imagen demasiado dañada y deteriorada de sí mismo, la vivencia de incapacidad que sienten es tan elevada en ocasiones como esa omnipotencia que le encierra en su mundo narcisista, donde la vida cotidiana, la relación con otros, es evitada ante el temor de la frustración e insatisfacción.

El aprendizaje que produce trabajar con otros en una tarea común, va a permitir al psicótico jugar distintos roles, tendiendo en el inicio del proceso a reproducir los papeles que ha ido asumiendo en su historia. La intervención del terapeuta y del resto de los integrantes, favorecerá la toma de conciencia del por qué y del para qué de este lugar estereotipado.

El equipo como instrumento terapéutico

Si en cualquier dispositivo asistencial el trabajo en equipo es importante, en la atención del paciente psicótico es imprescindible. Conocemos la disociación que experimenta el psicótico en su contacto con el mundo relacional. Con cada uno de los profesionales del equipo mostrará y pondrá en juego partes de su *self* (Crespo, 1988). Así, con unos hablará de fútbol, con otros dará cuenta de sus ideas delirantes, otros representarán para él alguna figura parental y con otros permanecerá en silencio.

De ahí que, técnicamente, es necesario crear y mantener un espacio donde el

equipo pueda revertir esas partes de las que cada uno de los componentes se hace cargo. Esa confluencia de opiniones permitirá ir integrando un conocimiento sobre el paciente como una totalidad. A su vez, ésta visión favorecerá que cada profesional pueda devolverle una imagen completa de él mismo.

Las reuniones de equipo deberían cumplir, entre otros objetivos, el de coordinarse en función del objeto de investigación y de intervención: el paciente. De este modo el equipo podrá ir construyendo un esquema referencial común que les permita también tener una visión coordinada del trabajo que realiza cada uno, siguiendo pautas de actuación que serán diseñadas con la participación de todos; así el conocimiento y los focos de observación de cada profesional permitirán un diseño terapéutico más abarcativo.

El cuidado del psicótico es una tarea del equipo (Racamier, 1983). Este será para el paciente un intermediario entre su mundo interno y el de afuera, será el tercero que le permita ordenar sus relaciones, abandonando las situaciones simbióticas tan enloquecedoras que forman parte de su desarrollo. Ocupar este lugar no es una tarea fácil; habrá que buscar cómo ser objetos disponibles y discretos para el psicótico (Racamier, 1983). No es fácil permitir, por ejemplo, al estar junto a ellos, que sus vivencias de destrucción (que les hace temer el contacto) no se vuelva en contra suya ante nuestra incapacidad de tolerar esos sentimientos. Ello complejiza ese acompañamiento que tanto precisan.

El equipo tendrá que crear un espacio psicológico tranquilizador, contene-

dor y por tanto terapéutico. Necesitará arbitrar medidas para su autocuidado, tendrá que ser para él mismo continente de las ansiedades que genera y alimenta el contacto con la locura. Las reuniones, con encuadres y objetivos precisos, serán espacios donde podrá integrar los programas, las pautas de funcionamiento y las dificultades técnicas, con los afectos movilizados tanto en la relación con el paciente, como las que se generan en las propias relaciones entre los profesionales.

El psicólogo clínico, formado en el campo de lo grupal y en la psicología social, contará con instrumentos teórico-técnicos que le permita tener en cuenta de qué modo la conducta de un miembro del equipo está intrínsecamente ligada a su tarea profesional y a las relaciones interpersonales con los otros miembros del *staff*. Así como conocer los efectos de las relaciones institucionales en su rol profesional.

Hoy en día, nadie pone en duda que la presencia del observador sobre el campo que investiga es una variable a tener en cuenta (Devereux, 1977). La ansiedad que genera el contacto con el mundo psicótico, puede ser un instrumento terapéutico siempre y cuando sepamos tolerarla; el acercamiento a lo desconocido (y la locura tiene mucho de desconocimiento para nosotros), genera un motor de ansiedad que es, a su vez, un motor de conocimiento (Bleger, 1971).

Tener en cuenta los efectos que nos genera la relación con esta población -es decir, dar cuentas de nuestra contratransferencia y su instrumentación- será un medio de conocer al otro a través de lo que nos provoca la relación con él.

Referencias

- BASAGLIA, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Seix Barral.
- BAULEO, A. (1982). *Ideología, grupo y familia*. México: Folios.
- BAULEO, A. (1990). *La concepción operativa de grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- BLEGER, J. (1970). *Temas de psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- BLEGER, J. (1971). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEGER, J. (1989). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- CASTEL, F. y CASTEL, R. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Anagrama.
- CRESPO, L. (1988). *Paradojas y metamorfosis de los esquizofrénicos*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- DEVEREUX, G. (1977). *De la ausencia al método en las ciencias del comportamiento*. Madrid: Siglo XXI.
- GARCÍA BADARACO, J. (1990). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Madrid: Siglo XXI.
- MANNONI, M. (1976). *El psiquiatra, su loco y el psicoanalista*. México: Siglo XXI.
- PICHON RIVIERE, E. (1971). *Del psicoanalista a la psicología social*. Tomo I-II. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHON RIVIERE, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- SEARLES, H. (1966). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa.
- RACAMIER P.C. (1983). *Los esquizofrénicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- WINNICOTT, D.W. (1981). *Escritos sobre pediatría*. Barcelona: Lara.