

Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TECNICAS DE GRUPO

Fundada en 1972

MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO
(IAGP)

Presidente de Honor: J. Palet. **Socios de Honor:** L. Pelayo, F. Peñarubia. **Presidentes Anteriores:**
A. Gállego, J.L. Martí-Tusquets, J.L. Moreno, L. Cabrero, J.L. Lledó, R. Inocencio, P. Falcón.

JUNTA DIRECTIVA:

PRESIDENTE

Enrique Alonso Espiga

VICEPRESIDENTA

María Josefa García Callado

SECRETARIA

Amaia Mauriz Etxabe

VICESECRETARIA

Concepción Oneca Eransus

TESORERO

Gregorio Armañanzas Ros

VOCAL DE PRENSA

Hanne Campos

VOCAL ZONA NORTE

Francisca Vargas Real

VOCAL ZONA ESTE

Concha Pastor Moreno

VOCAL ZONA CENTRO

Victor de Dios Galocha

VOCAL LIBRE

Roberto Inocencio Biangel

VOCAL ZONA SUR

VOCAL DE FORMACION

Pablo Falcón Alonso

MONOGRAFIA I

SUPLEMENTO (DIC. 1991)

XIX SYMPOSIUM SEPTG

Vitoria (Alava) 28, 29 y 30 de Abril de 1991

«Los Fenómenos Grupales en la Comunidad Terapéutica»

COORDINADOR DE LA PONENCIA:

Javier Díaz Estévez

COORDINADOR DEL SYMPOSIUM:

Victor Ortega Zarzosa

INDICE

EDITORIAL	3
«LA MASCARA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA» por Maite Pi, Isabel Pérez y Miguel Andreu	5
«LOS FENOMENOS GRUPALES EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA» por Julián Ibañez de Opacua	9
«DINAMICA COMUNITARIA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN NUESTRA COMUNIDAD TERAPEUTICA «OSKAR PFISTER» por Victor De Dios Galocha y María Victoria González Quintana	17
«PREPROYECTO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE MALAGA» por Yolanda González Cámara, Emilio Mármol Bautista y Pedro Vega Vega	40
COMENTARIO A LA MONOGRAFIA I DE LA SEPTG SOBRE: «COMUNIDAD TERAPEUTICA Y/O TERAPIA DE LA COMUNIDAD»	57
POSTDATA	61

EDITORIAL

Para el XIX Symposium de Vitoria, algunas presentaciones no llegaron a tiempo para poder ser incluídas en la Monografía I que habíamos preparado sobre el tema de las Comunidades Terapéuticas. Por otra parte, los que estábamos reunidos en Vitoria pensamos que valía la pena insistir en la reflexión y elaboración de este tema por la importancia teórica y práctica que tiene para todos que trabajamos en el ámbito social y grupal. En consecuencia, decidimos dedicar también el XX Symposium de Valencia a él. Por estas razones, la Junta Directiva de la SEPTG en su última reunión del 9 de noviembre 1991 decidió publicar un Suplemento para poder dar cabida a estos trabajos.

Aprovechamos esta oportunidad para retomar algunas de las ideas que guiaron la publicación de la Monografía I. Un hecho a tomar en cuenta sería el siguiente: Aunque el marco de referencia de «comunidades terapéuticas» surge en el mundo anglosajón alrededor de la Segunda Guerra Mundial, esta práctica, aunque parece que no tanto su teoría, ha tenido su propio desarrollo en España. Plasmar por escrito este desarrollo es la única manera que nos permite evaluar nuestros planteamientos y pensar las salidas futuras a las que aspiramos. Esta evaluación pasa por nuestro grupo profesional, y ninguna plataforma más idónea que la de la SEPTG, multidisciplinar en el sentido más amplio. Se trata de una labor continua y colectiva que exige cualquier praxis profesional y que a menudo es olvidada. No se trata de evaluar si las prácticas actuales son «buenas o malas». En principio todos las experiencias que se relatan, por ejemplo, en las Monografías se pueden dar por «buenas» en cuanto dedican tiempo a entender las personas y su circunstancia implicadas en cada proyecto y por esta misma razón tendrán efectos positivos. En cambio, quizás se trataría más de preguntarnos si nuestras prácticas son eficaces en función de los objetivos marcados o, también, cuáles son o podrían ser nuestros objetivos en cuánto colectivo humano. Dijimos en la Monografía I: «Creemos que el microcosmos de la comunidad terapéutica y lo que pensamos a partir de él puede aportar luz a otras situaciones de convivencia colectiva, social e institucional y, no en último término, también de las propias asociaciones profesionales». Vivimos en un mundo donde parece difícil si no imposible el plantear nuestros problemas de manera colectiva y encontrar soluciones solidarias. La mayoría de los proyectos llamados «sociales» o «grupales» no son más que iniciativas individuales que encuentran resonancias masivas puntuales. Parecería que nuestro colectivo profesional ocupa una posición privilegiada para plantearse el para qué y el cómo de nuestra convivencia.

Otra cuestión a tomar en cuenta sería la función de la palabra escrita, es decir de

la publicación, en el ámbito de una asociación profesional, diferenciándola de la función de la palabra hablada, es decir del diálogo. Estamos muy lejos de entender bien estas funciones. Para manejar constructivamente los efectos auto y/o heterodestructivos de la simbolización, proponemos la hipótesis de que debería haber un proceso continuo en el que se suceden diálogo y publicación. Apuntamos en la Monografía I que la Teoría de Sistemas nos permite pensar que los sistemas «superiores» o teorías, por razones extrínsecas al contenido que transmiten, se convierten en lenguajes socialmente dominantes, es decir alienantes para las personas que se identifican con ellas. Aspiramos a que el XX Symposium de la SEPTG, lugar de diálogo por excelencia, nos permita cuestionar las alienaciones implícitas en nuestros escritos y encontrar las formulaciones adecuadas para los objetivos futuros.

Enlazando con el XIX Symposium de Vitoria en abril 1991, el presente Suplemento se abre con una reflexión de los conductores del taller sobre «La Máscara de la Comunidad Terapéutica». Lamentamos no poder incluir los comentarios sobre el taller de «Marionetas» ya que los colegas que lo condujeron no han contestado a nuestra petición. Por otra parte, creemos importante recordar que los restantes talleres convocados en Vitoria versaron sobre la sexualidad del hombre y de la mujer: en busca de un diálogo. En futuros diálogos de la SEPTG podría resultar creativo recordar que fueron precisamente éstas y no otras las temáticas que aparecían alrededor del tema de las comunidades terapéuticas.

También en relación al XIX Symposium, quisieramos informar que nuestros colegas anfitriones, el Organizador del Symposium Victor Ortega Zarzosa y la Secretaria del Symposium Francisca Vargas Real, hicieron el enorme esfuerzo de transcribir los 96 páginas de diálogo del Symposium registrado en cinta magnetofónica. La posible edición y/o publicación están siendo consideradas en la Junta Directiva. Si alguien estuviera interesado en la transcripción en sí, les rogamos ponerse en contacto con Victor o Paqui.

El resto de las contribuciones recogidas en el presente Suplemento se integran en el apartado de «trabajos en curso...» de la Monografía y esperan vuestro diálogo a fondo en Valencia.

No olvidéis tener a mano lápiz y papel cuando os disponéis a leer la Monografía y/o el presente Suplemento. Lectura para nosotros profesionales significa leer críticamente y poner lo propio, implicarse. Cualquiera de vuestras asociaciones e ideas tienen su importancia para todos nosotros.

LA MASCARA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

por Maite Pi, Isabel Pérez y Miguel Andreu

¿Por qué un taller de máscaras?

La máscara es uno de los inventos más antiguos de la historia del hombre y que de una manera u otra se encuentra en todas las sociedades. En los pueblos más primitivos donde la comunicación verbal no tenía un papel tan preponderante se utilizaba la máscara como elemento litúrgico, expresión de categorías sociales, creación artística, etc., adquiriendo por sí misma todo un bagaje cultural y comunicativo.

La historia de la máscara ha ido evolucionando y así nos encontramos que en los pueblos actuales es utilizada como expresión de arte (teatro, mimo, danza...), como divertimento (carnaval, mascaradas, juegos...), o con un fin terapéutico (objeto intermediario y objeto intra-intermediario), sin olvidar la utilización del «maquillaje» que más o menos socialmente aceptado querría conseguir una imagen ideal que a su vez fuera seductora para el otro.

El marco del Symposium de la SEPTG (Vitoria 1991) ofrecía la posibilidad de un espacio de taller donde poder llevar a cabo una técnica grupal, no solo verbal, y que a la vez tuviera relación con el tema del Symposium. Pensamos que la puesta en escena de un taller de máscaras de maquillaje podría aportar un material distinto al que iría surgiendo a lo largo de los encuentros en el gran grupo. En nuestra experiencia esta técnica la veníamos utilizando con un grupo de pacientes psicóticos del Hospital de Día de Tarragona y la introducíamos cuando el paciente era capaz mínimamente de establecer relaciones interpersonales, pero quedaba coartado-bloqueado cuando se ponía en juego una relación de grupo. Sin duda la utilización de la máscara como objeto intermediario facilitaba que cosas nunca dichas por el paciente aparecieran en estas situaciones («juegos») no tan comprometidas para él. En psicodrama, la máscara al margen de ocultar de alguna manera al protagonista de la mirada de los demás, permitiría revelar y hacer aparecer contenidos que, conflictivos o no, no son del todo manejables por él.

En un trabajo progresivo con máscaras al principio se utilizarían las máscaras de cartulina, que serían más defensivas, donde el rostro quedaría protegido y al pintar sobre una superficie neutra y para todos iguales, la propia cara no

queda comprometida. En una segunda etapa la máscara se realizaría sobre la propia cara (máscara de maquillaje), aquí uno queda «pegado» a la máscara, sin posibilidad de quitársela; la base de la máscara ya no es neutra sino que es el propio rostro. Los colores, las formas... harán surgir imágenes, personajes, conflictos... a partir de un íntimo contacto con su piel, a través de la estimulación sensorial mano-rostro y la retroalimentación visual (si se trabaja con espejo), «mi interioridad aflorando a mi rostro».

La idea inicial era realizar el taller en dos días (una sesión diaria) con el mismo grupo y a través de las siguientes etapas:

- 1.- Recorrido y reconocimiento del espacio, buscando un lugar cómodo donde uno quiera estar.
- 2.- Relajación.
- 3.- Exploración táctil de la cara con los ojos cerrados; sentir, descubrir el propio rostro.
- 4.- Observación del rostro en un espejo con y sin movimiento.
- 5.- Maquillaje del rostro ante el espejo dejando que cada trazo dé lugar a la aparición de otro trazo.
- 6.- Buscar una postura corporal que se adecúe a esta máscara y que los otros den un nombre a esta figura.
- 7.- Dramatización entre máscaras.
- 9.- Comentarios finales.

Por limitación de tiempo y falta de espacio adecuado sólo se pudo hacer una sesión, por lo que se modificaron las etapas previstas. Se inició el taller con un reconocimiento del espacio donde nos hallábamos, buscando ese lugar donde uno se sintiera cómodo tanto posturalmente como en la distancia grupal, un lugar que a su vez despertara una cierta intimidad. Con los ojos cerrados cada uno debía realizar un recorrido táctil por sus manos y posteriormente por su cara. Luego se les entregó a los participantes un espejo donde contemplar su cara, sus rasgos estáticos y en movimiento, descubriéndose aquí algunas de las posibilidades de las distintas «más-caras» que existen en la propia cara. A continuación se les propuso realizar una máscara de maquillaje utilizando barras de pintura de teatro sin negarles la posibilidad de la dactilopintura (en la utilización del lápiz de pintura hay un mayor control y oico, mientras que en la dactilopintura el control es menor) y como consigna se dió: «La Máscara de la Comunidad Terapéutica». Tras un período de interiorización donde cada uno

intentaba despertar aquellas facetas más creativas y encontrar una primera pista que a su vez le sugiriera otras, se fueron enmascarando, compartiendo las pinturas que se hallaban en el centro de la sala. El grupo se había colocado siguiendo una forma natural más o menos en círculo, se utilizaron todos los colores, y el tipo de máscaras que fueron creándose abarcaban prácticamente toda la superficie de la cara integrándose en los rasgos particulares de cada uno, estableciéndose así una continuidad cara-máscara. Pudimos observar como antes de conseguir la máscara final que cada uno de ellos había creado toda una secuencia de máscaras en las que los rasgos iniciales eran algunas veces cubiertos, otras borrados y otras realzados; una máscara revelaba a su vez otra, como buscando un mundo de personajes y representaciones que iban apareciendo y desapareciendo, reflejando en ellas sentimientos y tendencias ocultas.

A continuación, uno a uno los participantes realizaron las presentaciones de los personajes e in-corporaban una postura de acorde con la máscara. El resto del grupo la observaba desde distintos ángulos y le daba un nombre/título a aquella figura, así aparecieron los siguientes personajes:

- 1.- «Una guerrera contra el viento y la tempestad»
- 2.- «¿Qué tal están ustedes?»
- 3.- «El arlequín agotado»
- 4.- «Pidiendo a gritos»
- 5.- «Ambiguo»
- 6.- «De espaldas al mundo y con miedo»
- 7.- «Ahí os dejo y me voy»
- 8.- «¿Qué pasa? y vos ¿quién sois?»
- 9.- «Lo normal»

Con estos títulos los participantes elaboraron una frase que grupalmente definió la «Comunidad Terapéutica». Así tomó forma el siguiente texto:

«¿Qué tal están ustedes?. Ambiguo, porque está el arlequín agotado y una guerrera contra el viento y la tempestad pidiendo a gritos lo normal, de espaldas al mundo y con miedo. Allí os dejo y me voy. ¿Qué pasa? y vos ¿quién sois?»

A continuación se pasó a la etapa de comentarios donde cada participante relató sus vivencias durante el taller. Se contrastaron las dificultades expresivas-creativas que había tenido cada uno, los momentos de confusión al pintarse

(elección de colores, primeros trazos de la máscara...) y cómo de ellos surgía algo espontáneo, algo que se sentía como muy propio. Al pintarse en cierta medida se oculta la cara, se la desfigura, pero a la vez cada rasgo de la máscara muestra aspectos de la intimidad. Para algunos era la primera vez que participaban en un taller de máscaras y relataban la sensación de haber estado viviendo una «aventura», también de haber vivenciado una sensación de aislamiento y de encuentro con algo «propio y a la vez desconocido». Otro comentó que tal vez la música que sonaba de fondo durante la realización del taller le había condicionado de manera «depresiva» en la elaboración de la máscara. Alguien se refirió que se había dejado llevar por su mano que pintaba y la imagen que le iba devolviendo el espejo y como «aquello que al principio no tenía sentido fue adquiriendo sentido»... algo así como pasar del acto al pensamiento. Finalmente hubo un consenso general en considerar que el texto final del taller podía muy bien definir lo que en el Symposium se debatía sobre la Comunidad Terapéutica.

Participantes del taller:

José Javier Aguirre
Hanne Campos
M.Paz Durán
Gemma González
Ana Rosa Guerrero
Helen McCormack
Emilio Mármol
Isabel Pascual
José Antonio Rica

«CENTRO DE CRISIS Y COMUNIDADES TERAPEUTICAS. EL MODELO DE FUNCIONAMIENTO DE LA ARBOURS ASSOCIATION, LONDRES.»

por Julián Ibañez de Opacua

INTRODUCCION

La asociación Arbours de Londres se fundó hace 20 años con el objetivo de ofrecer un servicio alternativo de tratamiento para las llamadas «enfermedades mentales». La manera en la que los pioneros de la organización decidieron llevar a cabo su tarea fue mediante la creación de comunidades terapéuticas. Estas comunidades se utilizaron como refugio y como lugares en los que formas de sentir y de comportarse, normalmente consideradas anormales, insanas, inaceptables o locas, pudieran ser expresadas y comprendidas.

Arbours ha evolucionado con el paso del tiempo. A las Comunidades Terapéuticas se les unió posteriormente un centro de Crisis, un plan de formación en psicoterapia psicoanalítica, y un servicio de consulta, evaluación y derivación de clientes. Esta evolución también ha significado una mayor estructuración y un mayor énfasis en psicoterapia, tanto individual como grupal.

Esta presentación se va a centrar en las Comunidades Terapéuticas y en el Centro de Crisis. Intentaré explicar su funcionamiento y las diferencias entre ambos. A veces se da el caso de situaciones críticas en las comunidades, y una de las alternativas a considerar es la utilización del Centro de Crisis. El porqué y el cómo de este tipo de intervención terapéutica constituirá la segunda parte de mi trabajo.

Actualmente, Arbours tiene tres Comunidades Terapéuticas. En ellas conviven 7-8 residentes, cada uno con su propia habitación, pero compartiendo la cocina, el baño la sala y el jardín. Ocasionalmente, un estudiante vive en la comunidad durante unos meses en período de prácticas. El grupo de residentes se responsabiliza de que la casa se mantenga en buen estado, y para ello ellos establecen turnos de limpieza, así como para hacer la cena, que es generalmente la única comida realizada en comunidad.

Al entrar a formar parte de la comunidad, los residentes se comprometen a

comenzar terapia individual al menos dos veces por semana. Esta terapia tiene lugar fuera de la Comunidad y cada residente tiene un terapeuta distinto. Además de la terapia individual, los residentes tienen que asistir a las dos reuniones grupales semanales realizadas en la comunidad por dos terapeutas llamados Coordinadores, y que son los responsables clínicos de la Comunidad. Otra forma de terapia que se ofrece en las comunidades es la Terapia Artística, mediante la utilización de materiales como pintura y escultura.

La estancia media en las comunidades es de unos 4-5 años. Los residentes eligen los nuevos miembros de la comunidad y discuten la manera en la que prefieren organizar su vida en la casa.

El Centro de Crisis ofrece alojamiento y psicoterapia a personas o familias que se encuentran en un estado de crisis. La duración de la estancia varía desde una semana a un año dependiendo de las circunstancias de cada caso. El centro de Crisis tiene habitaciones para 6 residentes, y la terapia que se ofrece es individual, grupal, artística y corporal.

En general, el Centro de Crisis ofrece una intervención más corta y más intensa que las Comunidades: toda la terapia se desarrolla dentro del Centro, hay un mínimo de 3 sesiones de terapia individual y 4 de terapia grupal a la semana y el número de estudiantes en prácticas es como mínimo de dos. Sin embargo, la diferencia fundamental entre las Comunidades y el Centro de Crisis es que en este último, viven de forma permanente 3 terapeutas, denominados Terapeutas Residentes.

Los tres Terapeutas Residentes comparten el Centro con los 6 residentes. Este factor origina procesos muy distintos de los de la Comunidad Terapéutica y de los de la práctica privada. En el Centro de Crisis, los 3 Terapeutas Residentes y el resto de los terapeutas que trabajan allí son los que toman la mayoría de las decisiones y no el grupo de residentes como ocurre en las Comunidades. En contrapartida, el centro de Crisis no espera el nivel de responsabilidad y compromiso existente en las Comunidades. Esto es debido a que, en la mayoría de los casos, las personas que acuden al Centro se encuentran en una situación emocional muy precaria. Por otra parte, su paso por el Centro, al ser breve, impide en gran manera que se sientan tan involucrados en los asuntos del Centro.

SITUACIONES DE CRISIS EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

En general, crisis se producen cuando los métodos habituales de funcionamien-

to y adaptación se ven desbordados y son incapaces de contener las ansiedades y emociones originadas por una situación nueva.

Por ejemplo, cuando dos miembros de una comunidad comienzan a tener una relación de pareja, esto va a provocar una serie de reacciones emocionales en el grupo: envidia, celos, ira, confusión, etc. La situación puede desembocar en una crisis si la intensidad de dichos sentimientos es tal que se producen peleas, el grupo se divide en facciones, algunos miembros comienzan a no asistir a las reuniones grupales, etc.

Tanto individuos como grupos tienen cierta capacidad de adaptación que les permite la superación de situaciones críticas. En este sentido, las Comunidades Terapéuticas de Arbours utilizan los recursos a su alcance: las reuniones grupales con los coordinadores y el grupo. En una ocasión, John, uno de los residentes en una Comunidad comenzó a sentirse tremendamente ansioso, le era imposible dormir a las noches debido a que había comenzado a tener halucinaciones relacionadas con una parte muy traumática de su infancia. La situación se discutió en las reuniones grupales, donde el grupo expresó sentimientos de miedo y de impotencia frente a la experiencia de John. Finalmente, se llegó a un acuerdo. Uno de los residentes pasaría tres noches seguidas haciendo compañía a John y dormiría durante el día. El resto del grupo se comprometió a no hacer demasiado ruido durante el día para permitir que esta persona descansase. En el ánimo de todos estaba la esperanza que una vez que el período de máxima intensidad hubiera pasado, John se sintiera lo suficientemente seguro de sí mismo como para poder pasar las noches solo, como de hecho ocurrió.

Otro de los casos en los que la crisis se resolvió de manera satisfactoria tuvo lugar en otra de las Comunidades, cuando Laura entró en un período muy autodestructivo. Durante varios días estuvo recluida en su habitación gritando a intervalos y golpeándose la cabeza contra el suelo. En varias ocasiones tuvo que ser sujeta para impedir que se arrojara por la ventana. En esta ocasión los residentes decidieron establecer turnos para estar con Laura y así evitar que Laura se dañara a sí misma. Paralelamente, los Coordinadores aumentaron el número de reuniones con el grupo de forma que también los otros residentes tuvieran más apoyo. Poco a poco la energía y el entusiasmo del grupo en ayudar a Laura disminuyeron, su comportamiento se hizo menos violento y la situación acabó por normalizarse.

En este ejemplo se puede ver cómo la capacidad de contención del grupo se estiró casi al máximo. Los coordinadores, por su parte, respondieron de una manera flexible y aumentaron su presencia en la Comunidad.

En otras ocasiones, los recursos con los que cuentan las Comunidades no son suficientes para manejar la situación y se necesita ayuda del exterior. Así como cuando familias que se encuentran perdidas en medio de sus conflictos o problemas, a veces recurren a la familia extensa, al psiquiatra, terapeuta o sacerdote, Comunidades Terapéuticas pueden necesitar el salir en busca de ayuda externa.

En Arbours a veces esa ayuda llega a través del Centro de Crisis. Una o dos veces al año las Comunidades utilizan el Centro de Crisis de forma que la persona en crisis pasa una o dos semanas allí.

A veces, la alerta de que algo no funciona bien la da el terapeuta individual del residente. Aunque se mantiene una confidencialidad estricta en todo lo relativo a las sesiones terapéuticas, se pueden dar casos como el de Sara, una residente cuya presencia externa no daba ningún motivo de preocupación. Sin embargo, su terapeuta, debido al contenido de las sesiones, llegó a considerar que Sara podía intentar suicidarse. Sin desvelar detalles sobre las mismas, la terapeuta informó del posible peligro a los coordinadores, que, a su vez, llegaron a un acuerdo con Sara para que pasara 3 semanas en el Centro de Crisis.

El terapeuta individual del residente que se encuentra en dificultades toma una parte activa en las discusiones. Se puede dar el caso incluso de reuniones con el residente, los coordinadores de la Comunidad y el terapeuta, en las que la crisis se discute abiertamente.

Los aspectos positivos del traslado temporal de un residente al Centro de Crisis son:

1- Para la Comunidad supone un período de respiro y una oportunidad para reflexionar, pero sin la presión de la crisis sobre el grupo. En el espacio de tiempo en que el «miembro en crisis» se encuentra en el Centro, los coordinadores intentan explorar las implicaciones grupales de la situación en las reuniones semanales.

En general, toda crisis tiene componentes grupales e individuales. El hecho de que uno de los miembros del grupo haya sido identificado como la «persona en crisis» no significa que el resto se encuentre libre de todo tipo de conflictos o ansiedades. La función de los coordinadores sería la de mantener viva y presente la situación de crisis original para que el grupo pueda reflexionar sobre su propia responsabilidad e implicación en la misma.

2- Par la persona en crisis, el traslado al Centro de Crisis supone también un respiro y la posibilidad de tener más espacio para reflexionar. Debido a que el Centro de Crisis proporciona una atención más intensa y especializada, la crisis se puede estudiar más fondo. Los tres terapeutas residentes tienen como función el dar apoyo emocional y al utilizar en las sesiones de terapia lo que observan en la vida cotidiana del Centro. Esta persona, además, se incorpora a un grupo completamente nuevo. Este hecho en sí mismo provoca más de una crisis, pero una vez que el período inicial de asentamiento se completa, el nuevo grupo ofrece grandes posibilidades. Un grupo nuevo supone que no existen preconcepciones sobre el nuevo miembro y que las relaciones interpersonales se empiezan a construir desde cero. Esto fue muy importante en el caso de Robert. La situación en su Comunidad se deterioró debido a que Robert y otro residente tenían discusiones constantemente en un tono muy violento. Al final, era siempre Robert el que no podía contener su furia y acababa rompiendo un plato o amenazando a esa otra persona. El grupo comenzó a ponerle a Robert la etiqueta de «persona violenta y agresiva», simplificando de esa forma una situación mucho más compleja. Es un fenómeno comprobado que cuando a una persona o grupo se le pone una etiqueta, todo su comportamiento se acaba explicando de acuerdo con esa etiqueta, como ocurre con la etiqueta «esquizofrénico»; aún más, la persona o grupo pueden acabar comportándose de acuerdo a los atributos y expectativas achacadas a esa etiqueta. En el caso de Robert, este proceso comenzó a ponerse en marcha. El se encontraba cada vez más descontento con la situación y el ambiente en la comunidad empezó a tomar un cariz más explosivo: existía el riesgo de que las confrontaciones verbales se convirtieran en agresiones físicas. Durante el tiempo que Robert pasó en el Centro de Crisis no se produjo ninguna situación violenta en la que el estuviera implicado. El grupo no tenía ninguna expectativa de ese tipo y Robert pudo relacionarse con el resto de los residentes de una forma distinta. Robert evaluó su estancia de una manera positiva y mantuvo buenos vínculos con el Centro posteriormente.

3- La estancia en el Centro de Crisis constituye una oportunidad para renegociar la vuelta a la Comunidad. Este es un punto esencial, ya que la resolución de la crisis supone que tiene que haber un diálogo con el entorno en el que la crisis se ha producido. El residente en crisis acude a las sesiones de grupo de la Comunidad mientras dura su estancia en el Centro, y es en esas reuniones donde se produce la renegociación. En la mayor parte de los casos, la persona en crisis vuelve a la Comunidad al cabo de unas semanas. En el caso de Sara, por ejemplo, el resultado de esa negociación fue que ella

se comprometió a expresar su estado de ánimo de forma más abierta en las reuniones grupales, para evitar una disociación del tipo que había originado la crisis, y para intentar dar paso a una experiencia más integrada.

Sin embargo, también existen peligros que es importante tener en cuenta a la hora de sugerir que un miembro de la Comunidad resida durante un tiempo en el Centro de Crisis.

En general, en las Comunidades Terapéuticas de Arbours, se produce una idealización del Centro de Crisis. Esto es debido a la presencia de los tres Terapeutas Residentes. El Centro de Crisis se considera como un lugar donde uno es atendido continuamente y donde no se necesita uno preocuparse de obligaciones como hacer la compra, cocinar o coger el metro para ir a terapia. Esta idealización se cae por tierra en el momento en que el nuevo residente toma contacto con la realidad del Centro, ya que aunque el apoyo emocional es muy intenso, no es ilimitado y aunque los residentes no tienen por qué hacer la cena si no quieren, el trabajo terapéutico es difícil y exige un gran esfuerzo.

Una de las dinámicas que se pueden originar es que el grupo intente recurrir al centro de Crisis como la solución a sus males, e intente crear presión para que la «persona en crisis» se traslade lo antes posible. Ante esta presión, los Coordinadores deben resistir la tentación de desembarazarse del problema de esa forma y deben hacer ver al grupo su manera de funcionar. El grupo tiene un potencial terapéutico muy importante y que debe ser utilizado para intentar contener la crisis antes de recurrir a recursos externos. De no ser así, y si una Comunidad funciona librándose de sus miembros cuando las cosas se empiezan a poner difíciles, se puede crear un círculo vicioso en el que el grupo se siente impotente e incapaz de solucionar sus propios conflictos, y es siempre un agente externo el que posee toda la sabiduría, poder y capacidad creadora. En uno de los ejemplos citados anteriormente, el grupo decidió establecer turnos para ayudar a uno de sus miembros, ganando de esa forma en consistencia y en fe en sí mismo. Incluso cuando la crisis no puede ser contenida en la Comunidad y desemboca en una estancia en el Centro de Crisis, es vital que el grupo se sienta implicado en el proceso de tratamiento mediante la asistencia de dicha persona a las reuniones grupales de la Comunidad.

Otro peligro de este modelo es que el grupo cargue toda la responsabilidad de la crisis sobre los hombros del que se encuentre en el centro de Crisis, el fenómeno del «chivo expiatorio». En este sentido, el grupo puede asumir

la actitud de sentirse aliviado y de considerar que una vez que esa persona ya no está en la Comunidad, todos los problemas del grupo cesan de existir. De nuevo aquí la labor de los Coordinadores es fundamental. Por una parte deben mantener viva la discusión sobre las posibles causas de la crisis, incluyendo en esa discusión la persona en crisis, y por otra deben intentar que los otros miembros reflexionen sobre sus propias dificultades y emociones. En el ejemplo de Robert, los Coordinadores enfocaron las sesiones de grupo sobre el tema de la agresividad intentando que fuera expresada más abiertamente. Si todos los miembros del grupo fueran capaces de reconocer que ellos también se sienten furiosos a veces, dejaría de existir la necesidad de etiquetar a nadie y de que haya un «chivo expiatorio».

También es posible que cuando una crisis sucede, se deba a un deseo por parte de la persona en crisis de atacar y castigar al grupo. En casos de intento de suicidio este puede ser un componente importante de tener en cuenta, ya que reflejaría una gran insatisfacción y desencanto frente a las posibilidades de ayuda de la Comunidad.

CONCLUSION

Uno de los objetivos que me gustaría alcanzar con esta exposición es que sirviera de punto de reflexión para profesionales que trabajan en el área de la Salud Mental. Las crisis ocurren en todo tipo de contextos: Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, familias, hospitales, centros de trabajo, etc. y es muy importante el considerar el efecto en el grupo de dicha crisis y de la manera en la que se trata de resolver.

Los terapeutas y otros profesionales de la salud también constituimos un grupo, y como tal estamos expuestos a todo tipo de conflictos y dinámicas grupales.

Arbours es una organización pequeña en la que todo el mundo se conoce por su nombre. Esto facilita mucho la comunicación entre sus distintas partes y hace más ágil el que, por ejemplo, un residente de las Comunidades puede pasar unas semanas en el Centro de Crisis. Sin embargo, existen también conflictos y dificultades entre los distintos terapeutas y subgrupos. Una de las dinámicas existentes está relacionada con la diferencia entre el centro de Crisis y las Comunidades. Existe la percepción de que el Centro de Crisis es un lugar en que los recursos son casi inagotables, y que todo esfuerzo o nuevo proyecto se canaliza hacia el Centro de Crisis, dejando a las Comunidades como las

Cenicientas de la organización. Esta percepción tiene una base real, ya que existe una gran diferencia entre los dos tipos de centro, pero incluso así, es interesante el observar que esta idealización también existe entre los residentes en las Comunidades, los cuales reflejan casi perfectamente la visión de los terapeutas.

Menciono este caso porque a veces corremos el peligro de achacar nuestras propias patologías, individuales o grupales, a nuestros clientes, con lo cual estaríamos dañando a aquellos que intentamos ayudar y promoviendo una imagen distorsionada de nuestro propio grupo. En todo caso de crisis o dificultades es vital el preguntarse honestamente el a quién pertenece la dificultad, y después el actuar incluso cuando el objeto de la intervención seamos nosotros mismos.

«DINAMICA COMUNITARIA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN NUESTRA COMUNIDAD TERAPEUTICA 'OSKAR PFISTER'»

por

Dr. Victor de Dios Galocha

Dra. María Victoria González Quintana

Psicoanalistas de Grupo de la
Residencia-Clínica de Psicoterapia Analítica «Oskar Pfister»

INTRODUCCION

Dejando previamente sentado que lo fundamental en el grupo terapéutico son los movimientos emocionales fantasmáticos del mundo interno ligados a la interrelación de los pacientes entre sí y con los terapeutas, aspecto en el que no vamos a entrar en este trabajo, vamos a ceñirnos al campo de los fenómenos dinámicos comunitarios observables en la convivencia, y que revierten y se aprovechan en el grupo terapéutico. La comunidad terapéutica es objetivamente un lugar privilegiado de fenómenos dinámicos que intentamos lleguen a las sesiones de grupo para ser analizados.

Estos fenómenos grupales son múltiples y nos parece útil en este momento dar una idea global y enumerativa de los más interesantes:

- Tensiones emocionales de convivencia.
- Puesta en escena de patologías encubiertas.
- Actuaciones.
- No aceptación de alguna técnica terapéutica complementaria (terapia ocupacional, psicodrama...).
- Depresiones vacacionales y de fin de semana.
- Actitudes y comportamientos de rechazo de las normas comunitarias.
- Búsqueda compulsiva de pseudosatisfacciones materiales (tabaco, café, comida, bebida, masturbación, erotismo, exigencia de perfección en el funcionamiento material de lo comunitario...).
- Repercusiones dinámicas de liderazgos positivos y negativos.
- Dificultad para hacer compatible la regresión en situaciones terapéuticas, con el funcionamiento adulto en la convivencia comunitaria.
- Emparejamientos, formación de subgrupos, y aislamiento habitual.

- Reacciones especiales ante:
 - . despedidas y nuevas incorporaciones de residentes.
 - . celebraciones de onomásticas de residentes.
 - . visitas periódicas de los padres.
 - . etc.

Sin embargo, nuestro trabajo central, específico, será la presentación de un solo de estos fenómenos dinámicos comunitarios, que nos sirva para ejemplificar la articulación entre DINAMICA COMUNITARIA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO, que a su vez es el título de nuestro trabajo.

Pero, primeramente, y en orden a situar a nuestros posibles lectores, intentaremos realizar un encuadre TEORICO-PRACTICO de nuestra psicoterapia psicoanalítica grupal.

ENCUADRE TEORICO-PRACTICO DE NUESTRA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA GRUPAL:

A.- ENCUADRE TEORICO:

Partimos de la base de que nuestra Institución «Oskar Pfister» tiene un estilo propio bien definido, con características técnico-ideológicas peculiares, que fueron elaboradas hace mucho tiempo por el primitivo grupo Oskar Pfister, dirigido desde su comienzo por Pedro F.-Villamarzo, y que esencialmente son las siguientes: orientación básicamente freudiana, elasticidad de la técnica analítica y continua apertura a la investigación, como características técnicas; mientras que las ideológicas se concretan en aceptación de los principios reguladores del humanismo, trabajo profesional realizado en equipo organizado y proyecto existencial que pretende prolongarse indefinidamente en el tiempo. Esta orientación profesional y humana nos puede servir para entender mejor la definición que de la Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister» consta en nuestros documentos de base:

Se trata de una Clínica-Residencia (con objetivos terapéuticos) de Psicoterapia (para tratamientos fundamentalmente psicológicos) Analítica (psicoterapia exclusivamente psicoanalítica) Freudiana (con psicoanálisis referencialmente clásico) Oskar Pfister (psicoanálisis coherentemente clásico pero profundamente humanista) en régimen comunitario (importancia definitiva del factor terapéutico ambiental, coherentemente armonizado con las leyes y factores de la cura tipo) y cuyo objetivo institucional es la coherente articulación de la técnica activa ferencziana con el psicoanálisis clásico.

Pilar Barquin y Luís García, en su trabajo de investigación sobre COMUNIDADES TERAPEUTICAS, ponen de relieve que en nuestra Comunidad «Oskar Pfister», el régimen comunitario tiene como objetivo fundamental el reforzar y profundizar en el tratamiento analítico individual, a diferencia de otros modelos comunitarios, lo cual traduce muy bien cuáles son nuestras pretensiones al respecto. Así lo expresa Pedro Villamarzo en el curso de Doctorado que impartió sobre nuestra Comunidad: que el factor institucional está al servicio del análisis individual, y no a la inversa, hasta el punto de que la Comunidad no tendría razón de existir si no fuese en función del tratamiento individual de los pacientes.

En coherencia con esta identificación técnica apuntada, la acción terapéutica de la Comunidad se lleva a cabo en tres áreas que, siguiendo a Simmel, podríamos representar por tres círculos concéntricos, cuya importancia es mayor cuanto más interno sea el círculo: el central corresponde al PSICOANALISIS INDIVIDUAL, verdadero corazón o núcleo de la dinámica terapéutica de la Comunidad. El que le sigue más externamente es la PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE GRUPO. Y el tercero o más exterior está ocupado por la VIDA COMUNITARIA.

Mantenemos que el funcionamiento comunitario se rige por los parámetros de un análisis freudiano clásico (leyes de la libre asociación y de la abstinencia, y factores terapéuticos de regresión, transferencia, interpretación y elaboración), que de forma tan clara ha sistematizado Pedro Villamarzo en su trabajo al respecto. Pero es necesaria una inflexión de la técnica psicoanalítica, ya que aceptamos elementos activos, en la línea en que usó Ferenczi las técnicas activas, en sus momentos de menor desmedida técnica. Lo cual supone un reto dialéctico con continuas dificultades a superar y sobre las que reflexionar constantemente.

Concretándolo en nuestra Psicoterapia de Grupo, se basa en esos parámetros del análisis freudiano clásico que acabamos de apuntar, pero extrapolados al grupo, lo cual les confiere características y matices diferentes a los del análisis individual, y en los que brevemente nos vamos a detener.

En primer lugar, los referentes a las LEYES de la LIBRE ASOCIACION y de la ABSTINENCIA. Ambas leyes, que se aplican genéricamente en la Comunidad, son centrales en la Psicoterapia de Grupo, aunque con la «corrección o inflexión» necesaria, ya que en el caso de la ley de la libre asociación, al estar sentados en círculo y cara a cara pacientes y terapeutas, el material con el que fundamentalmente se trabaja se refiere a las interrelaciones de los diversos

componentes en el aquí y el ahora del grupo, en su doble vertiente, tanto transferencial como genética. Y respecto a la ley de la abstinencia - el exclusivo sometimiento al «desfiladero de la palabra», en expresión de LACAN, de todos los contenidos emergentes a partir de la libre asociación, con prohibición de cualquier descarga «actuante» -, regla de oro para el grupo e inclusive para la convivencia comunitaria, tendremos que matizarla en la línea de la flexibilidad técnica, ya que debido a la convivencia comunitaria, los terapeutas de grupo con los pacientes y éstos entre sí tenemos habitualmente una relación extragrupal, que los terapeutas tratamos luego de aprovechar en el grupo cuando surgen esos contenidos, analizando los aspectos patológicos que hemos observado en ellos, del mismo modo que señalamos muchas veces aspectos muy positivos que los enfermos manifiestan y de los que tampoco tienen ninguna conciencia; y ayudándonos también de toda la información que obtenemos de los diversos canales instrumentados en la Comunidad a tal efecto, como más adelante detallaremos. Lo que sí dejamos claro a los pacientes es que el material del que se trata en grupo no puede sacarse fuera de ese contexto, no se puede usar luego como «arma arrojada» en la convivencia comunitaria, en la cual hay que poner en funcionamiento las partes adultas que cada paciente tiene, con la debida corrección y educación que el trato con los demás requiere a nivel de realidad, sobrevolando los conflictos que surgen entre ellos, y en los que cada uno tiene que trabajar analíticamente en los diversos espacios terapéuticos, y no fuera de los mismos.

En cuanto a los FACTORES TERAPEUTICOS, la REGRESION, que consiste en revivir experiencias infantiles, es central en nuestra tarea terapéutica. Nuestra Comunidad está formada especialmente por pacientes psicóticos, borderlines y neuróticos graves, lo que supone que dicha regresión tiene que ser controlada cuidadosamente para que sea terapéutica y no maligna, que el paciente pueda contactar con su parte infantil pero conservando en todo momento esa parte adulta que también tiene y que es la que es necesario que se alie con al analista, y con la Comunidad como extensión de éste, para restaurar esas carencias afectivas profundísimas que todo enfermo psíquico grave posee. Precisamente porque en nuestra psicoterapia grupal trabajamos fundamentalmente con interpretaciones transferenciales directas hacia los terapeutas, logramos unos niveles de regresión que permiten profundizar hasta esos niveles pretraumáticos y traumáticos donde se asienta el conflicto, más concretamente los niveles orales y sádico-anales de tan difícil acceso sin la ayuda Comunitaria.

En segundo lugar, la TRANSFERENCIA, que nace espontáneamente de esa regresión, y consiste en la vinculación del paciente con su analista de tal modo

que le viva inconscientemente como figura significativa de su infancia, debe ser aprovechada DIRECTA y GENETICAMENTE como el factor terapéutico más importante de nuestra terapia grupal. En la línea del ENCUADRE que venimos trabajando, en nuestro grupo se interpreta de forma prevalente la transferencia DIRECTA (con los terapeutas), y de forma más secundaria la transferencia COLATERAL (con los compañeros).

En tercer lugar, la INTERPRETACION, que tiene su verdadero sentido cuando ya están en funcionamiento los dos factores anteriores, pues de lo contrario, lo que se conseguiría es que el paciente reforzase sus resistencias, ante contenidos intolerables que aún no está preparado para reconocer ni asumir. Fabricio NAPOLITANI, describiendo las características del GRUPO-ANALISIS se atreve a decir: «Sobre todo, la tarea del terapeuta no es interpretar». Por supuesto que dicha afirmación tan rotunda hay que entenderla en el contexto de su discurso, el cual se refiere al hipotético, y a nuestro gusto fantástico, postulado de FOULKES según el cual un grupo bien elegido, y a partir de una cierta consolidación del mismo, puede lograr una capacidad autointerpretativa. Pues bien, nuestra conclusión es distinta a la de NAPOLITANI, ya que no creemos que nuestros pacientes comunitarios sean poseedores de esa fortaleza y responsabilidad individual y grupal para poder realizar por sí mismos esa autointerpretación y esa autorregulación de los MUNDOS INTERNO Y EXTERNO que se ponen en liza en la situación analítica grupal, esa autocuración, en último término, con el solo auxilio de una «conducción atenta y discreta». Nuestra posición en el grupo es más asimétrica, aunque pretendemos que los miembros del grupo sean el centro. Por supuesto que el paciente es el que cambia, el que se cura, en función de sus insights o elaboraciones, pero con la imprescindible y clara presencia y la intervención de los coterapeutas. Es posible que esta diferencia no sólo radique en el tipo de pacientes que tratamos en la Comunidad - en su mayoría psicóticos - sino especialmente en el planteamiento técnico psicoanalítico con el que abordamos al paciente.

Y, por último, la ELABORACION, que es el resultado del proceso interno que se desencadena con la interpretación, que da lugar a unos reajustes de la estructura de la personalidad que acaban en el cambio de la misma. Este cambio se produce en el grupo, no sólo a nivel de cada componente, sino que la evolución o el avance del grupo se realiza «en cordada», según expresión afortunada de alguno de nuestros enfermos, queriendo expresar con ese símil de alpinismo, que el avance de cada uno repercute en el avance de los demás, del mismo modo que si alguno temporalmente se estanca influye, a su vez, frenando el avance colectivo grupal.

En torno a estas leyes y factores terapéuticos - intrínsecos al psicoanálisis clásico y a nuestra institución psicoanalítica Oskar Pfister - y a otros complementarios que pretendemos queden, al menos, apuntados en nuestro sintético trabajo de ENCUADRE, nuestros pacientes van ELABORANDO sus conflictos y ensayando nuevas actitudes y comportamientos - («experiencia emocional correctora» de ALEXANDER, o «nuevas conductas» de YALOM) -, y percibimos especialmente el CAMBIO en cuanto a la nueva RELACION DE OBJETO POSITIVA Y RESTAURADORA CON LOS TERAPEUTAS, que va a ser la matriz básica que les permita alcanzar, en adelante, las demás relaciones afectivas. El que en nuestra Comunidad el peso de la técnica terapéutica esté centrado en el psicoanálisis clásico individual y en la psicoterapia psicoanalítica grupal, no es óbice para que aprovechemos, de forma COMPLEMENTARIA, todos aquellos factores terapéuticos que han sido investigados, en la psicoterapia de grupo, por prestigiosos autores. Podemos dejar aquí constancia de los más importantes a través de la selección que realiza el propio YALOM: Aprendizaje existencial y social, aprendizaje interpersonal, información, fenómenos de la universalidad, infundir esperanza, altruismo, identificación, cohesión grupal, reexperiencia emocional correctora...

No podemos entrar en la detallada y extensa descripción del funcionamiento de estas técnicas y factores apuntados, y que rigen nuestra actividad terapéutica, por razones obvias, ya que no es el objeto de este trabajo. Eso sí, quede aquí la promesa de completarlo en un segundo momento. Entonces podremos explicar y profundizar en el gran reto que supone, en nuestra Comunidad Terapéutica, la articulación de las TECNICAS ACTIVAS de corte FERENCZIANO con el PSICOANALISIS CLASICO, aspecto técnico que caracteriza nuestro grupo OSKAR PFISTER desde la prehistoria (en nuestro entronque con PEÑA RETAMA), y nuestra ya larga historia (dieciocho años) en la INSTITUCION OSKAR PFISTER.

Finalmente, como encuadre teórico de nuestra PSICOTERAPIA ANALITICA GRUPAL, en relación con los diversos enfoques psicoterapéuticos tradicionales y actuales, señalar que consideramos al grupo «como una superestructura psíquica global, en tanto que expresión proyectiva y síntesis de los diversos aparatos anímicos de cada uno de los componentes del grupo». Los coterapeutas nos enfrentamos al grupo como un solo y único organismo psíquico, en la línea de la «concepción fantasmática de grupo» o del «aparato psíquico grupal» propios de la Escuela Francesa liderada por D. ANZIEU, R. KÄES y A. BEJARANO, así como de la Escuela Suiza representada por P.B. SCHNEIDER, D. ZIMMERMANN, etc.

Por otra parte, nos identificamos con la integración que René KÄES realiza de las dos posturas clásicas psicoanalíticas, respecto a la visión de los grupos terapéuticos de la Escuela Inglesa liderada por BION y FOULKES: Mientras que BION tiende a interpretar el proceso grupal en función de los «fantasmas» que los miembros proyectan en el grupo, FOULKES lo interpreta a partir de las interacciones que se observan en el mismo. Es decir, que BION parte del sistema psíquico INTERNO, PULSIONAL, mientras que FOULKES lo hace del sistema psíquico EXTERNO, SOCIO-CULTURAL.

Pues bien, cada miembro aporta al grupo este doble sistema INTERNO y EXTERNO del que está constituida su personalidad. Y cada sistema, con sus correspondientes fuerzas y ORGANIZADORES DEL GRUPO, daría lugar a lo que podemos llamar APARATO PSIQUICO GRUPAL, SISTEMA TRANSICIONAL y el GRUPO COMO OBJETO.

Y para terminar, nos parece básico y complementario a estos enfoques teóricos de nuestra concepción de grupo, el abordaje del FENOMENO TRANSFERENCIAL, a través del concepto de GRUPO INTERNO de PICHON RIVIERE y de la TEORIA DE WINNICOTT sobre el OBJETO TRANSICIONAL o ZONA DE LA PARADOJA.

B.- ENCUADRE PRACTICO:

Vamos a realizar una sucinta descripción de la Comunidad, que nos sirva simplemente de marco de referencia para encuadrar nuestra actividad grupal. Al igual que para la creación de la primera Clínica Psicoanalítica de Berlin-Tegel el Dr. Simmel tuvo muy en cuenta el enclave geográfico, en uno de los más antiguos y tranquilos parques berlineses, a orillas del lago Tegel, como conocemos por los diversos escritos de Simmel, podríamos decir que la nuestra se halla situada en uno de los más hermosos y sanos parajes de la sierra madrileña, entre Guadarrama y Cercedilla, en el término municipal de Los Molinos, a 50 Kilómetros de Madrid.

Fue puesta en marcha, hace tres años y medio, como iniciativa privada, y dirección de Pedro F.-Villamarzo, por un amplio grupo de profesionales, psiquiatras y psicólogos, todos ellos con formación psicoanalítica, llevada a cabo en la Comunidad Terapéutica de PEÑA RETAMA, dentro de la cual estábamos incluidos nosotros mismos.

En la actualidad el número de enfermos asciende solamente a doce, aunque la perspectiva sea llegar, como máximo, a doblar esta cifra cuando las circunstancias de diversa índole, en especial las económicas lo permitan.

CARACTERÍSTICAS de nuestra psicoterapia PSICOANALÍTICA GRUPAL en régimen de COMUNIDAD TERAPEUTICA:

El grupo está formado por la totalidad de los pacientes que componen nuestra comunidad, sin excepción alguna y prácticamente desde que ingresan en la clínica.

Como señalábamos previamente, se trata de pacientes con diagnósticos psicopatológicos graves, pero que mantienen una parte sana que les posibilita vivir en régimen de convivencia, pudiendo responsabilizarse de un mínimo de normas, que están impresas con el nombre de «Normas de convivencia y vida comunitaria».

Es un grupo abierto. Los pacientes entran a la Comunidad habiendo sido previamente seleccionados (a través de un riguroso Estudio Clínico con el que se sienta la indicación del tratamiento analítico) en nuestro Centro Psicoanalítico «Oskar Pfister» de Madrid, y cuando llevan ya un cierto tiempo - variable en cada caso - de tratamiento en régimen ambulatorio. El momento idóneo para el ingreso es elegido por el terapeuta del enfermo en cuestión, que también es el que marca, junto con el Director de la Clínica, los objetivos a conseguir durante el internamiento en la misma. Y salen de la Comunidad cuando se les da el alta o si, por algún motivo, se interrumpiese el tratamiento, siendo su lugar ocupado por el nuevo ingreso, que nunca se realiza antes de las 2 o 3 semanas siguientes, con el fin de que el duelo por el compañero que sale no se vea abrupta y prematuramente interrumpido por la tarea de recibir y ayudar a la adaptación del nuevo que ingresa. En todos los casos se continúa el tratamiento ambulatorio que ya se realizaba al comienzo, del que la estancia en la Comunidad no es más que una fase, eso sí, de definitiva importancia.

En estos momentos, de los doce pacientes que físicamente caben en nuestra residencia-clínica, solo hay dos chicas. Curiosa y significativamente en nuestro ambulatorio predominan las chicas pero en la clínica es al revés. Sus edades oscilan entre los veinte y treinta años, son solteros. Respecto a la profesión, cuatro son estudiantes universitarios, tres están a punto de acabar sus carreras a falta de alguna asignatura, y el resto interrumpieron sus estudios sin llegar a tener acceso a la universidad, pues su enfermedad les impidió rendir adecuadamente. Es por tanto, un grupo con un buen nivel cultural, lo cual supone una buena base para ser ayudados por nuestro enfoque técnico psicoanalítico.

La clase socio-económica es media-alta en ocho de los componentes, alta en dos de ellos y de clase media en los dos restantes.

Obviamente, nuestra comunidad es privada, no recibimos ningún tipo de subvención. Sin embargo, algunos pacientes reciben ayudas del Seguro Escolar, de otras entidades sanitarias o de las propias empresas donde trabajan sus padres. Estas ayudas son gestionadas por los familiares.

En relación a la técnica ya han quedado expresados nuestros soportes técnicos, pero ahora solo queremos dejar constancia de un aspecto peculiar de la Institución: LA COTERAPIA. Es decir, las sesiones de grupo siempre corren a cargo de dos terapeutas, uno femenino y otro masculino. Entendemos que ello facilita la proyección hacia los terapeutas de las imágenes parentales de madre y padre, así como una más benigna y menos persecutoria introyección de ambas imágenes. Por ello es importante que un porcentaje alto de los pacientes del grupo realicen también con estos coterapeutas el análisis individual.

El que el grupo esté enclavado en la comunidad, le confiere características especiales, algunas de las cuales suponen una ventaja mientras que otras son más bien un inconveniente.

Entre las características FACILITADORAS podríamos resaltar el gran caudal de INFORMACION con que los terapeutas nos encontramos a la hora de abordar el GRUPO.

Dicha información nos llega desde los siguientes estamentos organizativos y personales de la COMUNIDAD TERAPEUTICA:

- Del contacto con el Director para recabar datos útiles de ENTREVISTAS realizadas por él con residentes y padres de familia que vienen a visitarles periódicamente, así como de TERTULIAS que tienen con él los residentes los finales de semana (en concreto, el sábado después de cenar). Dichas tertulias están encaminadas especialmente a lograr un esclarecimiento cognitivo de sus conflictos profundos. Además recabamos su información general ya que el Director es la persona que cuenta con la más amplia integración e interpretación de lo que ocurre en la Comunidad, a nivel concreto, global y dinámico.
- De la lectura del LIBRO DE GUARDIA, del que vamos a obtener una riquísima información de los siguientes estamentos directivos y técnicos:
 - En primer lugar, los datos procedentes de LA REUNION DE REALIDAD, que el Subdirector Dinámico, Dr. Argaya, tiene todas las semanas (los martes por la mañana) con todos los residentes y con el ama de casa o gobernanta si fuera necesario, para tratar de la problemática real de convivencia general: aspectos domésticos de todo tipo,

deportivos, culturales..., y en especial los lógicos y permanentes problemas interpersonales ligados a la vida en común y a la conflictividad lógica de los pacientes.

- En segundo lugar, en dicho libro queda reflejada sintéticamente la observación privilegiada sobre los residentes que el EQUIPO TECNICO (E.T.) ha ido detectando.
- Dice SIMMEL, y así lo entendemos nosotros que, «el E.T. es la verdadera prolongación extrasensorial de los terapeutas». Que esta afirmación es una realidad, se demuestra leyendo cada día sus observaciones relativas a comportamientos, actitudes, interpretaciones dinámicas, cualquier suceso de interés, que nos permiten a los terapeutas ir bien «equipados» cara al apoyo de nuestras interpretaciones en el grupo, y por supuesto, son una importante aportación informativa para las tareas que toda autoridad técnica o terapéutica tiene que realizar.
- En tercer lugar, podemos ampliar nuestros conocimientos dinámicos a través de datos significativos surgidos en las dos actividades terapéuticas complementarias al análisis individual y grupal, que son EL PSICODRAMA y la TERAPIA OCUPACIONAL, dirigidos por el Dr. LIMBERG REYES y la psicóloga Dña. CARMEN DIEZ, respectivamente.
- INDICACIONES MEDICO-FARMACOLOGICAS realizadas por el Subdirector Clínico, Dr. Gallo, y por el Jefe Clínico, Dr. Blanco, que son anotadas en un libro especial, el LIBRO ROJO, y que nos dan otro tipo de clave para comprender actitudes y conductas especiales.
- Y por último, también se refleja en dicho LIBRO DE GUARDIA los resultados de las TECNICAS DE RELAJACION de base BIOENERGETICA que aplica el psicólogo F. GARCIA ESTEBAN que se dirigen a pacientes que sufren de contracturas musculares u otro tipo de bloqueos psicomotores.

Entre los obstáculos o características PERTURBADORAS que la comunidad proporciona al grupo, señalaríamos, especialmente, la incidencia de «actuaciones» en la convivencia, por las que se descargan a veces una serie de energías que luego no quedan disponibles para el trabajo analítico, tanto en grupo como en las sesiones individuales. Este es un «caballo de batalla», entre otros, con el que hay que luchar constantemente en la Comunidad y en el grupo, cogiendo las situaciones «in status nascendi» como nos transmite P.F.-Villamarzo en su

estudio sobre Simmel, y revisando con frecuencia si cada uno se sitúa en la actitud adecuada para hacer terapéutico el ambiente de la Comunidad y, por tanto, poder ir avanzando por el camino adecuado en su análisis personal.

Cuando el grupo termina realizamos la reunión POSTGRUPO, con dos tipos de fines, de recapitulación y revisión de lo acaecido en el grupo, por una parte, y formativo por otra, ya que se lleva a cabo con el E.T. (Equipo Técnico) que ha estado presente en la sesión grupal, y también con la presencia del director durante breves minutos, en los que sintetizamos las grandes líneas que el grupo ha seguido, y él, a su vez, nos aporta las indicaciones que cree convenientes al respecto.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA COMO LUGAR PRIVILEGIADO DE PRODUCCIÓN Y OBSERVACIÓN DE FENOMENOS DINAMICOS COMUNITARIOS, QUE SIMULTÁNEAMENTE LLEGAN AL GRUPO TERAPEUTICO PARA SER ANALIZADOS.

DESCONTROL AGRESIVO VERBAL ENTRE DOS RESIDENTES:

Se trata de la descripción de un solo caso, de un solo fenómeno, que nos permita ejemplificar - como ya adelantábamos en la introducción - la articulación de la DINAMICA COMUNITARIA con nuestra PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE GRUPO.

INCIDENTE REAL entre dos residentes GLORIA Y JAIME, que es reconstruido a través de los propios compañeros y de ellos mismos: Varios residentes suben a Cercedilla - que es un pueblo situado a 3 Kms. de Los Molinos, donde, como ya dijimos, se encuentra enclavada nuestra Comunidad - en el coche de uno de ellos, Juan Manuel, a comprar un regalo de cumpleaños para otro compañero, cuya onomástica es al día siguiente. Y cuando ya van a bajar a la Clínica, Gloria, que habitualmente suele instalarse en la parte trasera del coche, ante la manifestación de Jaime de que desea ir delante, afirma que ella también quiere hacerlo. Jaime le pide por favor que le deje a él, que va a fumar, pero a pesar de sus insistencias Gloria se niega rotundamente, y Jaime pasa detrás. Y el incidente ya está servido: Jaime empieza a insultar a Gloria y

continúa haciéndolo durante todo el camino, a lo que ella replica en igual tono, sin ninguna contención verbal por parte de ambos. Los insultos continúan dentro ya de la Comunidad, en una escena violentísima y con mayor descontrol verbal aún.

Antecedentes: En esta relación entre Jaime y Gloria hemos de señalar, como antecedente, el que Jaime ingresó en la Comunidad cuando Gloria ya llevaba varios meses en ella, y en una primera época de su estancia en la Clínica intentó que ella cubriera sus expectativas amorosas, especialmente a nivel maternal. Pero fue en vano, porque Gloria siempre le rechazó, con grandes resentimientos y tristezas por parte de Jaime.

Diagnóstico: Respecto al diagnóstico, el de Jaime es de esquizofrenia paranoide. Y el de Gloria es de psicosis melancólica con episodios anoréxicos.

Pasamos a exponer los datos recogidos en el LIBRO DE GUARDIA por el Equipo Técnico (E.T.) que está de servicio en la Comunidad cada día, desde el lunes en que sucedió el incidente hasta el momento en que se elabora la situación en el grupo terapéutico (las sesiones de grupo se llevan a cabo con una frecuencia de tres por semana, lunes, miércoles y viernes, y su duración es de hora y cuarto, de diez y media a doce menos cuarto de la mañana). Son datos que suponen una preciosa descripción, no sólo de los hechos, sino incluso, en muchas ocasiones, de los dinamismos subyacentes, ya que todos son psicólogos o psiquiatras con una seria y dilatada formación analítica, recibida en nuestro Instituto Superior de Estudios Freudianos de Madrid.

LUNES:

E. Mozo (médico de guardia), a la que Gloria vive muchas veces persecutoriamente, haciéndola depositaria de sus objetos malos internamente escindidos: «Después de la merienda ha habido una pelea verbal fuerte entre Jaime y Gloria, desencadenada por una discusión sin importancia que han tenido al venir de comprar el regalo de Juan Lucas en Cercedilla, y el tema era quién ocupaba el asiento del copiloto en el coche de Juan Manuel. Se han dicho lo más fuerte que les ha pasado por la cabeza, mentando a sus respectivos progenitores en tono no precisamente amable, finalizando el suceso con un portazo de Gloria y transmitiéndose mutuos deseos de ver muerto al otro. Cuando voy a llevar a Teresa Sánchez (psicóloga de guardia saliente) a la estación, encuentro a Gloria en la puerta de la desesperación: «qué amargura, nadie me quiere, qué sola estoy». La invito a venir con nosotras y lo acepta. Ha

seguido llorando y la he encontrado muy, pero que muy blandita (generalmente su coraza caracterial es fortísima y difícilmente se deja ayudar, y menos por mí). Habla de sus deformaciones de la realidad, la intento hacer ver, ante situaciones puntuales que expresa, cómo vive rechazos donde no los hay. Acepta su dificultad de pedir, y reconoce que sólo es posible que algunas personas nos acerquemos a ella en situaciones en las que está destrozada. Respecto al enganche con Jaime, me ha parecido que había mucha carga debajo, que tendrán que ventilar en grupo, y así se lo he indicado a los dos».

C. Ortiz (psicóloga de guardia): «Jaime se sentía con mucha rabia, se le había caído una mancha en el precioso cuadro que lleva pintando estos días en Terapia Ocupacional estimulado por Carmen Díez (psicóloga y terapeuta ocupacional), y además al intentar borrarla la había esparcido más, por lo que luego se sentía culpable por su descontrol y muy triste con el rechazo por parte de Gloria, quien conoce el niño que él lleva dentro y se lo maltrata (como antaño)».

MARTES:

Al día siguiente, martes, tiene lugar la Reunión de Realidad semanal, a cargo de A. Argaya (Subdirector Dinámico de la Comunidad) que reseña lo siguiente: «En la reunión de realidad no se han expresado, ni Gloria ni Jaime, en relación con el incidente de ayer tarde. Tal vez sea mejor no dar más trascendencia al encontronazo y dejar que lo ventilen en el grupo y en sus sesiones individuales».

El terapeuta individual masculino de Jaime, M. Arroyo, deja anotado lo siguiente: Respecto al episodio de ayer entre Jaime y Gloria, Jaime ha retomado muy bien. Se siente triste y un tanto culpable por su repentina explosión. A la vez le ha servido para retomar y profundizar todo ello en la sesión».

C. Ortiz: «Gloria estuvo casi toda la tarde haciendo de mamá con «un gorrioncito picoteado por una maldita urraca», luego fue con Juan Manuel a conducir un poquito, que está aprendiendo. Jaime un poco aislado pero bien, majo».

MIÉRCOLES:

Llega el miércoles y con él el grupo terapéutico: Ha constado de dos partes plenamente diferenciadas. La primera en la línea elaborativa de esta última época, y la segunda centrada en un enfrentamiento encarnizado entre Jaime y

Gloria. Y es que cuando hay un acontecimiento agudo en la Comunidad, del que el anteriormente descrito puede ser un ejemplo, durante un tiempo se ven invadidas por él no sólo la Comunidad y la mente de cada paciente sino que, al ser vertido espontáneamente en el grupo, invade también la dinámica grupal, pasando a ser su centro, e interrumpiendo la dinámica grupal habitual hasta que se elabora la situación.

El tema de la primera parte es estimulado al principio por la rica experiencia vivida ayer por Juan Lucas en la celebración que hicieron de su cumpleaños, y la forma emocionada en que recibió los regalos de sus compañeros (un oso de peluche y un reloj). Y se centra en la tristeza que siente cada uno por lo que le ha faltado en su infancia, y a la vez en la alegría de poder estar viviendo en la Comunidad una experiencia diferente (experiencia emocional correctora de Alexander, que se vive muy intensamente en la Comunidad), en la que comienzan a sentir que pueden ser dignos de ser queridos por ellos mismos. Y es a partir de ahí, trabajando «sin prisa pero sin pausa», que van a poder modificar los aspectos patológicos de su personalidad que requieran un cambio. Ayudándoles, por una parte, a comprender las diversas formas de resistencia que emplea cada uno para negarse esas necesidades de aceptación y de cariño que tienen, en función de su inseguridad de ser queridos. Y, por otra, explorando el grado de confianza de cada uno en que va a ser recibido por nosotros, aceptado como es y así querido.

Ya en la segunda parte del grupo, y dentro de ese contexto, Gloria saca el tema del incidente del lunes con Jaime al volver de Cercedilla, que empieza contando con comedimiento, pero Jaime la interrumpe constantemente cuando ella habla, y se enzarza con ella de forma muy agresiva, lo cual hace, a su vez, que Gloria se dispare también muy agresivamente. Gloria se siente muy dolida por los ataques verbales de Jaime en la sesión grupal: «te voy a dar una hostia», «eres una hija de puta», «eres una caliente pollas», «te voy a matar» (auténticos acting in, como los considera Pedro Villamarzo, Director de la Comunidad, en sus documentos acerca de la misma). Y se defiende como puede, atacando a su vez, y despreciando olímpicamente a Jaime, diciéndole que él a ella nunca le había gustado, y terminando por llamarle loco y paranoico. Jaime contraataca, diciéndola «quién te va a querer con esos dientes» (Gloria tiene muchas piezas dentarias postizas desde su infancia, relacionadas, de alguna forma, con sus problemas de anorexia) y «no me pases tol día el culo por delante, so puta». Todo esto en un largo espacio de tiempo, en el que tanto Victor como yo intervinimos repetidamente, haciendo interpretaciones transferenciales, genéticas e incluso, en un momento dado, teniendo que hacer Victor una

llamada al orden, recordándoles su compromiso de verbalizar y no actuar, ya que ante la amenaza reiterada de Jaime a Gloria «te voy a dar una hostia», llega un momento en que ella se le encara, puesta en jarras desde su asiento: «a ver valiente, pégame si te atreves!» con la sensación de que, de un momento a otro, si siguen así, pueden llegar a las manos. Es bien evidente que son reacciones absolutamente desmedidas en relación con el estímulo que las origina, lo cual indica que tienen muy poco que ver con el otro y que se trata de mecanismos defensivos infantiles, que cada uno repite compulsivamente, desplazando al compañero, en una reacción transferencial colateral, lo que más propiamente pertenece a la reacción transferencial directa con los terapeutas, que son los que verdaderamente representan a las imagos parentales de la infancia. Ese «deslizamiento del grupo interno sobre el externo que es el grupo terapéutico», como nos definen lo transferencial en el grupo Pichon Rivière y Winnicott.

Nuestras intervenciones fueron ayudando a calmar los ánimos, más el de Gloria que el de Jaime, al que le resultaba difícil salir del círculo compulsivo y repetitivo. En los demás compañeros de grupo se produjo una gran inhibición al comienzo, aunque terminaron por responder, unos a otros, a nuestro estímulo que hablasen de situaciones similares vividas por ellos, como la mejor forma de ayudar a Jaime y a Gloria, y de cómo a cada uno le resonaba en profundidad lo que estaba sucediendo. Intervino César, con especial emoción, defendiendo a Gloria, aunque a la vez apuntó que Jaime no le cae mal, y conectándose con situaciones similares que sucedían en casa de sus padres durante su infancia, en las que éstos se peleaban, el padre atacaba a la madre a la que César sentía más débil, por lo que afectivamente se situaba a su lado, aunque por aquel entonces no pudiera defenderla (de su propia agresividad, sin duda, proyectada en el padre, ya que es un psicótico esquizoafectivo muy grave, con adicción a bebidas alcohólicas y anfetaminas). Y, de alguna forma, la vivencia del hecho conectó en la mayoría, no tanto con recuerdos de hermanos que se pelean sino con agresividad entre los padres, debido quizá al hecho de que tanto Jaime como Gloria son dos líderes con solera en la Comunidad, y es más fácil hacer sobre ellos esa proyección de las imagos parentales, que resulta más angustiosa cuando se realiza sobre los terapeutas.

Jaime tiene mucha dificultad en conectar con los profundos resentimientos que siente hacia esa madre fría y rechazante de la que algunas veces nos ha hablado en otros grupos, aunque reconoce que el factor fundamental por el que no quería consentir que Gloria fuese delante en el coche era que su madre siempre ocupaba ese asiento cuando viajaban en familia y, con menor importancia, su deseo de estar próximo a la figura del padre (en este caso representado por Juan

Manuel), satisfaciendo así su deseo de acercamiento homosexual. Ha hecho un desplazamiento rabioso a la «mamá Gloria», que le castra como niño y como hombre, y que no responde a sus expectativas amorosas y eróticas.

Gloria sí lo conecta con las luchas que mantenía con su madre, en las que por una parte la provocaba y por otra llamaba su atención. Pero no capta ni su agresividad, su rechazo, esa identificación que ha hecho con el agresor (su madre, en este caso); ni su ambivalencia, su disociación melancólica e histérica, que la lleva a despreciar en vez de a querer.

Un hecho llamativo es que, a la salida del grupo, se sienta en el salón la gran mayoría de los residentes, entre los cuales se encuentra Jaime, aunque no así Gloria, y el tema de conversación es la guerra civil, los rencores y agresividades de uno y otro bando, el resentimiento y la sed de venganza de los típicos «paseos», etc. Quizá como expresión de la escisión esquizoparanoide que se ha visto estimulada en la sesión previa de grupo, con movilización de profundas angustias primarias que aún no se han podido elaborar suficientemente.

Continuamos exponiendo los datos recogidos por el E.T.:

C. Galgo (psicóloga de guardia), que ha estado presente en el grupo anteriormente comentado, escribe lo siguiente: «Yo creí que se pegaban de verdad, ha habido un momento en que Jaime ha echado el guante a Gloria y ésta lo ha recogido «anda, se valiente, a que no te atreves!», y en el que han estado a punto de enzarzarse. Desde luego son dos rivales peligrosos, y más que los insultos en sí mismos, propios de un descontrol infantil, el problema es que se agreden muy bestialmente con interpretaciones salvajes. Jaime: «si bajas siempre tarde a las sesiones, tía, y jodes a todo el mundo, qué haces aquí!». Y Gloria: «eso se lo cuentas a Maite y a Marcelo (sus coterapeutas individuales). Que Eva te de medicación, paranoico!». Creo que esto viene de muy lejos, que arrastran otros enfrentamientos que han tenido. Yo no les he visto nunca cruzar palabra entre ellos. Se utilizan como perchas para colgar sus mutuas proyecciones, y se potencian sus mutuos resentimientos. «La guerra está servida»

M.L. Cardona (psicóloga de guardia): «Parece que los ánimos están exaltados y se han enganchado nuevamente Jaime y Gloria a nivel de realidad. En este caso por una maceta de flores que tiene Gloria en el salón, me intereso por las flores pero Jaime se nos acerca calificándolas de horribles, con lo que empieza el «baile» de nuevo. El médico de guardia les llama a cada uno por separado y les insta a que, de momento, y hasta que vayan elaborando internamente la situación, procuren estar físicamente distanciados en la Comunidad, a fin de que no se enzarzen de nuevo.

A. de Marfá (médico de guardia): «A Gloria la encontré llorando a solas, pero con tremendas dificultades para dejarse ayudar».

C. Galgo: «La tarde transcurre con aparente normalidad, aunque la tensión está ahí. Por la noche, viendo la TV en el salón, se hace más patente la incomodidad de la situación: Jaime se sitúa detrás del sofá y no quita ojo a Gloria, acechando como un lobo. Y Gloria, victimosa, tumbada, hecha un cuatro en el sofá, dirigiendo a otros sus comentarios. Se despiden para acostarse, y ninguno de los dos se ha dignado pedir ayuda.»

JUEVES:

E. Mozo: «A Jaime se le ve bastante tranquilo y menos aislado que otros días».

M. Iribas (terapeuta individual femenina de Jaime): «El contencioso Jaime-Gloria parece bien trabajado y elaborado en sesión por Jaime, que retoma lo que él ha puesto y la relación con partes enfermas de su madre».

P. García (psicólogo de guardia): «La tensión de días pasados entre Jaime y Gloria parece haber disminuido, aunque me comentó Elisa Astray (Jefe Clínico Dinámico de la Comunidad, aficionada a los deportes de invierno, y que hace una gran labor con los residentes acompañándoles a esquiar con cierta frecuencia) que esta mañana en la nieve le pidió a Jaime que si, a la vez que sacaba su ticket, podía sacar otro para Gloria, y así ganaban tiempo. Que Jaime aceptó, pero que Gloria rechazó que Jaime se lo sacase. Aparte de esto no ha habido ninguna otra situación de tensión entre los dos. Parecían estar más o menos relajados».

VIERNES:

El grupo del viernes es dedicado íntegramente a seguir elaborando la «movida» Jaime-Gloria, como ya sucedió en el grupo anterior, especialmente por parte de ellos dos, pero dando también mucho juego para los demás residentes.

Comenzó Jaime reconociendo que, como repetidamente le habíamos señalado, «se pasó» en los epítetos dirigidos a Gloria, y que se daba cuenta que ello tenía que ver con su frustrada necesidad de cariño. Que en adelante me iba a pedir cariño a mí, Mariví, y no a Gloria, que «era incapaz de querer a nadie». Que no se sentía culpable, en absoluto, y que agradecía al grupo lo bien que aceptó su agresividad el día anterior. Todo esto sin mirar a Gloria. Estuvimos trabajando en el grupo que para avanzar y cambiar no basta con el desahogo emocional.

Que éste es importante siempre que se trate de una verbalización, y no de una actuación destructiva para machacar al otro, como tantas veces les ha señalado Pedro Villamarzo en las frecuentes tertulias que tiene con ellos los finales de semana (encaminadas, como ya dijimos, a que reciban, a nivel cognitivo, un esclarecimiento de sus conflictos profundos). Pero que dicha catarsis es insuficiente si no se acompaña posteriormente de una reflexión sobre los motivos profundos e inconscientes de esas intensas emociones, desproporcionadas al estímulo, que es lo que va a posibilitar el cambio interno de cada uno, lo que no sucedería si se quedase simplemente en la descarga. Y que así como es muy positivo tratar de asumir las culpas conscientes y reparar, en lo posible, el daño hecho al otro cuando uno se da cuenta de que ha actuado inadecuadamente y no ha sido capaz de amarle, es negativo e impide el crecimiento de cada uno el torturarse con culpas inconscientes, motivada «por las cosas que se sienten y no por las que se hacen».

Jaime retomó bastante, deteniéndose en esa relación tan frustrante e insatisfactoria que ha tenido con su madre. Lo que en él supone un paso importante en esa conducta reparadora que empieza a ensayar, con un superyo más flexible que le permite un margen más amplio para poder ir admitiendo la hostilidad inconsciente que siempre ha sentido hacia su madre, sin tantas culpas como siempre le ha producido.

Pero Gloria, que ya había tenido alguna intervención insistiendo en lo descontroladamente que se había portado Jaime, aunque sin intentar ver la parte que ella ponía en el conflicto, comenzó a agredirle, de esa forma sutil y solapada que ella sabe hacerlo, y que estuvo a punto de provocar en él la misma actitud de descontrol verbal que el grupo pasado, cosa que intentamos evitar con interpretaciones que trataban de ayudar a Gloria a ver su parte rechazante y castrante. Porque, lo que le decía es que el miércoles anterior, cuando el médico de guardia les llamó por separado a los dos, después de su nuevo amago de pelea a propósito de la maceta de flores, se consoló mucho porque la estuvo aclarando que Jaime tiene problemas que tendrá que solucionar, y la aseguró que ella tiene más capacidad (más capacidad de control de la que viene demostrando en estos incidentes, pero no más capacidad de elaboración que Jaime, como deformadamente intentaba presentar al grupo, poniéndolo en boca del médico de guardia), con lo cual tildaba a Jaime de loco y le volvía a provocar. Después de su intervención la confrontamos duramente, animándola a que analice esas posturas caracteriales soberbias suyas, sus intentos de salirse con la suya a toda costa y ocupar siempre el centro o un lugar muy especial, no sólo en el asiento del coche, como en el incidente con Jaime, sino en otros muchos aspectos de

la convivencia comunitaria, ya sean sus anárquicos horarios de acostarse y de levantarse, sus escapadas al pueblo en solitario, sus negativas a tomar la medicación en el momento en que el E.T. se la ofrece, sus «noes» que ponen en evidencia sus envidias y rivalidades y su incapacidad para relacionarse amorosamente con los demás, en una identificación total con el agresor, en este caso con esa madre fría, castrante y super-protectora que ella ha tenido. En vez de tomar conciencia de que es en relación con Víctor y conmigo con quien desea ese puesto tan especial que nunca sintió que tenía con sus padres.

También retomó Gloria, al igual que antes Jaime, hablando en profundidad de todas esas dificultades suyas y en una actitud incipientemente reparadora. Y posteriormente fueron interviniendo prácticamente todos los componentes del grupo, hablando de diversas situaciones con sus padres y hermanos, evocadas por este incidente, y las diversas posiciones defensivas infantiles que habían adoptado ante ello.

Continuamos con los datos aportados por el E.T.:

M. de Frutos (psicóloga de guardia): «Por la tarde Jaime y Gloria se distanciaron físicamente, y no parece que el contencioso vaya a más. Gloria se fue a Cercedilla con un grupo, y Jaime se quedó con otro grupo aquí en casa, viendo una película».

E. Mozo: «Cuando llegué anoche a la Clínica (era algo más de la una de la madrugada) estaban levantados Juan Manuel y Gloria. A estos dos hay que moverlos con grúa para que se vayan a acostar».

SABADO:

A. Trigueros (psicóloga de guardia): «Jaime ha pegado un cambio enorme de la mañana a la tarde, estando mucho más cercano y majo a última hora. Después de la cena, Pedro Villamarzo, organiza con los residentes y el personal de servicio en ese momento, una tertulia sobre «Las raíces infantiles de los automatismos caracteriales». Y Jaime, en el coloquio, pide perdón a Gloria y a la Comunidad en general, por sus agresividades desmedidas con ellos. Matiza que lo hace a nivel consciente, pues no siente vergüenza por su enfermedad (Maite a nivel individual ha estado trabajando con él para que no se culpe por sus verbalizaciones agresivas, y se lo ha comunicado así de palabra al E.T.). Me comenta Jaime que está agresivo con César por el psicodrama en el que éste se puso a desafiar a todos «sois unos cobardes porque no habeis sido capaces de defender a Gloria de las agresiones de Jaime». Y aunque Jaime veía que César

ponía mucho de su propia problemática en estas afirmaciones, como señaló Limberg, pero le dolía que César tratase de enfrentarle con todos y metiera cizaña, mucho más cuando se había retomado muy bien el tema a nivel grupal. También me dice muy emocionado que le ha desarmado mucho el que Gloria se sentara en su mesa a cenar, cuando había más sitios libres. Está majísimo, cercano y elaborativo».

DOMINGO:

P. García: «Gloria continúa acostándose tarde por las noches. Estuve hablando un rato con ella, pero sigue con las mismas historias de la sumisión a las normas. Decía que estaba pensando irse pronto de la Clínica».

SEMANA SIGUIENTE.- LUNES:

C. Ortiz: «Se acostaron todos a su hora excepto Gloria que, por cierto, le ha pedido a Pablo Gallo (Subdirector Médico) medicación para su constante ansiedad».

MARTES:

A. Argaya: «No parece que existan, por ahora, tensiones significativas entre los residentes, una vez acabado el conflicto Jaime-Gloria».

C. Ortiz: «Gloria sigue dando por supuesto que tiene derecho a acostarse cuando quiera. Hoy se ha subido de Terapia Ocupacional a los diez minutos porque no aguantaba más. Al preguntarle ¿se lo has dicho a Carmen Díez?» responde «sí, como ya me conoce...».

MIÉRCOLES:

A. de María y L. Lega (psicóloga de guardia): «Tarde deportiva, en la que Jaime participa especialmente».

C. Galgo: «Jaime y Gloria tienen un encuentro precioso en grupo. Jaime le dice que se encuentra a gusto con ella y que la ve cariñosa con él. Gloria le responde que ella también, y que ahora puede mirarle a los ojos, cosa que no hacía antes. Por la noche a las once y media se toman la medicación todos (¡¡¡incluida Gloria!!!). Y a las doce y cinco todos en su habitación, chapeau! Gloria está

encantada con su nueva medicación y con el acierto de Pablo Gallo, de quien habla estupendamente y con enorme confianza. Dice que ya no tiene la tensión que tenía antes durante el día. Su pastilla le parece la mejor de todas, le gusta el nombre (distensán), y el color (salmón), y dice que hasta le combina bien con el chandal».

JUEVES:

E. Mozo: «Gloria como habitualmente, tomando la medicación cuando le da la gana. Le doy la de la cena (en la mano), y la deja en la mesa para tomarla luego, justificándose así: porque la he pedido yo, qué lo mismo da...». Sin comentarios, pero a veces hay que frenarse para no saltar.

P. García: «Gloria remoloneó a la hora de tomarse la pastilla de la noche, no obstante se fue a la cama antes que nunca (doce y cuarto).

VIERNES:

Grupo: «Precioso encuentro Jaime-Gloria, en la línea del grupo anterior, en el que Jaime la agradece muy efusivamente el cariñoso trato que últimamente está recibiendo de su parte, a lo que ella responde amorosamente».

RECENSION BIBLIOGRAFICA DE APOYO

ANZIEU, D.: «El grupo y el inconsciente» (Le Groupe et l'inconscient, 1975), trad. esp. ed. Biblioteca Nueva, 1986

ANZIEU, D., BEJARANO, A., KÄES, R., MISSNARD, A. y PONTALIS, J.B.: «Le travail psychanalytique dans les groupes», Inconscient et Culture (Collection dirigée par Didier Anzieu et René Käes). Edit. Dinod-Paris, 1972

AYESTERAN ETXEBARRIA, S.: Trabajo de Psicoterapia de Grupo», Ed. U.P.S., Salamanca, 1980

BARQUIN, P., y GARCIA, L.: Trabajo de investigación dirigido por VILLAMARZO, P.F., Ed. Universidad Pontificia de Salamanca/Caja de horros de Salamanca, 1988

BION, W. R.: «Psicoterapia en grupo», Edit. Paidós, 1985

- FOULKES, S. H.: *Psicoterapia Grupo-Analítica*, Edit. Gedisa, 1981
- FOULKES, S. H., y ANTHONY, E. J.: «Psicoterapia psicoanalítica de grupo», Ed. Paidós, 1964
- GONZALEZ QUINTANA, Ma. V., y DE DIOS GALOCHA, V.: «Características de Psicoterapia Analítica en régimen de comunidad terapéutica», Cátedra de Psicología Profunda de VILLAMARZO, P.F., Universidad Pontificia de Salamanca, Ed. U.P.S., Curso 1989-90
- GRINBERG, L., LANGER, M., y RODRIGUE, E.: «Psicoterapia de Grupo», Ed. Paidós, 1961.
- GUILLEM NACHER, P., y LOREN CAMARERO, J.A.: «Del diván al círculo», Ed. Tecnipublicaciones, S.A., 1985
- MARTI TUSQUETS, J.L., SATNE, L. y Autores varios reunidos: «La Formación en Psicoterapia de Grupo y Psicodrama», Ed. Colección Psicoprospectivas, 1986
- NAPOLITANI, F.: «Training en Grupo-Análisis. Un método propedéutico», Revista Clínica y Análisis Grupal, No. 35, 1985
- PICHON RIVIERE, S.R.: «El proceso grupal». Del psicoanálisis a la psicología social. Ed. Nueva Visión, 1977
- SLAVSON, S.R.: «Tratado de psicoterapia grupal», Ed. Paidós, 1976
- VILLAMARZO, P.F.: «Las técnicas activas en psicoterapia analítica. Perspectiva freudiana», Revista Clínica y Análisis Grupal, No. 40, 1986
- «Documentos de trabajo No. 1, 2, 3, 4 y 5 de la Clínica-Residencia «Oskar Pfister», 1987
 - «Reflexiones epistémicas sobre la incidencia de las técnicas activas en psicoterapia grupal», Revista Clínica y Análisis Grupal, No. 50, 1989
 - «Grandes coordenadas del proyecto general de institucionalización comunitaria» (Intento de modelización institucional sobre el método terapéutico de Freud), Apuntes de Cátedra de Psicología Profunda, U.P.S., curso 1989-90
 - Estructuración específica de la Clínica psicoanalítica freudiana «Oskar Pfister» (Incidencia de leyes fundamebntales) y «factores terapéuticos» en la Comunidad Psicoanalítica), Apuntes de Cátedra de Psicología Profunda, U.P.S., curso 1989-90

- YALOM, I.D.: «Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo», Ed. Fondo de cultura Económica. 1975
- ZIMMERMAN, D.: «Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo», E. Hormé, 1969

PREPROYECTO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE MALAGA

**(SUJETO A DISCUSIÓN Y REELABORACIÓN CON
EL RESTO DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN
A LA SALUD MENTAL DE MÁLAGA)**

**por Yolanda González Cámara, Emilio Mármol Bautista
y Pedro Vega Vega**

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- DESCRIPCION GENERAL
- 3.- MODELO TERAPEUTICO
- 4.- PERFIL DEL PACIENTE
- 5.- DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO:
 - 5.A- Distribución y utilización del espacio.
 - 5.B- Distribución y utilización del tiempo.
 - 5.B.1- Horario de actividades. Criterios básicos.
 - 5.B.2- Horario tipo de un día.
 - 5.C- Normas de convivencia.
 - 5.D- Sistemas de información y registro.
 - 5.E- Areas de trabajo y actividades:
 - 5.E.1- Area de actividades domésticas.
 - 5.E.2- Area ocupacional.
 - 5.E.3- Area de ocio.
 - 5.E.4- Cuidados de enfermería.
 - 5.E.5- Area administrativa.
 - 5.E.6- Area psicoterapéutica.
 - 5.E.7- Area de coordinación con otros dispositivos.

ANEXO I: PROTOCOLO DE DERIVACION

1- INTRODUCCION

A la hora de definir y de crear un dispositivo terapéutico es fundamental tener en cuenta el marco histórico e institucional en el que estará inserto.

En los últimos años, la Administración Sanitaria de Andalucía viene desarrollando un proceso de Reforma Psiquiátrica, incardinado en un marco general de transformación de sus estructuras sanitarias.

El espíritu de la Reforma apunta fundamentalmente a la sustitución de los dispositivos que funcionaban como pivote de la atención a la Salud Mental por otros más próximos a la comunidad. El objetivo reside, concretamente, en la abolición del Hospital Psiquiátrico tradicional y, paralelamente, la implantación de nuevos dispositivos comunitarios.

Este nuevo modelo de Servicios contempla tres tipos de dispositivos de atención sanitaria:

- Los que se sitúan en el nivel de atención primaria.
- Aquellos que se incluyen en el nivel de atención especializada.
- Algunas unidades de carácter experimental, entre los que se cuenta la Comunidad Terapéutica.

La gran extensión territorial de la Comunidad Autónoma Andaluza es uno de los factores que contribuyen a las peculiaridades de cada provincia. En Málaga, concretamente, la Reforma Psiquiátrica, que comenzó a finales de los años 70, posibilitó la externalización de la casi totalidad de los antiguos pacientes del Hospital Psiquiátrico (más de 600), salvo unos 30 que aún permanecen ingresados.

Simultáneamente a este proceso, se fueron estableciendo una serie de dispositivos ubicados en la Comunidad, que pasamos a describir.

En el momento actual, y en lo que a Salud Mental se refiere, Málaga está dividida en 2 áreas funcionales, cada una con varios Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y adscritas cada una de ellas a un Hospital General que cuenta con una Unidad de Salud Mental (U.S.M.H.G.).

Asimismo, existe una Unidad de Rehabilitación de Área (U.R.A.) y una Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil (U.S.M.I.J.) que atienden ambas a pacientes provenientes de las dos áreas citadas.

Es en este marco regional y provincial donde tiene lugar, a lo largo de 1990, la creación de la Comunidad Terapéutica de Málaga, que cuenta con un precedente andaluz: La Comunidad Terapéutica de Sevilla, implantada - en el año 1989. La creación del dispositivo malagueño tiene lugar mediante el Decreto 338/1988, de 20 de Diciembre, de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental.

2- DESCRIPCION GENERAL

Como ya antes hemos reseñado, La Comunidad Terapéutica comienza a funcionar con carácter experimental, esto es, como un dispositivo especializado que por su novedad no permite aún una inmediata generalización.

Administrativamente, la Comunidad Terapéutica (C.T.) depende del Hospital Clínico de Málaga, pero es independiente de la U.S.M.H.G. de dicho Hospital, en el sentido de que la conexión entre ambas estructuras debiera tener lugar sobre todo a través de los Equipos de Salud Mental (E.S.M.D.).

La C.T. cuenta con un equipo multidisciplinar integrado por diversos profesionales, 27 en total: 2 Psiquiatras, 2 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Monitores, 12 Auxiliares Clínicos, 7 enfermeros (D.U.E.) y 1 Auxiliar Administrativo.

Lo esencial en el planteamiento de la C.T. es que se trata de un dispositivo de hospitalización activa, en régimen de comunidad terapéutica y con un tiempo de estancia media que se sitúa entre los 6 y 12 meses.

Su capacidad máxima está en 20 pacientes que provendrán de las dos áreas de Salud Mental que anteriormente hemos descrito.

Según se especifica en «La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990» (Serie monográfica de Salud Mental. I.A.S.A.M. Junta de Andalucía), los 3 grandes objetivos de la C.T. residen en:

- La atención continuada a los pacientes derivados fundamentalmente por los E.S.M.D.
- La creación de espacios de reflexión sobre el abordaje psicoterapéutico de pacientes psicóticos.
- El desarrollo de programas de formación continuada y de investigación.

3- MODELO TERAPEUTICO

Tal y como se desprende de la descripción general, el funcionamiento de este dispositivo se apoya en cuatro pilares básicos, a saber:

- 1.- La acogida del paciente en un lugar regido por el concepto de C.T., es decir, donde se trata de rentabilizar el valor terapéutico de las actividades y actuaciones de un individuo en un ámbito grupal que, pese a su carácter artificioso y transitorio, permita una elaboración muy difícil si no imposible de llevar a cabo en el medio social en que normalmente se inserta.
- 2.- Su carácter de experimental. Esto hace que las actuaciones y funcionamiento estén inmersas en una dinámica de evaluación, corrección y adecuación continuas.
- 3.- Su inserción institucional. Es un dispositivo público coordinado al resto de servicios de atención a la Salud Mental. Esto le da un carácter de transitoriedad para los pacientes y en este sentido este dispositivo no pretende agotar el proceso terapéutico.
- 4.- Está pensado para acoger a aquellos pacientes que por la gravedad de su cuadro clínico, concretamente psicosis, no han podido establecer un vínculo terapéutico con su C.S. Mental, o pese a ello no han conseguido estabilizar mínimamente su proceso, lo que conlleva un progresivo deterioro personal y de sus relaciones sociales.

Así pues el objetivo general de la C.T. es: Ofrecer a los pacientes que den su consentimiento a una residencia temporal donde la vida cotidiana y los recursos terapéuticos de la misma (Atención individual, grupo terapéutico, talleres, trabajo con la familia, etc.) se articulan en un proceso de elaboración y de progresiva integración y participación en la dinámica de la C.T.; con el fin de estabilizar suficientemente el cuadro clínico como para que el paciente pueda retomar con cierta autonomía y responsabilidad su lugar en la familia y en la sociedad.

4- PERFIL DEL PACIENTE

Creemos que el paciente que podría beneficiarse de una estancia en la Comunidad Terapéutica tendría, a grandes rasgos, unas características que marcarían los criterios de derivación, priorización y exclusión. Estos son:

- 1.- Que la patología sea fundamentalmente psicótica.

- 2.- Se priorizará a los pacientes más jóvenes y especialmente si hay riesgo de cronificación.
- 3.- Que tras un período más o menos prolongado, no hayan experimentado una cierta remisión de su psicopatología.
- 4.- Que por las características de su patología no hayan establecido un vínculo terapéutico con su Equipo de Salud Mental.
- 5.- Que hayan ingresado repetidamente en la Unidad de Salud Mental del Hospital General, especialmente aquellos de «puerta giratoria».
- 6.- Se excluirán aquellos pacientes en los que el deterioro sea lo más sobresaliente, ya sea por la cronificación de su enfermedad (ej. esquizofrenia residual), o porque su patología esté asociada a la edad (ej. demencia senil).
- 7.- Se excluirán aquellos pacientes con grandes rasgos psicopáticos, debido a que desestabilizarán mucho la dinámica de la C.T. y a la ausencia en ésta de grandes medidas de contención.
- 8.- En el mismo sentido se excluirán los que presenten graves drogodependencias.
- 9.- Se excluirán aquellos pacientes que estén en la fase aguda de su patología.

En resumen, los pacientes que más se beneficiarían de un dispositivo de estas características, serían aquellos pacientes psicóticos, jóvenes, con riesgo de cronificación, bien por mantener una sintomatología activa durante un período prolongado, bien por haber sufrido repetidas reagudizaciones de su proceso. Unido todo ello a la falta de vinculación con el E.S.M.D. correspondiente.

5- DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

El aspecto más específico y propio del trabajador desde el planteamiento de Comunidad Terapéutica sería la implicación del propio paciente en el desarrollo de la dinámica, asumiendo responsabilidades y capacidad de decisión.

Las enfermedades somáticas cuestionan la funcionalidad del sujeto en un área concreta: motilidad, visión, respiración... aunque puede afectar a la propia existencia en casos graves.

La locura cuestiona la propia individualidad, el sentido del ser; remite a la

sinrazón, al «no sabe lo que dice», al «no le hagas caso», al «déjalo, da igual»...

Diríamos que uno existe en la medida que se lo permite su cuerpo; pero esa existencia sólo tiene sentido en la medida en que se es reconocido por otros.

Al abordar la locura podemos tratar de generar fuerzas en el individuo para que luche por ser reconocido, lucha a veces bastante árdua. Seguiríamos el esquema sano-loco.

Otro planteamiento es partir de las responsabilidades consigo mismo y con los demás del «loco», lo que supone asumir su capacidad de decisión, de contacto-rechazo con el otro, supone limitar nuestra capacidad de «generar fuerzas» en el otro, supone aceptar que podemos ayudar en lo que se nos pida ayuda. Se trataría de posibilitar y estimular el surgimiento de la demanda. Estamos en el esquema sujeto que pide ayuda-sujeto que trata de ayudar. Estamos reconociendo al otro como «otro». Estamos trabajando en Comunidad Terapéutica.

En las actividades de la Comunidad Terapéutica ha de reflejarse esta participación activa de los pacientes dentro del marco de restricciones de la realidad tanto institucional, social, como del propio equipo y del individuo.

La participación activa se refleja en actividades como la adquisición de responsabilidades en las tareas domésticas, el cuidado del propio espacio personal y autocuidado.

Sería interesante también que en el área ocupacional los pacientes que desarrollen ciertas destrezas puedan asumir ciertos roles de responsabilización como co-monitores en los distintos talleres.

También habría que estar receptivos a las ideas que los propios pacientes puedan aportar, incluso asumiendo la preparación y organización de actividades concretas, creando para esto espacios específicos.

Como espacios grupales específicos de responsabilización y toma de decisiones por parte de los pacientes se encontrarían:

- Reuniones informales diarias en torno al desayuno.
- Asambleas programadas y no programadas que se pudieran solicitar por parte de los pacientes o del personal.
- Elaboración, revisión y mantenimiento de las normas de convivencia.

Además habría que fomentar las actividades informales con los pacientes en donde se promueva el debate, la comunicación, la opinión, el humor... en los

momentos de descanso. Se trataría de integrarse en unas relaciones normalizadas.

5.A- Distribución y utilización del espacio.

«Los edificios son importantes solamente cuando están dotados de significado humano y cuando adquieren sentido y dignidad como medios para vivir constructivamente» (Bettelheim, Bruno, 1955, p.51).

La Comunidad Terapéutica comprende diversos espacios claramente delimitados a los que confiere una funcionalidad diversa y específica.

5.A.1- Dentro de los espacios no edificados diferenciamos:

- a) Zona de huerta: terreno cultivable sobre el que se organizarían actividades agrícolas concretas enmarcadas en el área ocupacional.
- b) Zona de esparcimiento: comprendería los diversos jardines circundantes y patios.

5.A.2- Espacios edificados.

- a) Zona de talleres: aneja al edificio principal; en ella se realizarían las diversas actividades ocupacionales (talleres).
- b) Casa propiamente dicha:
 - Planta superior: Zona residencial que comprendería las diferentes habitaciones de los pacientes, así como una sala para reuniones de trabajo.
 - Planta baja: Comprendería los diversos espacios comunes como sala de estar, comedor y cocina. Los espacios más reservados a la utilización por los profesionales como despachos y administración, así como una lavandería.

5.A.3- Funcionalidad de las camas:

Centro de la búsqueda de un mejor aprovechamiento de los recursos consideramos adecuado llegar de modo progresivo a los objetivos de funcionamiento con un tope máximo de 20 pacientes. Por la propia adecuación del equipo y la puesta en marcha de la Comunidad consideramos oportuno llegar a una cifra en torno a los 12 pacientes en el curso del primer año.

Tomamos como cifra óptima y más operativa para la funcionalidad de la Comunidad Terapéutica la de unos 15 pacientes.

5.B- Distribución y utilización del tiempo.

La C.T. como dispositivo en régimen de hospitalización activa supone la atención al paciente durante las 24 horas del día. Ello implica la dotación de un mínimo de personal en diversos turnos a lo largo del día que aseguren una serie de cuidados básico y el funcionamiento en régimen de C.T.

De todo ello han de dar cuenta los turnos de trabajo, los diferentes horarios de los profesionales, guardias, y el horario de actividades.

5.B.1- Horario de actividades. Criterios básicos:

- a) Mayor contenido de actividades durante la mañana.
- b) Horario de taller fundamentalmente de mañana, estando la tarde más centrada en el trabajo sobre el ocio organizado.
- c) Psicoterapias centradas en la mañana, aunque ocupando también la tarde, especialmente para el trabajo con familias.
- d) Durante el fin de semana, se organizarán actividades como salidas, excursiones, etc.
- e) Se reservará un tiempo para reuniones de equipó, reuniones de pacientes y asambleas.

Nuestro planteamiento de trabajo en la C.T. pretende tomar en cuenta la totalidad del sujeto, así como el contexto social más inmediato en que se ubica. El objetivo final de que los pacientes consigan reubicarse de forma más adecuada en la Comunidad pasa por el establecimiento de unos hábitos diarios. El horario que creemos más adecuado es:

8:00 Despertar.

8:00-9:00 Tiempo de aseo, arreglo de la habitación. 2 pacientes por turno y 1 auxiliar se encargarán de preparar el desayuno. Reunión del personal para comentar posibles incidencias y las actividades a realizar en el día.

9:00-10:00 Desayuno, en torno al cual se tratará de crear una reunión informal. Recogida del desayuno: Turno de 2 pacientes y 1 del personal realizando conjuntamente la tarea.

- 10:00-10:30 Comentario de las noticias de actualidad.
- 10:30-13:30 Talleres. Terapias de grupos, individuales o familiares. Otro tipo de tareas individualizadas o grupales programadas.
- 13:30-14:00 Descanso para los pacientes. Reunión del personal.
- 14:00-15:00 Comida. Recogida y limpieza de lo utilizado. Turno de 3 pacientes y 1 del personal.
- 15:00-16:30 Descanso y sobremesa de los pacientes.
- 16:30-20:30 Tiempo de ocio organizado. Terapias por el profesional que esté de tarde, especialmente con familias para facilitarles el horario.
- 18:00 Merienda.
- 20:30-21:30 Cena. El horario de la cena podría variar de invierno a verano. Limpieza de lo utilizado por turno de pacientes y personal.
- 22:00 en adelante: .. Abarca diversas funciones que cumpliría el turno de noche:
- - Preparar la medicación.
 - - Preparar lo necesario para que se produzca un clima positivo al acostarse y despertarse.
 - - Velar por el sueño de los pacientes, atendiendo personalmente los posibles trastornos del sueño, permaneciendo junto al paciente, con el fin de tranquilizarle todo el tiempo que se estime oportuno.
 - - Conocimiento de lo ocurrido durante el día.
 - - Registrar las incidencias de la noche.

No se han reseñado en este horario algunas actividades que, siendo básicas, no se realizarán diariamente, como es el caso de las asambleas.

5.C- Normas de convivencia.

Tienen como objetivo establecer unas reglas básicas de vida diaria que ayuden a los pacientes y personal a tener un marco de referencia.

Contendrían tanto los condicionantes y responsabilidades, como normas que preservan el espacio personal de cada paciente, el no deterioro de los espacios comunes, el preservar los espacios terapéuticos; así como el nivel de exigencias y responsabilidades para el mantenimiento de la vida diaria y de los planes terapéuticos.

Siguiendo dentro del concepto de comunidad terapéutica, estas normas han de ser consensuadas, flexibles y modificables por la dinámica de la comunidad a través de las asambleas.

Las normas referidas al manejo de las situaciones de convivencia deberían ser lo más independientes posibles del personal favoreciendo la responsabilización de los propios pacientes, dándoles capacidad de decisión.

Es necesario contar con un mínimo de control sobre la estancia, salidas, etc., de los pacientes debido a la responsabilidad que se tiene como dispositivo público.

5.D- Sistemas de información y registro.

Serán objeto de registro los siguientes contenidos:

1. Historial del paciente, que comprendería:

- Facilitado por el E.S.M.D.:
- Protocolo de derivación.
- Extracto de la historia del paciente con sus informes clínicos.
- Plan terapéutico en la C.T. que contendría objetivos y actividades.
- Historial de la estancia en la C.T. donde consten incidencias y anotaciones de los profesionales.
- Controles de la medicación.

2. Ingresos, permisos y altas.

3. Control semanal de las actividades realizadas.

4. Fondo de maniobra.

5. Control de los turnos del personal de enfermería.
6. Programación de las diversas actividades.
7. Normas de convivencia.
8. Actas de las asambleas con los pacientes.
9. Actas de los acuerdos de trabajo del equipo, con el fin de ir configurando la filosofía de trabajo de la C.T.
10. Suministros y material.
11. Archivo de bibliografía.

5.E- Areas de trabajo y actividades.

El funcionamiento en régimen de comunidad terapéutica implica dos aspectos esenciales: una participación directa del paciente en todas las actividades posibles, y, por otro lado el funcionamiento en equipo. Para garantizar el primero de ellos se crearán espacios como por ejemplo las asambleas (donde se podrán plantear cuestiones sobre las normas de la casa). En cuanto al segundo de ellos, habrá reuniones de equipo en general y de los responsables de cada área para el funcionamiento coordinado de la C.T.

Pasamos ahora a describir cada una de las áreas:

5.E.1- Area de actividades domésticas:

Tienen como objetivo el mantenimiento de una buena convivencia estableciendo unas tareas y responsabilidades diarias básicas que permitan un ambiente comunitario agradable y acogedor.

Estas actividades consisten fundamentalmente en el cuidado y aseo del propio espacio, así como la preparación de desayuno, merienda, y limpieza de vajilla usada para todas las comidas.

La supervisión de este área se llevará a cabo por parte de los auxiliares, que participarán en los turnos de comida con los pacientes.

La limpieza de los espacios comunes y la lavandería será realizada por una contrata.

5.E.2- Area ocupacional.

Estará coordinada por el terapeuta ocupacional en equipo con los monitores.

Este área abarcaría a los diversos talleres, que por estar en el marco de la C.T. han de estar implicados en el plan terapéutico de cada paciente.

Consideramos que las actividades ocupacionales con psicóticos, amplían el campo terapéutico posibilitando un mayor manejo de la realidad, de la incorporación de los objetos, de la comunicación con los otros y de la asunción de reglas de convivencia. En este sentido, Freud señalaba «... Ninguna otra técnica de orientación vital liga al individuo tan fuertemente a la realidad como la acentuación del trabajo, que por lo menos lo incorpora sólidamente a una parte de la realidad, a la comunidad humana. La posibilidad de desplazar al trabajo y a las relaciones humanas con él vinculadas una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y aún eróticos de la libido, confieren a aquellas actividades un valor que nada cede en importancia al que tienen como condiciones imprescindibles para mantener y justificar la existencia social...» (S.Freud, «El malestar en la cultura», 1929).

Algunas de las actividades que pondrán en marcha los talleres son: jardinería, marquería, mimbre, cerámica, tapices y otras. Se trata de crear un espacio donde la iniciativa del paciente tenga cabida, tanto para proponer nuevas actividades, como para escoger, entre las que haya, aquellas que estén más en consonancia con sus apetencias y habilidades.

5.E.3- Area de ocio.

Este área estaría coordinada por el terapeuta ocupacional, apoyado por los monitores y auxiliares de enfermería fundamentalmente.

Pretende el desarrollo de habilidades de ocupación del tiempo libre e interrelación entre los pacientes, así como los aspectos placenteros de la vida, especialmente deficitarios en estos pacientes.

La actividad lúdica en sí posee la peculiaridad de permitir la experimentación con la realidad y con las reglas de relación sin las limitaciones que conlleva la vida real. Es pues, de gran interés para los pacientes psicóticos con enormes angustias ante el manejo de la realidad.

La C.T. dispondrá de algunos medios para el ocio de los pacientes en la

misma. No obstante, también se potenciarán las actividades lúdicas fuera de ella, tales como salidas, excursiones, etc.

5.E.4- Cuidados de enfermería.

Coordinada por el supervisor de enfermería con implicación directa del resto de los enfermeros y auxiliares de enfermería. Comprendería:

- a) Programas de autocuidado y cuidado del espacio personal.
- b) Participación en el control de la medicación.
- c) Programación y seguimiento de los turnos para las labores domésticos.
- d) Atención a los posibles accidentes domésticos (botiquín).
- e) Control de las necesidades de mantenimiento de la C.T. (suministros y detección de averías).
- f) Control de los turnos de enfermería.

5.E.5- Area administrativa.

Comprende las tareas administrativas de la casa, como por ejemplo control y archivado del sistema de información y registro, suministros, etc., de modo tal que la información relativa a la casa esté siempre disponible.

5.E.6- Area psicoterapéutica.

Estaría coordinada por los técnicos superiores. Buscaría el abordaje terapéutico de los aspectos más psicológicos del individuo, entrando en el campo más específico de la elaboración y abordaje de las distintas problemáticas en los niveles individual, grupal y familiar:

A) Abordaje individual:

«No existe la obligatoriedad en los tratamientos: una situación en la que uno se siente obligado a curarse mata el deseo... la terapia existe en el propio acto de la no obligatoriedad del tratamiento» (N. Mannoni, 1975, p.56).

Hemos titulado el epígrafe de este modo porque creemos que debe transcurrir un tiempo en muchos casos hasta que pueda constituirse un encuadre psicoterapéutico como tal. No obstante, desde el principio existirá un espacio de abordaje y atención individualizada, donde poder

tratar los aspectos más particulares del paciente en la vida cotidiana y efectuar el seguimiento de su tratamiento farmacológico.

B) Abordaje grupal:

Se trataría de grupos con un número restringido de integrantes, con un máximo de 8 miembros. Creemos que este espacio puede resultar privilegiado para trabajar algunas de las dificultades que presentan los pacientes psicóticos a la hora de crear lazos sociales.

C) Abordaje familiar:

«...generalmente el paciente mantiene con sus familiares relaciones enfermas en papeles complementarios, ya sea porque es de una manera u otra emergente de una estructura familiar enferma, ya sea porque de alguna manera eligió un partenaire enfermo para depositar parte de su propia enfermedad en él. Cualquier cambio entonces en el paciente va a traer aparejado tarde o temprano un cambio en la estructura familiar, que por un mecanismo de regulación va a tender a volver las cosas al lugar en donde estaban» (J.E. García Baderacco, 1990)

Nuestro planteamiento en el abordaje de las familias abarcará una doble vertiente: individual y grupal.

5.E.7- Area de Coordinación con otros dispositivos.

Los responsables de éste área serán los técnicos superiores.

Las actuaciones deberán estar guiadas por el principio de la continuidad en el tratamiento del paciente. Se trataría de que los objetivos del proceso terapéutico en los diversos dispositivos sean, cuando menos, compatibles, sin incurrir en grandes contradicciones en el abordaje del paciente.

Pensamos que la derivación a C.T. debe ser hecha fundamentalmente por el E.S.M.D. Si se diera el caso de que un paciente no está siendo atendido por el E.S.M.D., sino por ejemplo, por U.S.M.H.G., el E.S.M.D. deberá intervenir en esta derivación, designándose un técnico de referencia del mismo, de modo que vaya conociendo la evolución clínica en la C.T. para posteriormente, cuando sea dado de alta en la misma, hacerse cargo del tratamiento.

A nuestro juicio, habrá que cuidar tres tiempos fundamentales en la coordinación: la etapa inicial, la media y la final.

Etapla inicial.

En todo proceso, las condiciones en que se da el inicio del mismo son fundamentales para su desarrollo posterior; esto es sumamente aplicable en cualquier tratamiento y en concreto, en el del paciente psicótico.

Este es uno de los objetivos que nos guían en este escrito: en la medida en que el resto de los profesionales conozcan las líneas generales de la C.T. podrán hacer mejor la derivación a la misma, y en concreto, un aspecto esencial, la oferta de la C.T. al paciente y su familia.

Los pasos que nosotros consideramos necesarios para operativizar esta etapa han sido concretados en el protocolo de derivación que adjuntamos en el Anexo I.

Etapla media.

Consistiría en la coordinación entre E.S.M.D. y C.T. en el segmento medio del tratamiento. Se podría operativizar a través de informes escritos, contactos telefónicos o reuniones con el profesional de referencia del E.S.M.D.

En esta fase habría que estar especialmente atentos, por un lado, al seguimiento del paciente, y por otro, a preparar las condiciones de salida del mismo de modo que fueran las más idóneas. Este segundo punto debería empezar a trabajarse con tiempo suficiente; por nuestra parte, uno de los objetivos que ya hemos especificado en este sentido es el abordaje a la familia del paciente.

Etapla final.

Del mismo modo que en la etapa inicial se establecen unos objetivos conjuntos entre C.T. y E.S.M.D. (especificados en el protocolo), antes de que el paciente sea dado de alta en C.T. habría que determinar las líneas generales de su reincorporación a su medio social y de la continuación del tratamiento por parte del E.S.M.D. o la U.R.A. Dichas líneas generales podrían ser concretadas en reuniones conjuntas.

ANEXO I

PROTOCOLO DE DERIVACION

El fin de este protocolo es garantizar un mínimo de condiciones que aseguren una buena acogida del paciente en la C.T. Los pasos que consideramos necesarios para dicho fin son:

I) Presentación del caso.

Tendrá lugar en una reunión conjunta entre miembros del E.S.M.D. y de la C.T., en la que se planteará la discusión sobre la historia del paciente y la idoneidad o no de la C.T. para su tratamiento.

En caso de que el derivante no sea un E.S.M.D., se nombrará un técnico de referencia del E.S.M.D. que corresponda con el fin de que siga la evolución del paciente y se encargue del tratamiento del mismo una vez sea dado de alta en C.T.

II) Oferta de la Comunidad Terapéutica al paciente y a su familia.

La oferta podría ser hecha por el derivante y un miembro de la C.T. y debiera contener una información mínima sobre:

- 1- Planteamiento básico del por qué y para qué de su estancia en C.T.
- 2- Lugar donde se encuentra ubicada la C.T. y descripción mínima de la casa.
- 3- Dinámica de funcionamiento de la C.T.
- 4- Tipo de profesionales que trabajen en la C.T. y tipo de pacientes que se encuentren en tratamiento en la misma.
- 5- Necesidad e importancia de que la familia se implique en el tratamiento, tanto para la mejoría del paciente como para la dinámica familiar.
- 6- El tiempo de estancia, que será de unos meses, hasta que el paciente experimente una cierta mejoría, aunque no podamos precisar con exactitud el número de meses.
- 7- Objetos mínimos que el paciente necesita llevarse para su estancia: útiles de aseo, ropa de calle, etc.

Como en cualquier oferta, habremos de procurar mantener una actitud abierta y de escucha a posibles dudas y temores sobre la C.T. Si el paciente admite de forma voluntaria su ingreso, podremos empezar a cubrir el siguiente paso:

III) Elaboración de un extracto de la Historia Clínica y de un informe detallado del paciente por parte del derivante.

El informe debiera contener datos como mínimo sobre:

- 1- Diagnóstico.
- 2- Fecha aproximada de inicio de la enfermedad.
- 3- Psicopatología. Evolución de la enfermedad.
 - Períodos de crisis.
 - Períodos de estabilización.

Posibles factores relacionados con ambos períodos.

- 4- Contactos (tipo y cantidad) con las estructuras de atención a la Salud Mental. Ingresos en el Hospital Psiquiátrico y en U.S.M.H.G. Tratamientos anteriores.
- 5- Soporte y dinámica familiar. Familiares de referencia. Antecedentes familiares.
- 6- Soporte social: Pertenencia a algún grupo de referencia. Trabajos y actividades laborales anteriores.
- 7- Convivencia habitual del paciente: calidad de la misma y relaciones con quienes convive.
- 8- Areas deterioradas en el paciente.
- 9- Fotocopias de los informes emitidos por diversas instancias acerca del paciente.
- 10- Posibles enfermedades somáticas infecto-contagiosas y/o que requieran cuidados especiales (dietas, insulina, etc.)

Una vez enviada toda esta información por correo u otro medio podría tener lugar una 2a. reunión para cubrir el siguiente paso:

IV) Elaboración escrita de un plan conjunto entre el derivante y la Comunidad Terapéutica.

Debiera atender a tres aspectos fundamentales:

- 1) Ambito individual.
- 2) Ambito familiar.
- 3) Ambito social.

V) Admisión en la Comunidad Terapéutica.

(Málaga, Mayo 1991)

COMENTARIO A LA MONOGRAFIA I DE LA SEPTG SOBRE «COMUNIDAD TERAPEUTICA Y/O TERAPIA DE LA COMUNIDAD»

A raíz del XIX Symposium de la SEPTG en Vitoria, el 28, 29 y 30 de Abril 1991, publicamos una primera Monografía sobre el tema que allí nos reunía, que incluye una visión histórica de la teoría y la práctica de este campo profesional, algunos trabajos que testifican su desarrollo en España y la mayoría de los trabajos presentados en Vitoria. La Monografía I se presentó antes del Symposium y fue entregada a todos los asistentes allí registrados. Incluimos en el presente Suplemento el índice de la publicación ya que pueda resultar de interés para algunos. Existe un reducido stock y el precio por ejemplar es de 1.500 pts.

El XX Symposium de la SEPTG en Valencia los días 4,5 y 6 de Junio de 1993, cuyo anteproyecto queda ampliamente reseñado por el Coordinador de la Ponencia Victor de Dios Galocha en el Boletín No. 5 1991, sigue con el tema de las comunidades terapéuticas en su nueva formulación «Comunidades Terapéuticas II: Métodos, Objetivos y Línea de Pertenencia». Esperamos poder publicar una Monografía II con los trabajos correspondientes con anterioridad al XX Symposium para que los asistentes tengan la oportunidad de leerla y situarse para la discusión de los temas en cuestión.

Para la información de los interesados incluimos el Índice de la Monografía I:

SEPTG MONOGRAFIA I «COMUNIDAD TERAPEUTICA Y/O TERAPIA DE LA COMUNIDAD»

INDICE

EDITORIAL

IN MEMORIAM DEL DR. MAXWELL JONES

«La Comunidad Terapéutica, ¿Sobrevivirá y crecerá?» (1980)

I. ESPAÑA: TRABAJOS EN CURSO...

CONTRIBUCIONES AL XIX SYMPOSIUM DE LA SEPTG, 1991

«INTENTO DE APROXIMACION A LA COMPRESION DE LOS FENOMENOS GRUPALES OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE SEVILLA DESDE SU INICIO HASTA LA FECHA»
por el Equipo de la Comunidad Terapéutica de Sevilla

DIEZ AÑOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL URIBE-COSTA
«INTRODUCCION»

«COMUNIDAD TERAPEUTICA ¿REALIDAD O FICCION?»
por el Dr. José Ma. Ayerra Balduz

«EL HOSPITAL DE DIA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA»
por el Dr. José Luís López Atienza

«LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA ENTENDIDA DESDE EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA»
por el Dr. Oscar Martinez Azumendi

«LA COMUNIDAD TERAPEUTICA:
EL PODER EN EL GRUPO/ EL PODER DEL GRUPO»
por José María Maturana

«¿QUIEN TIENE CURA DE QUIEN?: LOS TERAPEUTAS DE LOS PACIENTES O LOS PACIENTES DE LOS TERAPEUTAS»
por Miquel Andreu, Maite Pi y Pilar Sales
Dispensario de Tarragona, Instituto Pere Mata (Reus)

«LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE MALGRAT:
DIEZ AÑOS DESPUES DE SU INTEGRACION A LA RED PUBLICA ASISTENCIAL»
por Valentí Agustí Bassa, Psiquiatra

«DINAMICA SOCIAL Y SINTOMAS INDIVIDUALES»
por Robert Hinshelwood

II. DESARROLLOS CONCEPTUALES EN LA SEPTG Y OTROS COLECTIVOS...

1980 TRABAJOS DEL VIII SYMPOSIUM DE LA SEOTG. MALLORCA. PONENCIAS SOBRE «ENFOQUE GRUPAL EN UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD» Y «TECNICAS DE GRUPO Y PSICOTERAPIA EN LAS TAREAS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD»

«Crítica de una Comunidad Terapéutica»
por Valentí Agustí, Comunidad Terapéutica de Malgrat

«Hacia un Enfoque Grupal en el Sector Sanitario»
por el Colectivo Barcelona, Conclusiones de Ponencia

«Trabajo Grupal en una Pequeña Comunidad»
por Paco Yanes, Centro de Higiene Mental de San Jerónimo

1985 TRABAJOS DEL XIII SYMPOSIUM DE LA SEPTG, MADRID
PONENCIA SOBRE «GRUPOS EN SALUD PUBLICA»
«Técnicas Grupales en la Comunidad. Grupos de Psicoterapia analítica en ASAFES»
por Victor Ortega

«Hacia la Comunidad Terapéutica en Miraflores»
por Margarita Laviana Cuetos (extracto)

1986 XIX JORNADAS SOBRE TEMAS DE INTERES PSIQUIATRICO
ORGANIZADAS POR EL INSTITUTO PERE MATA DE REUS

«La Intervención en los Diferentes Espacios Institucionales y de la Comunidad» (extracto)
por J. García, et al.

1989 IV JORNADAS DE HOSPITALES DE DIA, MURCIA

«El Hospital de Dia como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica»
por J.L. López Atienza, et al.

«El Hospital de Día como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica: Los Fenómenos Transferenciales»
por J.L. López Atienza, et al.

1989 VII JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES Y CENTROS DE DIA

«Grupos Multifamiliar»

por José María Ayerra e Isabel Trigales

III. DE LA HISTORIA ESCRITA DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS...

1925 LIFWYNN FOUNDATION

«Introducción y Comentario al Trabajo de Trigant Burrow»

por el Dr. Juan Campos Avillar

«Nota Resumen acerca del Trabajo de Trigant Burrow»

por el Dr. Hanz Syz

1935 SOCIETY FOR CREATIVE PSYCHOLOGY

«La Técnica de Trabajo Grupal»

por Basil Beaumont

1943 NORTHFIELD EXPERIMENT

Unos Comentarios

por Hanne Campos

1957 HENDERSON HOSPITAL

Unos Comentarios

- por Hanne Campos

1970 ARBOURS

«Una Comunidad Terapéutica. Un lugar donde se reflejan las relaciones de familia.»

por Helen McCormack

IN MEMORIAM DEL DR. TOM MAIN

«El Concepto de Comunidad Terapéutica: Variaciones y Vicisitudes» (1983)

POSTDATA

Esperamos haber suscitado vuestro interés en un tema que no puede dejar de concernirnos a todos y haber presentado motivos suficientes para poder contar con vuestra presencia y contribución en el XX Symposium de la SEPTG en Valencia en Junio 1993.