

NO SOLO DE LENTEJAS VIVE EL HOMBRE MEMORIA SOBRE UN TALLER TESTIMONIAL

Alicia Hernández (lic. en psicología) (argentina)

leandra2006@gmail.com

INDICE

INTRODUCCIÓN

- 1- MARCO INSTITUCIONAL EN EL QUE SE REALIZA EL TALLER TESTIMONIAL
- 2- LINEAMIENTOS CLINICO-TEÓRICOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TALLER TESTIMONIAL
- 3- ENCUADRE
- 4- BREVE RESEÑA SOBRE LOS PARTICIPANTES
- 5- DATOS SOBRE INSERCIÓN SOCIO-ECONÓMICA DE LOS PARTICIPANTES
- 6- ACERCA DE CADA ENCUENTRO
- 7- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PARTICIPANTES
- 8- ORGANIZACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES POS-TALLER
- 9- EVALUACIÓN TEMÁTICA REALIZADA POR LA COORDINADORA
- 10- EVALUACIÓN SOBRE ASPECTOS DEL ENCUADRE ESTABLECIDO PARA LA EXPERIENCIA.
- 11- EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN .

12- CONCLUSIONES.

13- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

" Usted debería ser como el campesino: lo que lo hace feliz el día que siembra no es el pensamiento de la futura cosecha sino el de haber plantado y sembrado convenientemente."

B.K.S. Iyengar

INTRODUCCIÓN

La presente memoria corresponde al proyecto y ejecución de un Taller testimonial para pacientes en proceso de alta y pacientes en tratamiento ambulatorio en el área de Consultorios Externos para Adultos, del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón", Partido de Gral. San Martín, Provincia de Buenos Aires, República Argentina. El mismo se realizó en seis encuentros durante los meses de Mayo y Junio del año 2005.

Es una experiencia piloto, en la que tuve la gratificación de trabajar con la Sra. Graciela Orlate, enfermera de la Sala de Internación que funciona en nuestro servicio, como observadora no participante, rol que se ofreció a tomar como parte de su capacitación como Psicóloga Social, en curso. La coordinación del taller en su dinámica estuvo a mi cargo, no obstante considero que el aporte desde su rol ha tenido una presencia muy importante, y que hemos realizado la tarea con un soporte transferencial e intercambio que favoreció el logro de los objetivos planteados.

Los datos del diagnóstico que fundamentan la implementación del taller son básicamente:

- La inhibición, imposibilidad y/o inercia de ciertos pacientes en relación a su inserción en redes sociales extrafamiliares.
- La dificultad de apropiarse de cuidados de sí ligados a su cuerpo, condicionada por la dimensión psicoafectiva, lo cual a su vez genera inhibiciones y sentimientos de vergüenza en la interacción con los demás. La persistencia de dichas dificultades a pesar del trabajo psicoterapéutico individual realizado hasta la actualidad.
- La consideración de que dichas inhibiciones y dificultades se han instalado en el modo habitual de vida de los pacientes como egosintónicas, situación desde la cual la palabra del analista como instrumento transferencial en el dispositivo analítico individual no mostraba ser eficaz.

Los elementos de evaluación diagnóstica mencionados me llevaron a pensar una estrategia diferente, que excediera el marco de la psicoterapia individual,

proponiéndome como objetivo sintomatizar aquello que se sustraía a la dialéctica de la palabra en el dispositivo analítico y que bien podríamos pensar tomaba la forma de una mostración, o a lo sumo de una queja poco permeable a la dialectización, en momentos precisos.

1- MARCO INSTITUCIONAL EN EL QUE SE REALIZA EL TALLER TESTIMONIAL: CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL H.I.G.A. “EVA PERÓN” EN RELACIÓN A RECURSOS HUMANOS Y DEMANDA.

1.1. DEMANDA Y DISPOSITIVOS.

Nuestro Servicio de Salud Mental cuenta con las siguientes áreas o sectores:

- Guardia psiquiátrica permanente.
- Área de Interconsulta para pacientes internados en otros servicios del hospital.
- Sala de Internación de Agudos, para mujeres (9 plazas).
- Hospital de Día para Adultos (30 plazas).
- Consultorios Externos para Adultos.

1.2. PERFIL DE LAS DIFICULTADES EN ATENCIÓN AMBULATORIA

Hay factores que dificultan la atención y/ o continuación del tratamiento del paciente en cualquiera de las áreas del servicio. Dichos factores pueden ligarse a distintas dimensiones de acuerdo a la singularidad del caso. Vamos a tomar, entre ellos, aquellos que se relacionan con el perfil de los cuadros clínicos que presentan quienes demandan atención en nuestra área. Restringiéndonos al área de Consultorios Externos para Adultos explicitamos algunas de las situaciones y vicisitudes que se observan en los tratamientos ambulatorios una vez que se responde a la demanda de atención de los pacientes :

-Pacientes con evolución crónica de su enfermedad que demandan tratamiento psiquiátrico y psicológico (y tienen continuidad en el tratamiento). Dichos pacientes pueden en determinada etapa de su tratamiento psicoterapéutico recibir un alta, continuando su tratamiento psiquiátrico, de ser necesario.

-Pacientes con evolución crónica de su enfermedad que demandan solo tratamiento psiquiátrico.

- Pacientes con evolución crónica y conductas de riesgo que no tienen continuidad en tratamiento psiquiátrico ni psicológico. Se trata de pacientes que concurren a consultas ambulatorias de manera intermitente, que presentan dificultades para su inclusión en Hospital de Día y también en Consultorios Externos. En general, son pacientes que concurren a la guardia, son internados

de manera reiterada, sin que haya mediado entre cada internación un posible tratamiento ambulatorio continuado.

Se distinguen aquí psicosis funcionales crónicas y los llamados trastornos límite de la personalidad, tomando la conceptualización de Otto Kernberg. Los pacientes cuyo padecimiento se incluye en esta última clasificación muestran una intermitencia en la continuidad de los tratamientos tanto psiquiátrico como psicoterapéutico. Establecen una relación intensa con los profesionales en sus etapas de crisis, pero interrumpen el tratamiento cuando encuentran una mejoría a sus síntomas por la vertiente de la medicación. Si la atención en la etapa de crisis les resultó beneficiosa, suelen volver solicitando atención por los mismos profesionales a través de consultorios externos. No obstante sus episodios críticos requieren muchas veces de internaciones o concurrencia al área de Guardia Psiquiátrica. Suelen tener una limitada contención familiar que va deteriorándose con la repetición de las crisis, ya que las manifestaciones del cuadro que padecen van afectando las estrategias de contención que pueda ofrecer o construir la familia de convivencia a partir de las entrevistas vinculares. Se suma a esta situación, la de aquellos pacientes con vínculos altamente conflictivos con los familiares con quienes conviven, es decir, familiares que no reúnen las mínimas condiciones para ofrecer contención al paciente desde el inicio del tratamiento, sino que por el contrario asumen actitudes desfavorables y que profundizan la crisis del paciente.

Es importante considerar entonces que, las alternativas psicoterapéuticas que se ofrecen en cuanto al ingreso de un paciente en el área de Consultorios Externos, en muchos casos, debido a obstáculos de diversa índole, son desestimadas por el paciente y/ o su grupo familiar. En este sentido, los pacientes con mayores dificultades para el tratamiento psicoterapéutico en el área de consultorios externos son aquellos que presentan una enfermedad con evolución crónica (Psicosis con descompensaciones periódicas) y en el plano de la red social no presentan la mínima contención en el nivel familiar.

De todo lo anteriormente expuesto se infiere que no siempre los pacientes acceden a una atención interdisciplinaria y ambulatoria en psiquiatría y psicoterapia. Esto debe tenerse en cuenta en el trabajo del área. El abandono transitorio del tratamiento psiquiátrico debe diferenciarse de las interrupciones del tratamiento psicoterapéutico. Ambos son factores que nos remiten a dificultades que deben evaluarse como intrínsecas a nuestro trabajo, y que requieren la evaluación permanente de cada caso en el marco de un trabajo en equipo e interdisciplinario.

2. LINEAMIENTOS CLINICO-TEÓRICOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TALLER TESTIMONIAL *“NO SOLO DE LENTEJAS VIVE EL HOMBRE”*

Seguramente, van a encontrar en estos apuntes cuestiones ya leídas y que orientaron la práctica de muchos de ustedes. Si cito a Donald Winnicott para fundamentar este taller, es porque considero que somos integrantes de una realidad

compartida. Es decir, además de ser soporte de los avatares transferenciales de nuestros pacientes, formamos parte de la experiencia cultural. Recordemos las tres áreas que aborda Winnicott:

AREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES. (vida en el mundo)

ÁREA DE LA REALIDAD PSÍQUICA INTERNA.

ÁREA DE LA EXPERIENCIA CULTURAL.

Voy a partir de considerar el área de la experiencia cultural, ubicada por el autor mencionado como parte de la realidad compartida. A esta área corresponden el juego y el sentido del humor, así como también toda la cultura acumulada. El autor la define como un subproducto de la salud y concluye que la misma comienza en el espacio potencial entre un niño y su madre cuando la experiencia le ha enseñado al niño a confiar profundamente en la madre, en que ella no dejará de estar a su lado cuando de pronto la necesite.

La palabra clave en esta conclusión es la palabra confianza.

Tenemos en la obra de Winnicott una terminología donde ciertas palabras portan una significación muy especial para el campo de la psicoterapia y los fenómenos transferenciales que se despliegan en cada tratamiento, o a veces, intento de tratamiento. Siguiendo la línea de su pensamiento y exploraciones, rescato la idea de que la creatividad es el hacer que surge del ser. Para que uno sea y sienta que es, nos dice el autor, la actividad motivada debe prevalecer sobre la actividad reactiva. Las pautas básicas se establecen durante el proceso de maduración emocional, y los factores más influyentes son los que actúan al comienzo.

La creatividad es la conservación durante toda la vida de algo que en rigor pertenece a la experiencia infantil: la capacidad de crear el mundo. Luego, el principio de realidad es el hecho de la existencia del mundo independientemente de que el bebé lo cree o no. El principio de realidad es un insulto, afirma el autor, agregando que el niño, frente a él, tiene mecanismos mentales con los cuales asimilar ese insulto: la sumisión y el recurso de ser creativo. ¿Qué significa vivir creativamente? En palabras del autor, significa no ser muerto o aniquilado todo el tiempo por la sumisión o la reacción a lo que nos llega del mundo. Significa ver las cosas de un modo nuevo todo el tiempo. Todo lo que hacemos, cuando vivimos creativamente, refuerza el sentimiento de que estamos vivos, de que somos nosotros mismos.

La conceptualización de Winnicott sobre la experiencia cultural es el fundamento teórico a partir del cual pude pensar el taller “No solo de lentejas vive el hombre”.

El taller fue concebido como un espacio que ofrece a los integrantes la posibilidad de dar testimonio sobre aquellos aspectos de su vida que se han modificado favorablemente a través del proceso terapéutico, así como también de los fenómenos o hechos que lo han obstaculizado y de los cuales ellos puedan y quieran dar cuenta.

Su espacio temporal es limitado y este límite se fundamenta en el ofrecimiento inicial del espacio a aquellos pacientes con quienes desde hace ya un tiempo estoy considerando el alta y pacientes en tratamiento psicoterapéutico actual. En segunda instancia, incluí a pacientes que concurren a entrevistas por consultorios externos de manera asistemática, intermitente, dependiendo dicha intermitencia de diversos factores

(dichos pacientes tienen en común el concurrir a la consulta en consultorios externos en situaciones de crisis subjetivas que requieren la mayoría de las veces una consulta psiquiátrica para evaluar la necesidad de internación).

Es probable que en el decurso del taller se destaquen problemas de importante prevalencia y que habiliten la apertura de otros talleres con objetivos diferentes. Las demandas o problemas que se formulen se pondrán a consideración de los profesionales del servicio para favorecer a través de la canalización de los mismos el mejor funcionamiento del servicio ofrecido a la comunidad. A continuación, enumero algunos lineamientos que definen las condiciones de implementación del taller en el dispositivo de Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental.

1- En relación con el punto de inclusión de los participantes, el espacio no está pensado como una extensión, prolongación o sustitución del vínculo psicoterapéutico, sino que es ubicable como una zona de transición en el marco institucional en el cual reciben tratamiento. Participan de acuerdo a su motivación y posibilidades, siendo invitados por sus respectivos terapeutas, quienes evaluarán para cada paciente el momento de inclusión y conformación de un taller con el objetivo propuesto.

2- El taller permitirá, a través de cada relato, rescatar aquellos recursos que existen en la comunidad, ligados a capacitación laboral, recreación, y distintas actividades culturales. El objetivo es generar el registro y transmisión de dichos espacios por cada participante para facilitar el conocimiento y el encuentro de dichos espacios a quienes puedan manifestar alguna motivación respecto a su inserción social en el amplio campo de la experiencia cultural. Este objetivo surge de inferencias en la escucha clínica que confirman el estado de aislamiento de muchos pacientes en relación a espacios extra-familiares, y que aún contando con una inquietud, o en muchos casos, con una queja que a veces toma la forma del aburrimiento o del no saber qué hacer, y que en otras ocasiones se formula como un profundo sentimiento de soledad, presentan una insistente dificultad a la que podríamos definir como inhibición y/o evitación en la búsqueda de actividades, ya que las mismas implican establecer un contacto interpersonal extra-familiar, nuevo y extraño.

3- Una situación sumamente importante ligada al punto anterior es la salud odontológica de muchos de los pacientes que concurren al servicio de Salud Mental. No obstante, dichos pacientes sostengan tratamientos y controles periódicos ligados a otras áreas de su salud, la salud bucal de muchos presenta un observable deterioro, a veces extremo. El cuidado de sí mismo en dicho aspecto se halla seriamente afectado, y refuerza en los pacientes sentimientos de vergüenza, ideas de ser rechazados, así como promueve un control permanente de los gestos y la sonrisa para que no se evidencie el problema en la interacción con otros.

4- La participación en los talleres no toma como criterio excluyente la estructura psicopatológica o entidad clínica, sino la posición de los pacientes respecto de las diversas áreas ya mencionadas. El objetivo general (o implícito?) del taller es promover

las potencialidades singulares de sus participantes, lo cual exige un previo conocimiento de la problemática prevaeciente en cada paciente al momento de su participación en el taller, especialmente de aquellos cuyo trastorno limita considerablemente su experiencia cultural, quedando ligados solo a lazos familiares.

5- Teniendo en cuenta el abordaje interdisciplinario de nuestra realidad compartida, el profesional psicólogo, médico o de enfermería que se desempeña en nuestro Servicio y que tenga interés en participar de esta primera experiencia, está invitado a acercarse en el tiempo previo que resta hasta la apertura del taller para profundizar en estos lineamientos y definir su forma de inclusión. No puedo postergar la apertura, ya que la propuesta a los pacientes se realizó meses atrás. De todas maneras quisiera poder anunciarles a ellos, los destinatarios, los posibles cambios en el dispositivo del taller.

6- “No solo de lentejas vive el hombre” puede entenderse con una frase de Winnicott: “Desdichado es el que, durante una fase, advierte que le falta algo que es esencial para el ser humano, mucho más importante que la comida o la supervivencia física.” A eso se refiere cuando habla de vivir creativamente, para lo cual, afirma, no se necesita ningún talento especial.

3. ENCUADRE DEL TALLER TESTIMONIAL “NO SÓLO DE LENTEJAS VIVE EL HOMBRE”

3.1. ASPECTOS ORGANIZATIVOS PREVIOS

El taller se concibe con características de cerrado. Sus fines permiten enmarcarlo como una actividad de trabajo grupal (socialización)

Composición: grupo heterogéneo. Participantes cuyas edades oscilan entre los 33 y 60 años, y presentan diferentes diagnósticos.

Situación en su tratamiento individual: pacientes en proceso de alta y pacientes en tratamiento actual.

Nro. de encuentros: 6

Frecuencia: 1 vez por semana.

Lugar : Servicio de Salud Mental del Hospital Eva Perón

Horario de extensión: 1 hora y media a 2 horas.

Nro. de participantes: 5 (4 sexo F, 1 sexo M)

Coordinación: Lic. Alicia Hernández (psicoterapeuta de los participantes)

Observadora no participante: Graciela Orlate (Personal de enfermería que cumple funciones en la Sala de Internación para mujeres adultas del Servicio de Salud Mental)

3.2 ENCUADRE PARA EL OBJETIVO TESTIMONIAL DURANTE EL TALLER.

- 1- Breve presentación de cada participante.
- 2- Palabras de la coordinadora alusivas a los motivos que fundamentan la apertura del taller, resaltando la importancia de los participantes en su creación, el poder creativo de cada uno de ellos en su vida personal y en su vida comunitaria. La posibilidad de encontrar otros objetivos en común que podrán seguir siendo trabajados en otros espacios. El escuchar a los otros y el ser escuchado por los otros como un primer momento de transición para crear o encontrar otros intereses en común.
- 3- Se invita a los participantes para que acuerden el modo de participación: con anticipación de un orden para tomar la palabra y dar su testimonio sucesivamente o definición en cada momento de apertura del taller. Puede establecerse en la primera reunión, para las sucesivas, por sorteo o elección.
- 4- Explicitación de la actitud de escucha. Se pueden hacer preguntas dirigidas a quienes dan testimonio. Si alguna situación o aspecto de lo que relata un participante le sugiere un pensamiento o decir sobre su propia experiencia de vida puede tenerla presente y explicitarla en el momento en que se abren las preguntas al participante. Si hubiera algún comentario o decir que requiera ser analizado en el espacio de las sesiones individuales, la coordinadora lo señalará.
- 5- Una vez finalizado el relato de un participante y las preguntas, están invitados a realizar un comentario a modo de devolución en el que incluyan la expresión de sentimientos, resaltar aspectos del relato que le impactaron y el modo en que estos aspectos del relato le impactaron.
- 6- La coordinadora irá tomando registro y haciendo señalamientos generales a partir de cada relato, ligados a temas que puedan tener un interés compartido para el resto de los participantes. Los temas en común que se vayan registrando serán mencionados en el tiempo final de cada taller.
- 7- Se invita a los participantes a realizar comentarios sobre cómo han vivenciado el primer encuentro.
- 8- Para la coordinadora: tener presente temas como salud odontológica, medicación psiquiátrica, lugares de capacitación y recreación. La convivencia ligada a la experiencia cultural, el cuidado de sí mismo en general. La diferencia entre fantasía y actividad imaginativa.

4. BREVE RESEÑA SOBRE LOS PARTICIPANTES

1- SRA G. Tiene 54 años. Es masajista, y actualmente ha conseguido trabajo en relación de dependencia. Esto le ha dado la posibilidad de estabilizar y aumentar sus ingresos económicos, ya que las características socio-económicas del barrio que habita no le permiten contar con un ingreso estable. Es separada de su primer matrimonio y de una segunda pareja con quien convivía los fines de semana, y con quien tiene un juicio por lesiones(con posterior intervención quirúrgica oftalmológica para aplicación de un dispositivo o placa) , agresión desencadenada tiempo después de haber tenido

conocimiento la Sra G de que su pareja se relacionaba con otra mujer. Concorre a tratamiento ambulatorio desde mediados del año 2004, de manera intermitente. Presenta:

-Conflictos vinculares con su madre.

-Duelo de única hija que vivió 27 años, padeciendo agenesia del cuerpo caloso, lo cual no permitió su crecimiento y desarrollo normal.

- Duelo por su padre, quien fallece para la misma época que su hija (hace pocos)

-Conflictos con su pareja actual quien presenta cuadro de alcoholismo crónico.

La Sra G acepta con entusiasmo la invitación a participar en el taller. Es la única participante del grupo que cuenta con algunos vínculos extra-familiares, amistosos, personas con las que comparte actividades los fines de semana.

2- SRA M. Tiene 47 años. Luego del segundo encuentro debió ser internada durante dos semanas; no obstante, participa de todos los encuentros del taller con entusiasmo. Comenzó su tratamiento ambulatorio psicoterapéutico y psiquiátrico en agosto de 2004(había realizado tratamiento en años anteriores en otras instituciones). Es la participante con menor tiempo de tratamiento a mi cargo, de quienes participan en el taller. Hacía unas semanas, luego de un conflicto familiar con su yerno, había abandonado la toma de medicación pero concurría a las sesiones psicoterapéuticas y a las evaluaciones psiquiátricas sin comentar nada al respecto. Esta última internación al comienzo del taller fue motivada por una reagudización de su síndrome depresivo ante una decepción amorosa, habiendo presentando ideación suicida y habiendo solicitado ella misma la internación, la cual previa evaluación por el Servicio de guardia se efectuó. La situación vital de sus dos hijas y las características de los vínculos eran obstáculos para el acompañamiento permanente indispensable. Luego del primer día de internación se compensa rápidamente y puede expresar el intenso dolor psíquico que le ha provocado su decepción.

Anteriormente había realizado tratamiento psicoterapéutico en el Centro de Salud cercano a su domicilio, pero manifiesta que la psicóloga que la trataba “no iba” con ella, que concurrió durante un año pero que no hablaba, porque la terapeuta le cuestionaba para qué iba una y otra vez a buscar a quien había sido su última pareja. Desde marzo del 2005, a pocos meses de iniciado su tratamiento conmigo, La Sra M inicia su capacitación para ser coiffeur, capacitación que siempre quiso emprender pero siempre había postergado. Había terminado la primaria siendo adulta, bajo los auspicios negativos e insultos de su marido. Durante los días de internación se ocupa de cortar el pelo a sus compañeras de sala para seguir adquiriendo práctica. Manifiesta que de dicha profesión es lo que más le gusta realizar.

La transferencia de la Sra M se manifestaba desde el principio como silencio; también sonreía mucho y era evidente que algo de mi estilo “iba” con ella. En la segunda entrevista me entrega una carta en la que cuenta que su hermano varón, cuando tenía 13 años y ella 5 abusó de ella (hecho que siguió ocurriendo durante varios años bajo amenaza) En la carta cuenta que a su marido lo conoció a través de su hermano. Que durante su primer embarazo él le daba inyecciones para que abortara y que comenzó a golpearla.

Luego de 9 meses de tratamiento comienza a tener la suficiente confianza terapéutica conmigo. Al momento de comienzo del taller se repite la escena de encuentro con su última pareja(Sr P), pero la Sra M se encuentra posicionada de manera diferente, y enfrenta la decepción y la caída de su ilusión de volver con dicha pareja. Momento de desbordante dolor psíquico, ante el cual se decide la internación para su contención. Dice sentirse discriminada por este hombre (médico) porque le ha dicho que él tiene una hija de 13 años y tiene que pensar en ella, por lo cual no puede pensar en estar con una persona que una vez intentó matarse (hace mención a un intento de suicidio que la Sra M realiza cuando su marido se va de su casa y que ella se lo contó a Sr P. Esta vez , se evita el pasaje al acto, bajo transferencia, y ante la vivencia de un dolor psíquico que la desubjetiviza, pide estar acompañada.

Luego de 18 años de convivencia, signados por violencia emocional y física, él entabla otra relación de pareja y se va de su casa, separación que la Sra M registra como abandono.

La Sra M tuvo en estos años, ya separada de su marido un episodio de agresión con arma blanca. Una de sus hijas estaba embarazada y tenía problemas de violencia con su pareja. Se produce una pelea entre el ex marido de la Sra M y su yerno, ella interviene para separarlos y es atacada por su yerno a golpes. Cuando se levanta entra a su casa, va a la cocina y toma un cuchillo, vuelve a la escena de la pelea y lo acuchilla por la espalda. A pesar de que su yerno es policía, no hace ninguna denuncia, la puñalada no llega a perforarle el pulmón, se atiende en el hospital. Y nunca más se habla del tema.

Actualmente, el trabajo terapéutico con esta paciente ha consistido en tomar yo misma la iniciativa de hablar sobre la violencia en la que ha vivido sumergida y las escenas en las que ella se violenta. De la escena en que ella ejerció su violencia, manifiesta que es “otra Sra M”, argumento al que replico diciendo que lamento anunciarle “que es un aspecto de la misma Sra M”, que no hay dos Sras M. A partir del trabajo sobre esta temática, la Sra M, y en tanto la conduzco a hablar sobre su pasado, la Sra M comienza a registrar emociones penosas , hasta que al poco tiempo de una de una intervención mía manifiesta que estuvo tratando de pensar que “ entre tanta mierda” algo bueno tendría su madre, y entonces dice recordar que su madre la cuidaba y era cariñosa con ella cuando ella (Marina) se enfermaba.

Otro aspecto del trabajo terapéutico consiste en que la Sra M deje de ocupar su vida en cuidar a su nieto, ya que se siente obligada a esto. Su hija responde a los planteos de la Sra M diciéndole “no te falta nada”, y que si sale a trabajar ella no tiene con quien dejar a su hijo.

3- Sra L. Tiene 61 años. Comienza su psicoterapia en edad adulta, hace 5 años. Está medicada con ansiolíticos en dosis moderadas. Padece de hipertensión y de hipertiroidismo. He definido su cuadro como un trastorno narcisista de la personalidad. Vive con su marido, quien padece un cuadro depresivo desde hace varios años, con resistencia a ser tratado , cuadro que se profundiza con la crisis económica del 2001, a partir de la cual se convierte en cartonero para cubrir su cuota de cigarrillos. La pareja tiene dos hijos adultos, ambos profesionales que han atravesado sus propios problemas de inserción laboral en estos últimos años, y de quienes sus padres dependen para la supervivencia. Actualmente, la hija se independizó y el hijo aún vive con ellos. La Sra

L comienza su tratamiento posicionada en la queja de que nadie la quiere. En el curso de su tratamiento se revela el desarrollo de un cáncer de útero, y es intervenida quirúrgicamente, sin presentar hasta la fecha metástasis(su padre había fallecido de CA). Dicha enfermedad moviliza los vínculos familiares, particularmente la relación con sus hijos. A su vez, la actitud de sus hijos le permite resignificar a la Sra L, según ella lo refiere, todas las cuestiones trabajadas en la terapia en relación a su conducta intrusiva y culpabilizante hacia sus hijos, en una demanda que los alejaba, más que acercarlos, alejamiento que interpretaba como falta de amor. Siempre refiere que no le gustaba nada lo que yo como terapeuta decía a veces en mis intervenciones. Refiere que yo decía mucho con pocas palabras y que se quedaba pensando. Cuando pudo, en algún momento previo al tratamiento oncológico, comenzó a hablar de su relación con su pareja, de una relación amorosa poco expresiva, de su vida sexual dejada a un lado desde hace 20 años por un problema de disfunción eréctil ante el cual ella decidió no tener ningún acercamiento erótico más.

En estos años de tratamiento, la Sra L pudo hacer un trabajo psíquico de implicación en relación al despliegue de sus vínculos con sus hijos y con su pareja. Ha llegado a poder autoobservarse en lo que ha dado en llamar un estilo autoritario de vincularse con ellos, y también intrusivo. Actualmente comenzó a disfrutar de salidas de algún fin de semana por invitaciones que le hace su hija para ir al teatro, o a espectáculos de música, dos gustos por los cuales la Sra L manifiesta mucho interés. Su marido no disfruta de estos eventos. La Sra L vive desde hace años encerrada en su mundo familiar.

En el final de su adolescencia había comenzado a estudiar medicina, pero decidió dejar para ayudar a sus padres en un momento de crisis económica, y como ella misma lo dice, ninguno de sus padres le dijo “no, no dejes de estudiar”. Luego se casó y tuvo a sus hijos.

Pacientes en proceso de alta psicoterapéutica institucional.

4- Sra S. 32 años. En tratamiento desde 1998. Comienza el tratamiento con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme de la personalidad. Presentaba ideación delirante. Su crisis se desencadenó a los dos años del fallecimiento de su madre quien desarrolló una enfermedad autoinmune. La paciente cursaba su primer año en Medicina cuando se desencadena la crisis psicótica. Fue medicada durante varios años con neurolépticos. Evoluciona favorablemente. Se le va retirando la medicación. En el área de estudios consigue una beca para estudiar bibliotecología y se recibe en abril del 2005. Actualmente se desempeña como encargada de biblioteca en un colegio privado de nivel secundario de la Pcia. de Buenos Aires. Continúa sin medicación, y me solicita continuar el tratamiento psicoterapéutico en el ámbito privado luego de su participación en el taller, ya que sus horarios de trabajo le impiden la concurrencia al hospital. En el último año, 2004, la Sra S no concurría a las entrevistas en el hospital porque argumentaba estar muy ocupada por el último año de su carrera. Sólo concurrió unas pocas veces ante situaciones puntuales que le generaban cierto malestar psíquico. La Sra S vive con su padre, quien padece un alcoholismo crónico nunca tratado, y con una hermana menor que ella, quien fue un importante sostén en sus años de crisis.

Ambas tiene un hermano mayor que ellas, a quien su padre crió desde pequeño. La familia se sostiene por los ingresos de la Sra S y su hermana (estudiante de veterinaria). En años anteriores, durante su crisis, Silvana recibía un subsidio municipal, cuya cuota no cubría las necesidades básicas.

5- El Sr A. Tiene 41 años. Realiza tratamiento psiquiátrico desde los 18 años. Comienza tratamiento psicoterapéutico a mi cargo en el año 2000. Está separado de su esposa, con quien tienen un hijo de 9 años. Vive con sus padres y uno de sus hermanos. Trabaja en un taller familiar de pintura de asientos de inodoros, junto a su padre y un tío, y realiza artesanías en madera. Su padre es cristiano, su madre de ascendencia árabe. El Sr A cree que su verdadero padre biológico es un primo de su madre. Vive conmovido por la fantasía de ser nombrado califa; desde su adolescencia ha optado por la religión islámica y actualmente concurre frecuentemente a una mezquita en donde se cruza con miembros de la familia materna. Adhiere al islamismo pero critica lo que él interpreta como tergiversaciones del Corán que promueven el sometimiento de la mujer en la cultura musulmana. Por otra parte, aclara que él no es dios, y que su ilusión de ser califa no tiene fecha. A través de sus crisis él va encontrando ciertas coincidencias entre la vida de Mahoma, edades y fechas. A veces comienza un cuadro de ansiedad ligado a la espera expectante de acceder a ser Califa. Escribe poemas ligados a sus vivencias, ora en grupo en la mezquita (siguiendo la sugerencia de un médico que lo trató de joven y le dijo que no era bueno que ore solo). Le escribe poemas de amor a las mozas de los bares a los que va cuando quiere escribir(suele hacerlo en el barrio donde vivía siendo niño)

El objetivo terapéutico con el Sr A en estos años ha sido el de valorar su mundo afectivo y su realidad cotidiana, tratando de que su fantasía y los fenómenos sintomáticos ligados a dicha fantasía incidan lo menos posible en su vida cotidiana. Los síntomas suelen hacerse más intensos en momentos en los cuales no tiene ingresos económicos que le permitan cubrir algunos gastos o en momentos donde su queja por no estar en pareja se transforma en dolor y argumentos de que si no tiene plata las mujeres no se van a interesar en él, o que si les comenta lo del califato se asustan. Cuando tiene algo de dinero suele ir a restaurantes árabes. En años anteriores me comentó que a veces recurría a pagar para tener relaciones sexuales, pero manifestaba que no era lo que él quería. Durante el transcurso de su tratamiento ha podido interesarse en el cuidado de sí mismo, realizando, por épocas natación, gimnasia y consulta a una nutricionista para bajar su sobrepeso. Sostuvo dichas actividades que lo sacaban de su rutina diaria porque disfrutaba de ellas, y cuando trabajamos sobre cierta idea en la que asociaba el estar delgado con etapas de crisis.

Poco antes de comenzar el taller, el Sr A, por primera vez en estos años, trae como relato una escena en la que se enoja con su padre por una actitud de control de dinero en la que, según interpreta él, su padre la involucró a su madre. Se le reprochaba que hubiera gastado cierto dinero, pero lo que más le molestó fue que en el reproche se traslucía que alguno de sus padres daba por supuesto que se lo había gastado con una mujer. Esto lo indignó, y por primera vez lo escuché decir, enojado, que él quiere vender sus artesanías, pero que no quiere que la gente venga a su casa, que él quiere salir a venderlas afuera. Con el Sr A, venía trabajando el alta desde el año pasado, por lo cual la invitación al taller respondía a esto. Temí incluirlo por el hecho de que era el

único paciente de sexo masculino que iba a participar, y temía que esto activara en él su tendencia al enamoramiento o su fantasía de tener muchas mujeres, de la cual siempre hacía comentarios acompañados de risas. Por otra parte, me había declarado su amor desde algunos años atrás y ante mi aclaración sobre la prohibición de los profesionales de relacionarse amorosamente con los pacientes, manifestó que entonces tendría que esperar a que yo no fuera su terapeuta para salir conmigo. Luego, se mostró enamorado de una psicóloga residente y le escribió una nota invitándola a salir. En fin, era el paciente cuya inclusión en el taller más me preocupaba, en función del alta, de sus posibles efectos, y en función de aquello que podría llegar a testimoniar y de cómo eso sería escuchado por los otros pacientes, ya sea por el contenido o por las dificultades que aparecen en su discurso cuando intenta explicitar sus razonamientos y cuando intenta ligar hechos, razonamientos, vivencias y sentimientos a su convicción delirante. Llamativamente, veremos que a contrapelo de mis temores, un efecto explicitado por el Sr A luego de finalizado el taller, y en las últimas sesiones individuales, fue la conmoción que le produjo el hecho de que el taller fuera acotado en el tiempo, que tuviera un principio y un final y que esto lo motivó para iniciar algo nuevo (su convicción autorreferencial de ser erigido Califa nunca se concreta y “tampoco importa cuándo”, manifiesta). Lo importante es que sus crisis adquieren una interpretación ligada a su convicción. Y en última instancia, según manifiesta, ya ni siquiera importa que lo nombren o no lo nombren califa, él sabe que todas sus crisis significan algo en relación a su ser califa.

Pensé entonces, hilando escenas transferenciales, que el solo hecho de ser invitado a participar en el taller ya había tenido en la vida psíquica del Sr A su eficacia: nunca había manifestado un enojo hacia sus padres en años de tratamiento. Y la expresión verbal de su enojo fue sucedida por la expresión de sustraerse a lo intrusivo de las figuras parentales, como si hubiera descubierto dicha intrusión, por la cual además la mirada de los padres lo reducía a un encuentro sexual donde el deseo del partenaire no existe. Poco tiempo atrás, yo le había ofrecido realizar una entrevista con alguno de sus familiares para hablar sobre el alta. El eligió a su madre, por los posibles temores de ella, por la conducta sobreprotectora que siempre tuvo hacia él.

Luego de terminado el taller, el Sr A puso la fecha de finalización de su terapia individual. La última sesión sería anterior a mi licencia. Para mi sorpresa, su madre fallece aproximadamente al mes y medio del alta. El Sr A me pide una entrevista en mi consultorio particular. Le ofrezco, sabiendo de sus dificultades económicas, tener la entrevista en el hospital. Responde que prefiere ir a mi consultorio, que está tranquilo porque pudo acompañar a su madre en sus últimos días y que sólo quiere una o dos entrevistas para hablar de ese tema conmigo y no robarle tiempo al médico tratante, jefe de nuestro servicio que continúa atendiéndolo en su consultorio particular. Me pregunta por mis honorarios al terminar la entrevista, y le digo que por esta vez no le voy a cobrar. Antes de irse me hace un comentario estético sobre un espejo pequeño que hay en una de las paredes del consultorio y que le agradó mucho. Revisando mis notas sobre las sesiones del Sr A en estos años encuentro lo siguiente:

“... porque intuyo, por ejemplo lo del califa, si lo intuí en ese momento fue por algo. Aunque esté equivocado me creo más que a los demás. A mi mamá le creo todo. Los demás son bastantes falsos. Mi papá tiene un sentimiento que es...es una forma de decir

lo que no es. Si fuera por las palabras de mi papá no definió mi forma de sentir y vivir mis propias experiencias. Por ejemplo decía todo lo contrario a lo que hacía. Y eso es una forma de mentir o de transformar. Y mi tío, el hermano, bastante sincero, pero muy persistente en lo que él cree, entonces no te deja razonar un poquito. Mi papá me decía: a los 17 terminás la secundaria, robás un banco y me das la plata a mí. Pero él no la hacía!!”

“ Quise escribir mi autobiografía. Pero fue muy confuso lo que escribía. Me gustó venir más acá y decirte a vos. Es más difícil pensar y escribir yo mismo, y ordenar.”

“Igual que la transmisión de pensamientos con la radio, es para jugar con la fantasía mía. Pero ya no, se hizo fuerte hace unas semanas, Por ejemplo, cantar junto con la radio. Siento los sentimientos de los que cantan conmigo, se hace un contacto muy personal. Debe ser con todos, porque no lo hacen para mí, personal. Yo antes cantaba los discos con Mercedes Sosa, escuchaba la tele , y no me pasaba nada. Lo que pasa es que ahora tengo historia y la mezclo con la historia de la canción. Hasta el Corán es semejante a mi historia. A excepción de la guerra, no!

Octubre de 2001. Luego del atentado a las torres gemelas, el Sr A interrumpe su concurrencia a la mezquita.

“Cuánto más sentís la verdad te fanatizás. Es todo verdad encerrada en lo mismo. Empieces por el punto que empieces. Tal vez no dudes porque está bien ensamblada, entonces es difícil de quebrar. Dudo del presente que está pasando. Los dos , Busch y el otro ni lo nombro, son concientes pero no es que están formando una guerra para destruir uno a otro. O sea, que como está escrito de tal manera..... Bueno, porque cada uno con sus costumbres, ni a nosotros nos van a poner la mujer con velo ni a ellos los van a desnudar. Y tal vez sea ese el tema, uno de los puntos de vista sea esa boludez, que quieren imponer las costumbres más que la religión.”

El Sr A espera que yo haga una publicación con todos sus escritos. Nunca le interesó quedarse con copias u originales de lo que me entregaba.

5. DATOS SOBRE INSERCIÓN SOCIO-ECONÓMICA DE LOS PARTICIPANTES.

Un diagnóstico descriptivo y que resalta algunas características en común de la población que participa de la experiencia:

- La mayoría de los pacientes transitaban y/o transitan su vida cotidiana inmersos en la vida familiar. Viven en barrios donde predomina la vivienda tipo casa. No presentan lazos de amistad extra-familiares, con personas del barrio ni con personas de otros ámbitos.
- Pacientes sin cobertura de obra Social
- Los ingresos económicos de cada paciente no cubren las necesidades básicas
- Los recursos económicos de los participantes provienen de diversas áreas: plan de asistencia social/ taller familiar/ Hijos mayores que cubren con sus ingresos las necesidades básicas de sus padres. Sólo dos personas de las participantes en la

experiencia han logrado al momento una inserción laboral que les permite una mínima estabilidad en el área laboral y/o económica: La estabilidad económica y laboral de estas dos pacientes, como se verá, no deja de ser precaria. No obstante, es un logro en el desarrollo personal de cada uno de ellas.

- La Sra G. Es masajista, ha conseguido trabajo en un salón de masajes que funciona en una galería de capital federal, en el que recibe un porcentaje por sesiones realizadas.
- La Sra S. Tuvo la posibilidad de recibir una beca para estudiar Bibliotecología. Se ha recibido en abril de este año. Actualmente trabaja como bibliotecaria en un colegio privado, con un contrato en negro que se renueva cada tanto meses.
- La Sra M. Recibe un plan de asistencia social cuya cuota es mínima; en pocos meses de iniciado su tratamiento resuelve estudiar peluquería, ya que es algo que siempre le gustó y nunca pudo realizar. Recibe alguna ayuda de sus hijas, pero no es suficiente para lograr una estabilidad que le permita cubrir los gastos que cualquier emprendimiento laboral y/o cultural traen aparejados. Desde el servicio, tratamos de cubrir en forma permanente los medicamentos que requiere en su tratamiento psiquiátrico.
- La Sra L. Está tramitando desde hace un tiempo algún subsidio por discapacidad basado en otras patologías. Estudió hasta 3er. año de medicina. Actualmente tiene 61 años. A partir de la crisis de diciembre de 2001, estando ya en tratamiento psicoterapéutico, su marido, quien ya no tenía un trabajo estable, empieza a trabajar como cartonero, y se profundiza un deterioro de su salud que ya venía desplegándose. Sus dos hijos mayores, que también atravesaron por crisis de desempleo y/o subocupación en estos años, los ayudan en la medida de lo posible. Su participación en el campo de la experiencia cultural, a pesar de que tiene establecidos sus gustos o preferencias hacia algunas manifestaciones artísticas, dependen de las invitaciones que le haga su hija (espectáculos de danza, música clásica, teatro). La Sra L realiza tratamientos y consultas de manera permanente en el hospital, no solo en el servicio de Salud Mental, sino en Endocrinología, Cardiología, Oncología (se realizó histerectomía total por CA de endometrio, es hipertiroidea e hipertensa). Actualmente, y luego de trabajar por iniciativa de su terapeuta el tema de su salud odontológica, ha realizado consulta con el servicio de odontología del hospital. El diagnóstico y pronóstico de su salud bucal requiere de atención en breve plazo, pero debe realizarse estudios previos. De no lograr la necesaria asistencia de su salud odontológica, la Sra L corre el riesgo de atravesar un proceso infeccioso que pueda afectar otras áreas de su organismo y hasta poner en riesgo su vida.
- El Sr A. Trabaja en un taller familiar. A pesar de las posibilidades de tramitar una pensión por discapacidad, el Sr A ha decidido desde hace tiempo prescindir de tal beneficio, a pesar de sus problemas económicos.

Nuestra expectativa es que la experiencia del taller, tenga un impacto positivo en los participantes al poner en marcha la elaboración psíquica de aspectos que hacen a la inserción y participación en la experiencia cultural. Se detecta en los participantes una

inhibición en relación a temáticas vinculares ligadas a espacios extra-familiares, a partir de lo cual pensamos en desentrañar qué aspectos de las vivencias humanas psicoafectivas se han tornado egosintónicos, dados los modos habituales de vida de la mayoría de los participantes. Se agrega como factor contextual que incide en la persistencia de dicha egosintonía, la ruptura de las redes sociales en la comunidad que se ha ido acentuando en los últimos 20 años, así como también el proceso permanente de pauperización al que ha sido sometido la población, llevando cada vez a los sectores de menores recursos a un deterioro en sus condiciones de vida, en contraposición a otras etapas de la historia argentina en las cuales la denominada movilidad social se evidenciaba a través de la posibilidad de las familias de ofrecer a sus hijos las mínimas condiciones para la cobertura de las necesidades en salud, educación, y capacitación para un proyecto futuro. ¿Cómo se relaciona esta situación con nuestros pacientes cotidianos? Pensamos que el refugio en la enfermedad puede llevar al estado de derrumbe permanente de miles de seres humanos, a la cronificación de cuadros psicopatológicos donde predomina el aislamiento y la exclusión de todo lazo social, si no emprendemos la apertura a acciones concretas que permitan a nuestros pacientes, aun considerando los cuadros que presentan, un tiempo de revancha, facilitándoles una genuina inserción social dentro las posibilidades y potencialidades a descubrir. El espacio psicoterapéutico de un hospital público, por sí solo, no alcanza para la rehabilitación, si no tenemos en cuenta que muchos de nuestros pacientes nunca tuvieron ni siquiera las mínimas condiciones para habitar el mundo que existe más allá de las paredes de su casa.

6. ACERCA DE CADA ENCUENTRO.

No realizo una reproducción textual de los testimonios, sino que me interesa rescatar los temas que fueron surgiendo en el diálogo entre participantes.

Durante el primer encuentro se realizó un diálogo informal de presentación y primer acercamiento entre los participantes, pidiéndosele, al que pudiera, diese una explicitación de la expectativa con la que participaba en el taller. La elección del orden de los testimonios y la forma de estipularlo fueron delegados a los participantes. Eligieron por consenso que en cada encuentro se iba a sortear, con papeles, para ver a quién le tocaba dar su testimonio. El segundo encuentro se corresponde con el primer testimonio, y el sorteo le dio la palabra a la Sra M.

Primer testimonio: la Sra M.

Surge como tema a dialogar la importancia del tratamiento psicofarmacológico, a partir de que la Sra M comenta que estuvo internada por haber dejado de tomar la medicación, sin haberlo comunicado. Se abre la posibilidad de analizar dicha conducta a la luz de los conflictos vinculares que la Sra M tenía en ese momento. Se la remite al trabajo del tema en sus sesiones individuales. La Sra M da cuenta en su testimonio de las situaciones de violencia vividas en su infancia, de sus padres alcohólicos, del abuso

sexual a partir de los 6 años, por parte de un hermano varón, adolescente.

Es un testimonio lacónico, entrecortado, y que suscita un diálogo espontáneo entre los participantes, y una discusión a partir de que la Sra G en el diálogo le dice “pobre”. La Sra L reacciona exaltada al escuchar el significante “pobre” que dirige la Sra G hacia la Sra M, ya que este la remite a su propia posición subjetiva de esperar provocar el afecto de los demás “dando lástima”. En el encuentro posterior la Sra L pide comenzar pidiendo disculpas por haber reaccionado en forma verbal y gestual “autoritaria” (hace referencia al uso del dedo señalando a la otra persona con quien dialogaba) y habla su propio esfuerzo por no presentarse ante los demás provocando lástima.

Es a partir de este encuentro que la Sra G deja de concurrir al grupo. En encuentros posteriores propongo dedicar un tiempo para hablar sobre su ausencia. La Sra L manifiesta que no puede evitar sentir que su actitud, aún habiendo pedido disculpas, había provocado el abandono del taller por parte de la Sra G. Los demás participantes se inclinan a pensar y manifiestan que no la veían muy motivada desde el primer encuentro en el que se realizó un diálogo de presentación.

Segundo testimonio: Sra S

En este encuentro se destaca el diálogo que se genera a partir del tema de la pérdida de seres queridos.

También surge como tema el prejuicio con las personas que se atienden en un servicio de salud mental, críticas sobre la calidad de atención en nuestro servicio enfocadas al trato.

Los participantes siguen trayendo información sobre actividades culturales, recreativas, deportivas que se realizan en distintas instituciones.

Se dedica un tiempo a evaluar y decidir conjuntamente acerca de la no concurrencia de la paciente que abandona el taller luego del segundo encuentro (luego del primer testimonio).

La participante Sra M, internada en ese momento, solicita a quien pueda el préstamo de un secador de cabello para poder seguir realizando su capacitación.

El encuentro transcurre en un diálogo en el cual cada participante pregunta a quien da testimonio, y además realiza acotaciones sobre sus propias experiencias o vivencias.

Por ejemplo: el Sr A le pregunta a la Sra M ¿te diste cuenta cuál era la base para que te aceleres. La Sra M responde: mi aceleramiento paró cuando hablé con Alicia de mi mamá. Ahí paré.

Se habla sobre los efectos de la medicación (trastornos de peso y de algunas hormonas)

Se dialoga sobre el impacto que se recibe cuando los médicos dan un diagnóstico, sobre los cambios de diagnóstico a lo largo de la atención.

Tercer testimonio: Sra L

Se trata de una paciente sobre la cual, a pesar de estar realizando un tratamiento psicoterapéutico desde hace varios años, no tengo planificado un proceso de alta. No obstante, me resultaba muy interesante su participación por los posibles efectos que pudieran darse en el área psicoafectiva, y además para que ella misma pudiera confrontarse escuchando otros testimonios, con la idea de que los tratamientos psicoterapéuticos pueden tener un límite, diferente en cada caso singular. La idea que intento transmitir no tiene como eje la noción de límite en sí, sino más bien insertar la noción del límite o alta a través de la escucha de los testimonios de pacientes en procesos de alta, para que impacte sobre el imaginario instalado en pacientes que concurren al servicio de Salud Mental en tratamientos prolongados, acerca de una “normalidad” que siempre se la ubica en el resto de la población que no se atiende en el servicio, reforzando los propios pacientes la discriminación de la cual muchas veces son objeto, sin una actitud activa frente a las mismas, situación que termina generando una posición de autodiscriminación.

Por otra parte, la Sra L podía aportar al grupo su relato acerca de cómo ella misma fue elaborando a través de su terapia cuestiones ligadas a su posición subjetiva en escenas y aspectos de su vida vincular en las que se ubicaba como víctima del desamor de sus familiares, pudiendo hacer consciente que su posición subjetiva la implicaba, ya que ella misma promovía el alejamiento de sus seres queridos, a pesar del cariño que pudieran profesarle y que ella no permitía se manifestara. Veremos en otro apartado y en su propia evaluación los efectos que le produjo su participación en el taller.

Cuarto testimonio: Sr A

A la altura de este encuentro, el Sr A comenta que va a iniciar una actividad nueva. Va a estudiar computación, y ya se anotó en un curso.

El testimonio del Sr A suscita mucho interés en los participantes, y se desliza el diálogo hacia las creencias religiosas y las actitudes contrarias al tratamiento en Salud Mental que propagan algunas congregaciones religiosas.

Se hacen acotaciones esclarecedoras acerca de la pertinencia de poder diferenciar la fe religiosa y las necesidades de ayuda en Salud mental de las personas. Este testimonio, dadas las características discursivas del paciente, llevó más tiempo que el habitual, por lo cual se hizo un pequeño recreo para luego proseguir.

Se realiza un sexto encuentro de cierre, en el cual recuerdo a cada participante que en un encuentro anterior les hice entrega de unas consignas orientadoras para las actividades pos-taller, en las cuales participarán solo ellos. Trabajamos sobre dicho texto orientador. Acordamos que luego de unos meses realizaremos un encuentro para evaluar la experiencia, logros y dificultades en dichas actividades.

En un breve tiempo se deja solos a los participantes para que se tomen los números telefónicos.

Comentarios del último encuentro:

Sra L: Quien presenta un alto riesgo en su salud bucal comenta que ya sacó turno con el odontólogo.

Sra S: continúa su atención odontológica a través de otro hospital, en el servicio de guardia.

Sra M: continúa internada, pero próxima al alta. El resto de los pacientes se despide de ella con muestras de afecto.

Me regala un portarretrato realizado por ella en la sala.

Sr A: promete terminar las artesanías que nos iba a regalar a todos y me dice que programe la última sesión antes de mi licencia, agregando risueño “ya está, no la sigamos estirando”.

Durante todos los encuentros circularon programas sobre espectáculos diversos, direcciones y cursos, material que quedaba a disposición en una carpeta para consulta. La coordinadora y la observadora no participante también aportaban material. Al final de cada encuentro, la observadora no participante, leía a partir de su registro escrito, frases textuales de los participantes.

7. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PARTICIPANTES

JUNIO 2005

ENCUESTA A LOS PARTICIPANTES DEL TALLER TESTIMONIAL “NO SOLO DE LENTEJAS VIVE EL HOMBRE”

Nombre : Sra M

Edad: 47 años

1) En esta serie de encuentros Ud. ha participado del taller brindando su testimonio y escuchando el testimonio de los otros participantes.

¿ Piensa que su participación le ha permitido valorizar o hacer un replanteo sobre algún aspecto de su vida en particular, de su historia, de su presente y/o futuro? Por favor, intente expresar dicha experiencia.

Respuesta: la participación me permitió ver que tenía cosas en común con los otros testimonios.

2) ¿Qué expectativas positivas le generan a Ud. las actividades post-taller que surgieron como objetivos ? Agregue dudas o temores.

Respuesta: las expectativas que me generaron las actividades pos-taller fueron buenas.

3) Tiene alguna crítica que quiera aportar al modo en que fue implementado el taller. Como ítems orientadores podemos considerar: tiempo de duración, frecuencia, estilo de la coordinación, número de participantes, normas de funcionamiento.

Respuesta: El funcionamiento era bueno. Tiempo de duración, fue poco. La frecuencia era aceptable. La coordinación era acorde. La cantidad de participantes, pocos.

- 4) Le pedimos que exprese su apreciación sobre los comentarios que ha recibido de los integrantes de su grupo familiar por su participación en el taller y por su posible participación en las actividades pos-taller.

Respuesta: mi familia estaba de acuerdo con mi participación en el taller y con las actividades pos-taller. Me sentí muy respaldada por mi familia.

- 5) Si los comentarios de algunos integrantes de su grupo familiar fueron o son desfavorables, ¿siente Ud. que dicha actitud puede afectar negativamente sus deseos de participar en las actividades pos-taller?

Respuesta: en ningún momento tuve comentarios desfavorables de mi familia que pudieron afectar con mis deseos de participar en las actividades pos-taller.

Nombre: Sra S

Edad: 32 años

1. En esta serie de encuentros Ud. ha participado del taller brindando su testimonio y escuchando el testimonio de los otros participantes.

¿ Piensa que su participación le ha permitido valorizar o hacer un replanteo sobre algún aspecto de su vida en particular, de su historia, de su presente y/o futuro? Por favor, intente expresar dicha experiencia.

Respuesta: El taller me sirvió para revalorizar el tratamiento recibido. También para activar el tema de salud odontológica. Recuperar mi vida social (que no todo sea el trabajo y la casa) Al escuchar los testimonios me sentí reflejada en algunos puntos:

Sra L: crisis a partir de una pérdida.

Sr A: sus experiencias “místicas” me recordaron dos de mis crisis. Me angustió un poco. Pero cada uno es dueño de creer lo que quiera. Pero lo que más me identificó de todos fue esa idea de lucha y superación que está presente en todos. Esa actitud de decir: bueno, esto es lo que me tocó vivir, ahora cómo sigo adelante, y ponerse en marcha.

2. ¿Qué expectativas positivas le generan a Ud. las actividades post-taller que surgieron como objetivos ? Agregue dudas o temores.

Respuesta: me parece bien. Hasta ahora me reúno con la Sra L (por lo de la hojita de las consignas) y luego nos reunimos con la Sra M y el Sr A en el barcito de la plaza. Estuvo bueno porque nos conocimos más. También nos reímos, charlamos y hablamos de nuestros proyectos. Dudas: todavía no propuse nada, tampoco escuché propuestas. Las

dudas que surgen son: ¿Podremos todo? ¿Querrán venir todos? ¿Tendremos medios?

3. ¿Tiene alguna crítica que quiera aportar al modo en que fue implementado el taller? Como ítems orientadores podemos considerar: tiempo de duración, frecuencia, estilo de la coordinación, número de participantes, normas de funcionamiento.

Respuesta: Así como está el taller me pareció bueno.

4. Le pedimos que exprese su apreciación sobre los comentarios que ha recibido de los integrantes de su grupo familiar por su participación en el taller y por su posible participación en las actividades pos-taller.

Respuesta: A mi familia le pareció bien. No me cuestionaron nada. Incluso se alegraron cuando les dije que el taller formaba parte del “alta institucional”. En el trabajo sí, me pusieron trabas. No entendieron la importancia del taller o priorizaron la producción laboral.

5. Si los comentarios de algunos integrantes de su grupo familiar fueron o son desfavorables, ¿siente Ud. que dicha actitud puede afectar negativamente sus deseos de participar en las actividades pos-taller?

Sin respuesta.

Nombre: Sra L

Edad: 61 años

1. En esta serie de encuentros Ud. ha participado del taller brindando su testimonio y escuchando el testimonio de los otros participantes.

¿Piensa que su participación le ha permitido valorizar o hacer un replanteo sobre algún aspecto de su vida en particular, de su historia, de su presente y/o futuro? Por favor, intente expresar dicha experiencia.

Respuesta. La participación ha sido algo beneficiosa para mí. Replanteo e historia: que me hace falta integrarme con las personas y aprender a escuchar a los demás y no ser dictatorial (subrayado textual en el original)

Presente: me movilizó la historia de la Sra S. Porque pensé en mis hijos, ante la pérdida física mía, no por miedo a la muerte sino el sufrimiento de ellos.

Futuro: espero afirmarme en estos aspectos (entre otros), con la ayuda de la terapia.

2. ¿Qué expectativas positivas le generan a Ud. las actividades post-taller que surgieron como objetivos ? Agregue dudas o temores.

Respuesta. Dichas actividades me generan la posibilidad de salir de mi ostracismo, pero al mismo tiempo me acarrea vergüenza, ansiedad, ya no tanto miedo, pero sí algo que no podría definir con palabras, ante algún rechazo, y también que no se entienda lo que yo expreso.

3. ¿Tiene alguna crítica que quiera aportar al modo en que fue implementado el taller?
Como items orientadores podemos considerar: tiempo de duración, frecuencia, estilo de la coordinación, número de participantes, normas de funcionamiento.

Respuesta. Crítica no, pero fue una sorpresa agradable.

Tiempo de duración: se pasó volando.

Estilo de coordinación: excelente, porque me sentí ayudada.

Nro. De participantes: no tengo objeción.

Normas de funcionamiento: creo que permitieron el espacio a todos.

4. Le pedimos que exprese su apreciación sobre los comentarios que ha recibido de los integrantes de su grupo familiar por su participación en el taller y por su posible participación en las actividades pos-taller.

Respuesta. Mi esposo: Indiferencia. Mis hijos: el apoyo total para que salga y me integre.

5. Si los comentarios de algunos integrantes de su grupo familiar fueron o son desfavorables, ¿siente Ud. que dicha actitud puede afectar negativamente sus deseos de participar en las actividades pos-taller?

Respuesta: si tomamos la INDIFERENCIA de mi esposo como desfavorable, como esposa me duele, pero NO por eso voy a dejarme influenciar. Si hay algo negativo está en mi falta de voluntad (miedo), no en los demás. (Los subrayados son de la paciente)

Nombre: Sr A

Edad:43 años

1. En esta serie de encuentros Ud. ha participado del taller brindando su testimonio y escuchando el testimonio de los otros participantes.

¿ Piensa que su participación le ha permitido valorizar o hacer un replanteo sobre algún aspecto de su vida en particular, de su historia, de su presente y/o futuro? Por favor, intente expresar dicha experiencia.

Respuesta. Valoricé principalmente mi experiencia de mi pasado y sentí un gozo de mi presente. La experiencia más particular fue cuando comenzó mi historia, desde los 18 años de edad, en que fui inexperto para las aptitudes y dones que sentía y hoy gracias a dios, sigo sintiendo con esa misma energía acumulada y pudiendo disfrutarla sin que haga daño en mí.

- 2.¿Qué expectativas positivas le generan a Ud. las actividades post-taller que surgieron como objetivos ? Agregue dudas o temores.

Respuesta. No tengo ningún temor o dudas. Aparte ya experimenté en cierto modo la primera actividad y a mí me resultó satisfactoria (se refiere a un encuentro con los participantes fuera del taller).

3. ¿Tiene alguna crítica que quiera aportar al modo en que fue implementado el taller? Como ítems orientadores podemos considerar: tiempo de duración, frecuencia, estilo de la coordinación, número de participantes, normas de funcionamiento.

Respuesta. Tal vez el tiempo de duración, me hubiera gustado que sea mayor.

4. Le pedimos que exprese su apreciación sobre los comentarios que ha recibido de los integrantes de su grupo familiar por su participación en el taller y por su posible participación en las actividades pos-taller.

Respuesta. Por ser independiente y ya madurando paulatinamente, no tengo ningún comentario en particular, sí diálogos.

5. Si los comentarios de algunos integrantes de su grupo familiar fueron o son desfavorables, ¿siente Ud. que dicha actitud puede afectar negativamente sus deseos de participar en las actividades pos-taller?

Respuesta. No tengo ningún comentario desfavorable.

8. ORGANIZACIÓN POS-TALLER AREA CULTURAL

OBJETIVOS POSIBLES

- 1- Encuentro para hacer caminatas en un parque o lugar de paseo.
- 2- Espectáculos con entrada gratuita que pueden rastrearse en el Clarín de los días jueves o en otros espacios.
- 3- Distintos museos y o lugares (Bosques de Palermo, Puertos), de acuerdo a sus intereses.
- 4- Luego del segundo encuentro pueden pensar en la inclusión de otras personas si así lo desean.

Modalidad: que cada participante piense y ofrezca una salida específica , realice la propuesta a los demás y que aquellos interesados en realizar la actividad propuesta participen en realizar la salida. Las salidas pueden organizarse con la frecuencia que los participantes le impriman de acuerdo a sus posibilidades y acuerdos.

Evaluación de la experiencia post-taller: se puede establecer una reunión luego del segundo o tercer encuentro post-taller, o pueden en el transcurso de la experiencia ir haciendo un testimonio escrito para ser leído y compartido luego del tercer o cuarto encuentro propuesto: qué salida realizaron, quién la propuso, quiénes participaron. Razones o motivos por los cuales algunos no hayan participado, quiénes incluyeron a otras personas.

Asimismo registrar, en caso de imposibilidad de realizar un primer encuentro, los motivos que obstaculizaron realizar el encuentro y postergar el mismo hasta que se pueda realizar con quienes quieran participar.

Comentario: Con la entrega y lectura de las consignas se esclareció a los participantes algunas consideraciones. Se les explicitó que recordaran que no los unía una relación de amistad, que recién se estaban conociendo y que el objetivo de las actividades dependía de la interacción y el diálogo entre ellos, que valía el intento, aunque surgieran dificultades.

9. EVALUACIÓN TEMÁTICA REALIZADA POR LA COORDINADORA

A partir de nuestra experiencia con el taller testimonial que reunió a pacientes en proceso de alta y en tratamiento, observaremos los procesos grupales o serie de fenómenos que fueron emergiendo en el tiempo de su implementación.

- a. Difusión de la información, promovida desde el inicio por los objetivos propuestos por la coordinación, partiendo de la explicitación de que todos formamos parte de la comunidad. Se hizo hincapié en que los factores económicos nos excluyen de participar de determinados eventos, pero hay infinidad de eventos y lugares que son accesibles a todos. La consigna fue “traigamos información sobre esos lugares y compartámosla”.
- b. La posibilidad de escuchar los testimonios permitió en los participantes la vivencia de la esperanza en las posibilidades de superación personal de sus conflictos, e incluso una apertura hacia nuevas posibilidades de que implican un contacto social que estaba inhibido. A pesar de que presentaron dificultades para realizar los encuentros post-taller que se darían una vez finalizados los encuentros en el taller, todos presentaron luego de su participación en el taller algún cambio ligado a su aislamiento en algún aspecto, desde proyectos nuevos planteados al ver que otros pudieron hacerlo, hasta reestablecer vínculos con miembros de la familia de origen de quienes se hallaban alejados desde hacía

años(hermanos, en el caso de la Sra M)

- c. Fenómenos de catexis, más notorios en algunos miembros, que luego eran explicitados en el espacio de la terapia individual. Por ejemplo. La Sra L Dijo haberse conmovido intensamente por el testimonio de la Sra S, quien le despertó un intenso sentimiento de ternura, percibiéndola como una niña que podría ser su hija.
- d. Fenómenos de catarsis e insight. Inferidos de los encuentros y del espacio terapéutico individual.
- e. Fenómenos de resonancia. Ejemplos que se infieren de los testimonios y encuestas de satisfacción. Se manifestaron especialmente sobre el tema de la pérdida de seres queridos, y en otros casos sobre las crisis sufridas en otras etapas.
- f. Fenómenos de asociación reactiva. Se presentaron, sin obturar el aquí y ahora del grupo.
- g. Hubo abandono de una participante luego del segundo encuentro. Abandonó el taller y también su espacio de psicoterapia individual.

Al finalizar el taller, los participantes hicieron entrega de una carta a la dirección del hospital y otra dirigida a mí como terapeuta. Transcribo la última de estas. Aparentemente, la escritura de estas cartas fue asignada a dos personas. La carta a dirección la haría la Sra L, por manejar según el grupo, un discurso más formal. La carta dirigida a mí, debía expresar sentimientos en común hacia la terapeuta y fue encomendada al Sr A.

Evalúo que el sostenido interés de los pacientes por ser protagonistas en este espacio de taller, les ha permitido registrar la vivencia de haber hecho una creación colectiva, fuera del espacio familiar.

Carta dirigida a la terapeuta.

“Si tal vez el tiempo nos haga madurar y las hojas del otoño caigan sin cesar, es que también estuviste tú, en mi momento. Sí, tú, quien en cada escucha de llanto, en cada palabra de aliento que diste nos aliviabas y seguís aliviando nuestros segundos, con las caricias de tu voz y un ..ya va a pasar...

En mi caso con escrituras a mil por horas y siempre junto a los pacientes que te necesitamos. Con amor y respeto incondicional, estuviste y seguirás estando.

Para la licenciada que creó un mundo de ilusiones en el grupo nominado “No solo de lentejas vive el hombre”, para Alicia Hernández con todo nuestro agradecimiento queremos firmar y dejar constancia que cuando las cosas sirven, ¡ Sirven!

Firmas.

Comentario de la terapeuta.

Cuando recibí esta carta, además de emocionarme, confirmé una vez más el sentido y la vigencia de la transmisión que nos legó D. Winnicott. Por último, aclaro, lo de “incondicional” no hay que tomarlo en su literalidad. Por favor. Como dijo la Sra L: “Bueno, incondicional.... dentro de sus posibilidades”.

10. EVALUACIÓN SOBRE ASPECTOS DEL ENCUADRE ESTABLECIDO PARA LA EXPERIENCIA.

Considerando la posibilidad de implementación de un nuevo taller, deberíamos tener en cuenta la modificación de algunos aspectos, como ser:

A) A) Número de participantes: sería favorable realizar la experiencia con un grupo mediano. Esto evitaría posibles desintegraciones del grupo por deserción. Consideramos que este grupo tuvo un alto grado de cohesión dado por el hecho de que todos eran pacientes en psicoterapia individual de la psicóloga coordinadora. Los participantes han realizado su propia crítica en cuanto a duración y número de participantes. No obstante, resulta favorable mantener la proporción entre duración y número de testimonios. El uso de cada encuentro para un testimonio previene o evita que los participantes reciban un exceso de relatos que podría generar un estado de inhibición o fatiga en su capacidad de escucha, obstaculizando la generación de los efectos terapéuticos que pueden lograrse a través del despliegue de los fenómenos grupales.

B) Considerar la proporción entre pacientes en proceso de alta, pacientes en tratamiento con continuidad, y darle participación a aquellos pacientes que recién inician tratamiento y se hallan en entrevistas preliminares, sin tener aún un vínculo transferencial que se despliegue acompañado de presencia. Me refiero a los pacientes que desde las primeras entrevistas muestran una intermitencia que muchas veces se transforma en interrupción y/o abandono del espacio. En este nuevo espacio debería evaluarse si incluir o no las actividades pos-taller, dado que se incluyen personas que recién inician el tratamiento y se encuentran en estado de crisis subjetiva.

11. EVALUACIÓN DEL PROYECTO .

Los procedimientos usados como puntos de referencia para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos son cualitativos, y se basan en la identificación de necesidades que fundamentaron el proyecto, como así también en un análisis de aquellos cambios y apreciaciones explicitados por los participantes en forma verbal y escrita, y a través de las sesiones psicoterapéuticas individuales.

El tema convocante (dar testimonio) ofició en principio como eje y motivo de los encuentros. No obstante, como queda explicitado en el proyecto, incluido en esta memoria, los objetivos del proyecto no se limitaban al solo testimonio, sino que se esperaba este fuera una vía posible de generación de efectos psicoterapéuticos ligados a la evaluación diagnóstica mencionada, al poner en juego el despliegue de transferencias múltiples a través de la escucha y la confrontación con otros. En algunos casos, los efectos psicoterapéuticos excedieron el campo de los participantes, generando cambios en los propios familiares varios de los cuales a pesar del haber sido orientados para realizar psicoterapia, han sido refractarios a la misma. En otros, y me refiero aquí a los pacientes en proceso de alta institucional, ha generado una demanda de continuación de su terapia en el ámbito privado, dado que su nueva inserción laboral impide su continuación en el ámbito hospitalario.

Más allá de la evaluación en términos académicos profesionales y teóricos que he realizado, pienso que la evaluación cualitativa más esclarecedora surge de la palabra de mis pacientes, y de su protagonismo. Es sugerente la pregunta que hacían en el primer encuentro. ¿Quién lo creó? ¿De quién fue la idea? Me di cuenta y pude decir que la idea fue mía, pero que ellos lo iban a crear y hacer posible.

Punto 1) Redes Sociales.

Los participantes tuvieron dificultades para realizar las actividades pos-taller. Los obstáculos fueron fundamentalmente de orden económico, y en algunas ocasiones ligados a situaciones personales o familiares de problemas de salud. No obstante pudieron mantenerse en contacto telefónico en el transcurso de los meses posteriores, entablando diálogos sobre las problemáticas personales y/o familiares que atravesaban en dichos momentos, ejerciendo así la capacidad de escuchar a los demás y recibiendo la capacidad de ser escuchados.

Punto 2) Cuidados de sí mismo.

Salud odontológica: todos los pacientes comenzaron la búsqueda de atención odontológica y lograron llevarla a cabo. De los pacientes que necesitaban prótesis, sólo uno de ellos pudo realizarla luego de extracciones múltiples en el servicio de odontología de nuestro hospital, realizando la prótesis en el ámbito privado y con la ayuda económica de sus hijos. Los pacientes que necesitaban prótesis pero que no contaban con ningún apoyo económico no han podido realizarla.

Aspecto psicofarmacológico de los tratamientos: el espacio del taller funcionó como esclarecedor del lugar que ocupa el mismo y de la responsabilidad que le compete al paciente en dicho aspecto, promoviendo una valoración realista, despojando prejuicios y atributos mágicos. A su vez, el tema permitió reflexionar acerca de la vulnerabilidad de la condición humana y la importancia de recibir atención en salud mental, minimizando los prejuicios generalizados y la autodiscriminación que en muchas ocasiones atenta contra la continuidad de los tratamientos. El diálogo sobre la experiencia de los pacientes sirvió para esclarecer los límites en cuanto a incumbencias por parte de las instituciones religiosas, partiendo de la realidad de que en muchas de ellas se promueve o aconseja a las personas que abandonen todo tratamiento.

En líneas generales, los participantes vivenciaron su pasaje por el taller como una experiencia de socialización, de apertura favorable hacia otras personas ajenas a su grupo familiar. El aislamiento egosintónico se transformó en egodistónico a partir de la experiencia del taller, dando lugar en la psicoterapia individual a preguntas acerca de posiciones subjetivas, que se ligaron a su vez con escenas infantiles. Por otra parte, la promoción de conductas que apunten al cuidado de sí se extendió a otros miembros de la familia de los participantes.

El día 14 de enero de 2006 se realizó un encuentro con los pacientes para evaluación conjunta. El Sr A trajo sus artesanías como regalo. La Sra M comentó que terminó el curso de peluquería y piensa continuar perfeccionándose. También comentó que hace dos meses que no toma una de las medicaciones sin habérselo comentado a su médico. La Sra L habló de su logro de atravesar puertas (la del Servicio de Odontología). La Sra S comentó sobre los cursos de perfeccionamiento como bibliotecaria, y de los cursos dictados por ella a los alumnos del Colegio.

12- CONCLUSIONES

De la evaluación del proyecto de intervención , taller testimonial “No sólo de lentejas vive el hombre”, se infiere el posible beneficio de articular la implementación de los talleres testimoniales, convocando a integrar los mismos a los pacientes ambulatorios que comienzan un tratamiento en el área de Consultorios Externos de nuestro servicio , a quienes tienen ya cierta continuidad en el tiempo de sus tratamientos y a quienes se evalúa como pacientes en proceso de alta. La experiencia realizada nos conduce a reconocer la efectividad de dicha implementación como parte del dispositivo de atención ambulatoria en el 3er. Nivel de Atención en salud Mental.

Asimismo, se infiere la necesidad de articular un proyecto para subsidiar la capacitación de los pacientes en tratamiento ambulatorio cuyas potencialidades no pueden desplegarse plenamente por falta de recursos económicos, y no por factores intrínsecos a la dimensión psíquica de sus conflictos. Se considera que dichos factores sostenidos en el tiempo promueven y alientan un camino de cronificación o refugio en la enfermedad . Nos mueve la convicción de que es desde el Estado que se debe considerar de manera seria la implementación de un sostén específico para que la

dimensión socio-cultural de los pacientes pueda potenciarse en todos los sentidos posibles, apuntando a mejorar su calidad de vida, al desarrollo de sus habilidades sociales, y ofreciéndoles el soporte necesario para transitar una verdadera inclusión socio-cultural.

RESUMEN

La autora describe la evolución un grupo para pacientes en proceso de alta y pacientes graves en tratamiento ambulatorio en el área de Consultorios Externos para Adultos, del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” de la Buenos Aires en seis encuentros

El trabajo presenta la implementación de un taller testimonial denominado “No solo de lentejas vive el hombre”, realizado en el marco institucional hospitalario del sector Público (Hospital I.G.A. EVA PERON, Provincia de Buenos Aires, república Argentina) , en el área de Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental. El dispositivo del taller se crea a partir de identificar en la práctica psicoterapéutica ambulatoria: el aislamiento, la imposibilidad de construir lazos exogámicos desde los intereses de cada participante, la vivencia de fracaso que toma cuerpo en la vida de quienes no pueden plantearse proyectos personales que enriquezcan su vida- por no contar con los recursos económicos para acceder a la realización de dichos proyectos-, el estado de vulnerabilidad psíquica que genera dicha situación sostenida en el tiempo, en la vida cotidiana.

El taller , además de ser una experiencia de socialización en sí mismo, brinda la posibilidad de evaluar y distinguir los distintos factores que impiden la inserción social y cultural de la población asistida, y desde este ángulo, se erige como un acto de prevención que evita el estigma de “cronificación” de las personas que requieren tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico.La experiencia fue exitosa pero se vio limitada por los graves problemas socioeconómicos de los pacientes. Se infiere la necesidad de articular un proyecto para subsidiar la capacitación de los pacientes en tratamiento ambulatorio cuyas potencialidades no pueden desplegarse plenamente por falta de recursos económicos, y no por factores intrínsecos a la dimensión psíquica de sus conflictos. Se considera que dichos factores sostenidos en el tiempo promueven y alientan un camino de cronificación o refugio en la enfermedad . Se debe implementar un sostén específico para que la dimensión socio-cultural de los pacientes pueda potenciarse en todos los sentidos posibles, apuntando a mejorar su calidad de vida, al desarrollo de sus habilidades sociales, y ofreciéndoles el soporte necesario para transitar una verdadera inclusión socio-cultural.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia grupal breve. Pacientes con necesidad social.

SUMMARY

The author describes a brief group psychotherapy program for severely disturbed outpatients in the Servicio de Salud Mental from the Hospital Interzonal General “Eva Perón”, Buenos Aires. The favourable results were limited due to the poor socio-cultural conditions of the patients involved

This work presents the implementation of a testimonial workshop named “Not only from lentils man lives”, which took place in the frame of reference of a public provincial hospital (Hospital I.G.A. EVA PERON, Province of Buenos Aires, Argentina) in the area of External Consultory Rooms of the Mental Health Service. This workshop was (and is) created from the identification – through psychotherapy use in ambulatory patients- of these situations: isolation, impossibility to develop exogamic bonds based on the interests of each participant, the experience of failure taking over the lives of those who cannot think of personal projects that might enrich their prospects- because they do not count on the minimum economical resources to reach the fulfillment of their vital objectives- and finally the state of psychic vulnerability caused by that situation running steadily through time in daily life.

The workshop, besides being itself an experience of socialization, brings the chance to evaluate and distinguish between the different factors that block social and cultural inclusion of the people who is assisted, and, from this angle, it stands as a preventive fact that avoids the “chronichood” stigma of those who require psychotherapeutic or psychiatric treatment.

KEY WORDS

Brief group Psychotherapy; socially deprived patients

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Guimón, J. (2001a). *Intervenciones en Psiquiatría comunitaria* (Vol. 3). Madrid: Core Academic.

Guimón, J. (2001c). *Introduction à la Psychothérapie de Groupe*. Paris: Mason. Thérapie groupale dynamique intensive et brève. *Psychothérapies*, 18(1), 15-21

Kernberg, O. (1986). *Internal world and external reality. Object relations theory applied*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1980). Neurosis, psychosis and the borderline states. In H. I. Kaplan & A. M. Freedman & B. J. Sadock (Eds.), *Textbook of psychiatry* (Vol. Vol 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

-Bibliografía del Curso de Especialización de Gestión Clínica en Salud Mental, año 2005.

Realidad y Juego. Donal W. Winnicott

El hogar, nuestro punto de partida. Donald W. Winnicott

Trastornos graves de la personalidad O.F. Kernberg

Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health

Vol. 6, núm.1 - Marzo 2007

Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE

Revista Internacional On-line / An International On-line Journal