

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

# 50



## GRUPOS

PASADO Y PRESENTE DE LOS GRUPOS EN  
EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

*Amenta / Campi / Catharino / Edelman  
Fernández Alvarez Gagliesi / Goldchluk  
Hamuy Kordon / Lagomarsino / Minster  
Pérez / Postare / Tortorolo / Vainer / Villar*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XIII - N° 50 Diciembre 2002 – Enero – Febrero 2003

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

#### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, G. Lanteri-Laura, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERU:** M. Hernández. **URUGUAY:** E. Probst.

#### Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluck, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusевич, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Silvia Wikinski.

#### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Matta (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, H. López, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

#### Corresponsales en el Exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

#### Informes y correspondencia:

**VERTEX**, Moreno 1785, 5° piso  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

#### En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño  
Coordinación y Corrección:  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Moreno 1785, 5° piso  
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:  
New Press Grupo Impresor S.A.  
Paraguay 264 (B1868BXF)  
Avellaneda, Pcia. de Bs. As.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIII N° 50, DICIEMBRE 2002 – ENERO – FEBRERO 2003

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

## SUMARIO

**Vertex**  
*Revista Argentina de Psiquiatría*

Aparición trimestral: marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con dos Suplementos anuales.

Indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" (LILACS) y MEDLINE.

Para consultar listado completo de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com](http://www.editorialpolemos.com)

*Ilustración de tapa*  
Cristina S. Petrovich  
El Quijote  
1999 Oleo

60 cm x 80 cm  
1er Premio Salón de Otoño  
Fundación Banco Cooperativo de Caseros

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Trastorno Psicótico por Insuficiencia Suprarrenal Secundaria a Corticoides Exógenos. Revisión Bibliográfica y Presentación de un Caso Clínico**, M. Ruiz, E. Dabi, D. Matusevich, C. Finkelsztejn pág. 245
- **Corporalidad y Psicósomática** M. L. Rovaletti pág. 251

### DOSSIER

#### GRUPOS. PASADO Y PRESENTE DE LOS GRUPOS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

- **Crisis social, grupalidad espontánea y dispositivos grupales**, L. Edelman, D. Kordon pág. 261
- **Terapia cognitiva de grupo**, A. Pérez, H. Fernández Alvarez pág. 267
- **Eficacia en grupos terapéuticos homogéneos: Tercera edad y homosexualidad**, P. Gagliesi pág. 273
- **¿Qué es la ayuda mutua? La experiencia de la Fundación de Bipolares de Argentina (Fubipa)**, A. J. Lagomarsino, D. Minster, J. C. Catharino pág. 279
- **Grupo de reflexión sobre el desempleo. Informe de una experiencia**, J. E. Tortorolo pág. 285
- **Cambio psíquico en pacientes esquizofrénicos en tratamiento grupal**, M. Amenta, M. Campi, A. Goldchluk, F. Postare, E. Hamuy, V. Villar pág. 291
- **Entrevista a Armando Bauleo**, A. Vainer pág. 301

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Historia y evolución de la psicología y la psicoterapia de grupo en la Argentina**, L. Grinberg, M. Langer, M. Mom, J. Morgan, J. Puget, J. Usandivaras pág. 307

### CONFRONTACIONES

- **Aspectos conceptuales de los indicadores de calidad para un sistema de Salud Mental**, M. Agrest, M. Nemirovsky pág. 311

### SEÑALES

- **Lecturas** pág. 319
- **Señales** pág. 320

**EDITORIAL****C**

on esta entrega alcanzamos los cincuenta números de Vertex. Más de una docena de años nos separan del comienzo de ese proyecto que parecía utópico en sus comienzos y que hoy ya ocupa un lugar familiar a los psiquiatras y demás profesionales de la Salud Mental en la Argentina. El Comité Editorial actual ha crecido en número y madurez de sus miembros para llevar adelante la edición de Vertex hasta convertirse en un verdadero sujeto intelectual colectivo. Sin embargo, muchas veces hemos dicho que a los que tenemos la responsabilidad de ponerla en páginas nos cabe sólo una parte del éxito alcanzado. El valor fundamental es aportado por los autores de los más de setecientos artículos publicados a lo largo de estos años. A través de ellos, lo cual era una de las premisas fundamentales de nuestra revista, se estableció una fecunda comunicación entre los psiquiatras de distintos puntos del país. Más aún, la vigencia y vitalidad de Vertex la hizo merecedora de ingresar en las bases de datos más prestigiosas del mundo y, por esa vía, proyectar la producción del trabajo y el pensamiento de los profesionales e investigadores de nuestro medio a las más lejanas latitudes. Nacimos en un 1990 sacudido por aquella hiperinflación de triste recuerdo que asoló a nuestro país. Las dificultades materiales para aquel parto fueron muchas pero, poco a poco, las fuimos remontando con ingenio, mucho esfuerzo y la indefectible compañía de nuestros suscriptores. Hoy, cincuenta números después, atravesamos la crisis de mayores proporciones de nuestra historia. La misma no dejó, obviamente, incólume a nuestra revista: una expresiva ausencia de anunciantes durante este año –a excepción de algunos pocos que no cesaron en acompañarnos– nos puso en tensión y nos llevó a redoblar el trabajo para cumplir con el compromiso de estar, puntualmente, cada dos meses junto a nuestros lectores. Entre aquella hiperinflación y la época actual se extiende un período que comenzó prometiendo los beneficios del modelo económico neoliberal. Esa propuesta se demostró dañina hasta lo increíble cuando se observa el panorama en el que desembocó. En el Editorial del número anterior de Vertex alertamos, con alarma y dolor, sobre el flagelo de la desnutrición infantil, y sus consecuencias actuales y futuras, que golpea cruelmente a la inmensa masa de compatriotas sumergidos en la pobreza y la marginación generados por ese modelo económico y político. Las luctuosas e indignantes noticias sobre nuestros niños que mueren de hambre en Tucumán, Catamarca y hasta en las puertas de Buenos Aires, viene, desgraciadamente, a confirmar lo que advertíamos desde nuestras páginas. Más aún, ese ejemplo particular no es más que el emergente de una situación sanitaria y social mucho más grave y extendida: otro tanto puede decirse de la situación de innumerables mujeres en etapas de gestación y puerperio, de nuestros viejos, de los pacientes de alto riesgo como los insuficientes renales, los afectados de SIDA, los diabéticos y otras personas que se ubican en poblaciones de alto riesgo. Y a pesar de todo hay que seguir. Contra viento y marea, hay que seguir. Como los desposeídos de toda laya que se aferran a la esperanza de una vida más digna contamos con nuestra fuerza y solidaridad para continuar adelante con nuestros proyectos e imaginar una Argentina mejor, más justa y equitativa, que premie el trabajo y el esfuerzo de quienes la hacemos día a día ■

**J. C. Stagnaro - D. Wintrebert**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, Y de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:  
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).  
Bibliografía: 1. Adams, J., ...  
4. De López, P., ...
  - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
  - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

## INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

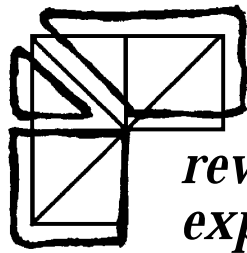
- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (aprox. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:  
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).  
Bibliography: 1. Adams, J., ...

4. De Lopez, P., ...

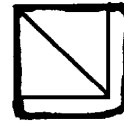
- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
  - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
  - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
  - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
  - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
  - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
  - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

## RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
  - 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
  - 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :  
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).  
Bibliographie: 1. Adams, J.,...  
4. De López, P.,...
  - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
  - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.
- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque\* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
  - 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
  - 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
  - 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
  - 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
  - 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.



revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias



# Trastorno Psicótico por Insuficiencia Suprarrenal Secundaria a Corticoides Exógenos

## Revisión Bibliográfica y Presentación de un Caso Clínico

**Martín Ruiz**

*Médico, residente tercer año, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).  
mruiz@elaleph.com La Pampa 3675 (1430) Ciudad de Buenos Aires, Argentina*

**Eugenia Dabi**

*Médica Especialista en Psiquiatra, Coordinadora Sala de Internación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).*

**Daniel Matusevich**

*Médico Especialista en Psiquiatría, Jefe Sala de Internación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).*

**Carlos Finkelsztein**

*Médico Psiquiatra, Jefe Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).*

---

### Resumen

**Objetivo:** Los corticoides, como agentes terapéuticos, han sido asociados con manifestaciones psiquiátricas que van desde alteraciones del estado de ánimo hasta psicosis floridas. Los casos comunicados hasta ahora han sido cuadros psicóticos, ya sea durante la suspensión abrupta de tratamientos prolongados con corticoides exógenos o durante la administración de los mismos. Comunicamos un caso clínico en el cual la administración exógena de corticoides en corto tiempo produjo una inhibición del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal que se presentó como un cuadro psicótico dos semanas después. **Método:** Presentación de caso clínico, revisión bibliográfica y discusión teórica. **Resultados:** La documentación es escasa y consiste solamente en casos clínicos aislados. No hallamos en nuestra revisión bibliográfica ningún caso comunicado como el que presentamos en este trabajo. **Conclusiones:** La literatura concerniente a la prevención y manejo de los efectos adversos psiquiátricos de los corticoides es rudimentaria y contiene, sobre todo, muchas anécdotas clínicas. Debido a la carencia de estudios formales validados, estos informes son, actualmente, los únicos que guían al clínico en el manejo de estos problemas.

**Palabras clave:** Corticoides – Psicosis esteroidea – Efectos adversos de corticoides – Eje adrenal – Insuficiencia adrenal.

ADRENOLCORTICAL SUPPRESSION SECONDARY TO 24 HOURS ADMINISTERED EXOGENOUS DEPOT CORTICOSTEROIDS PRESENTING WITH PSYCHOSIS

### Summary

**Objective:** Since their introduction as therapeutic agents, corticosteroids have been associated with psychiatric symptoms ranging from mood disturbances to (florid) psychosis. By the time there have been reported psychotic reactions in patients receiving steroids or after sudden withdrawal of long time corticosteroid therapy. We communicate a clinical case in which the exogenous short-treatment with corticosteroids produced an hypothalamic-pituitary-adrenal axis inhibition leads to a psychotic disorder two weeks later. **Method:** Case presentation, clinical and research literature review, and theoretical discussion. **Results:** There is consensus in the literature that corticosteroids may induce psychotic disorders, but the published evidence documenting so is scant, consisting only of case reports. We did not find any reported case provoked by depot steroids like the one we present. **Conclusions:** The literature concerned with the prevention and management of corticosteroid-induced psychiatric adverse effects is rudimentary, and contains large amounts of clinical anecdotes. Due to the lack of formal and validated studies, these reports currently provide the only available direction to clinicians in managing these problems.

**Key Words:** Corticosteroids – Steroid psychosis – Corticosteroid adverse effects – Adrenal axis – Adrenal insufficiency.

## Introducción

En 1849 Berthold, estudiando los efectos de las hormonas esteroideas, diseñó el primer estudio formal que relacionaba el comportamiento con la función endócrina. De esta manera abrió las puertas de la ciencia neuroendocrinológica(18).

En este trabajo, a propósito de un caso clínico, presentamos una búsqueda bibliográfica sobre la relación existente entre las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, la administración de corticoides y la sintomatología psiquiátrica.

La relevancia de esta revisión radica en que, tomando en cuenta las primeras investigaciones, se ha avanzado en los conocimientos y en las técnicas de estudio, aunque todavía no se puede explicar el mecanismo último por el cual las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal se pueden presentar con síntomas psiquiátricos(18, 23, 26, 33, 43).

## Corticoides y Síntomas Psiquiátricos

Desde la introducción de los corticoides como agentes terapéuticos, estos han sido asociados con manifestaciones psiquiátricas que van desde alteraciones del estado de ánimo hasta psicosis floridas. Estos síntomas, considerados efectos adversos, son variados y difíciles de predecir (6, 7, 14, 17, 21, 22, 43).

Los corticoides producirían alteraciones mentales en el 3% de los pacientes, siendo casi un tercio de estos cuadros episodios maníacos o hipomaníacos(36, 29). Los otros síntomas psiquiátricos más frecuentemente observados en tratamientos con altas dosis de corticoides son depresión, alucinaciones, paranoia, catatonía y confusión(1).

Un estudio realizado en voluntarios sanos, utilizando bajas dosis de corticoides, encontró tristeza, astenia y confusión en el 75% de los individuos(41). Otro estudio, también realizado en voluntarios sanos, demostró que los corticoides inducen alteraciones importantes en la memoria declarativa(26).

La mayoría de los autores coinciden en que los síntomas psiquiátricos comienzan, generalmente, durante las dos primeras semanas de tratamiento(6, 14, 25). Lewis y Smith(21) hallaron que la aparición de síntomas se produce durante la primera semana en el 43% de los casos y dentro de las primeras seis semanas en el 93% (con una media de 11 días). También existe un informe que refiere que aún por la administración de corticoides durante lapsos menores a 24 horas podrían desarrollarse cuadros psiquiátricos(13).

Si bien la mayoría de los trabajos coinciden acerca del tiempo de aparición de los síntomas, no existe consenso en cuanto a las dosis necesarias para producir efectos adversos; para algunos autores ni siquiera existiría relación con las dosis administradas(13, 24,

34). Sin embargo, en el *Boston Collaboration Study*(4) se encontraron reacciones psiquiátricas en el 1,3% de pacientes hospitalizados que recibían 40 mg/día de *prednisolona*, en el 4,6% de los que recibían entre 41 y 80 mg/día y en el 18,4% de los pacientes que recibían 80 mg/día o más. Basándose en la observación de que los efectos adversos tienden a ocurrir con dosis altas, algunos autores proponen que factores que influyan de forma importante en la concentración no unida a proteínas de la *prednisolona* podrían incrementar la vulnerabilidad a efectos tóxicos(28).

Aunque muchos de los informes son acerca de pacientes que se encuentran en tratamiento continuado con corticoides, también hay descripciones de cuadros psiquiátricos que se produjeron con tratamientos de dosis alternadas, con pulsos y hasta con una única inyección de corticoides. En este último caso la presentación clínica fue un cuadro maníaco, interpretado por los autores como secundario al exceso de corticoides(28, 31).

Glynn-Janes et al.(12) comunicaron casos donde la toxicidad psiquiátrica fue aparentemente abolida dividiendo las dosis diarias; postulan que el pico plasmático sería el responsable de la toxicidad.

Se sabe que la discontinuación del tratamiento también produce cuadros psiquiátricos; se han descrito manía, depresión (con y sin psicosis), delirios y síndromes demenciales. Los hallazgos clínicos descritos se presentan luego de suspensiones abruptas del corticoide en tratamientos prolongados(15, 37).

Al corresponder la mayoría de los casos informados a pacientes mujeres, se ha postulado al sexo femenino como un factor de riesgo(21). Esta preponderancia podría deberse a una mayor prevalencia de las enfermedades reumatológicas en mujeres y, por lo tanto, a la mayor utilización de corticoides en el sexo femenino(21, 22). No obstante, hasta la fecha no existen predictores ni factores de riesgo demostrados para las alteraciones psiquiátricas inducidas por corticoides(14, 21, 25).

En cuanto al tratamiento, con la discontinuación de los corticoides el cuadro remite dentro de las 6 semanas en el 90% de los pacientes(21). Algunos informes refieren que, junto con la reducción o discontinuación de los corticoides, es efectiva la administración simultánea de litio o neurolépticos en el tratamiento agudo de los síntomas psiquiátricos inducidos por esteroides(4, 10, 14, 21, 31).

En circunstancias donde los síntomas aparecen durante la discontinuación de los corticoides puede ser una opción terapéutica el reinicio del tratamiento(15, 37).

## Corticoides y Psicosis

Los corticoides pueden inducir cuadros psicóticos,

pero la documentación es escasa y consiste solamente en casos clínicos aislados(8, 13, 19, 24, 34).

Una revisión bibliográfica realizada por investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Calgary, Canadá, en el año 2000, afirma que la categoría "trastornos psicóticos inducidos por corticoides" en particular está pobremente documentada en la bibliografía existente: "lo que es sorprendente en vistas de la amplia creencia clínica de su existencia"(28)<sup>1</sup>.

Los síntomas psicóticos tenderían a desarrollarse secuencialmente: uno o varios se suceden uno tras otro hasta alcanzar un punto crítico; en ese momento se observan fluctuaciones marcadas en el cuadro clínico(14, 19). Más que pensar en una presentación típica, Hall et al.(14) sugieren que no existiría la psicosis esteroidea, sino las *psicosis esteroideas*, ya que la mayoría de los pacientes experimentan muchos tipos de síntomas psicóticos durante un único episodio. Los síntomas más frecuentemente descritos son: alucinaciones visuales y auditivas, delirios, perplejidad, mutismo, apatía, ansiedad, agitación, alteración de la imagen corporal, alteraciones intermitentes en la memoria y labilidad emocional, discurso acelerado, distraibilidad, insomnio e irritabilidad que, a veces, le confieren al cuadro un matiz afectivo(14, 24, 34). De todos modos, la característica más importante en las *psicosis corticoideas* es la gran variabilidad de los síntomas en un mismo paciente(19, 24, 34). Otra característica clínica comunicada es el recuerdo vívido del episodio por el paciente una vez remitido el cuadro(16). Bräunig et al.(5) describen que un tercio de los pacientes con psicosis esteroidea experimentó ideación suicida, dato que debe tener relevancia para el clínico.

La personalidad, los antecedentes de enfermedad psiquiátrica y de psicosis durante un tratamiento corticoideo previo no aumentarían el riesgo de desarrollar una psicosis en un nuevo tratamiento(14).

En la bibliografía sobre *psicosis corticoideas* hemos observado que muchos pacientes cumplen con los criterios para cuadros afectivos, según nuestro juicio clínico y los lineamientos del DSM-IV(16, 24, 34).

En cuanto a las dosis y tiempos de tratamientos necesarios para desarrollar síntomas psicóticos, Hall et al.(14) estiman un promedio de 5,9 días desde el inicio del tratamiento con corticoides hasta la aparición de los mismos (con un rango de 2 a 23 días). Turkas comenta el caso de un paciente que desarrolló un cuadro psicótico luego de la exposición durante 3 días a *betametasona* inhalatoria en bajas dosis(34).

El Dr. Jenkins es un paciente que publica su propia experiencia luego de la inyección en bolo endovenoso de 100 mg de *hidrocortisona*, en el contexto de un tratamiento de mantenimiento de 60 mg de *prednisona* por día. En la sección *Personal Views del British Medical Journal* este médico con diagnóstico de síndrome de Goodpasture cuenta: "Esa noche me encontré viviendo un cuento de hadas. Gritaba, inten-

taba hablar por teléfono con la afeitadora eléctrica. Es sorprendente cuánto recuerdo de ese momento; cuando el equipo médico rodeó mi cama me sentía un pez mirando a través de la pecera sin saber cómo comunicarme con ellos; forcejeaba intentando sacar la cabeza del agua"(16)<sup>2</sup>.

Alpert y Seigerman(2) describen uno de los pocos casos comunicados de cuadro psicótico luego de la discontinuación abrupta de corticoides. Sugieren que este efecto podría prevenirse con la discontinuación lenta de esta medicación.

### Caso Clínico

*Una paciente de 47 años de edad es traída al servicio de emergencias de un hospital general por sus familiares. De acuerdo al examen que se le realiza se decide solicitar su evaluación por psiquiatría debido a las conductas desorganizadas que presentaba.*

*Durante la entrevista la paciente se presenta vigil, orientada auto y alopsíquicamente, con signos de ansiedad e impulsividad, con leve hipertimia displacentera, bradipsíquica, incoherente por momentos, con alucinaciones verbales intrapsíquicas, perseverante respecto a ideas hipocondríacas, con hipoprosexia voluntaria, amnesia lacunar y conductas desorganizadas.*

*Los familiares referían que el cuadro había comenzado en forma aguda cuatro días antes y que, durante ese lapso, presentó síntomas que fueron variando (por ejemplo, presentó ideas delirantes persecutorias, que motivaron su retraimiento en el domicilio por varias horas y que no volvieron a presentarse), hiporexia y disminución de la necesidad de dormir (2 a 3 horas por día).*

*Dos días antes de consultar en nuestro hospital la paciente había sido evaluada en una clínica general, en donde le realizaron exámenes de laboratorio de rutina, EEG y TAC cerebral sin contraste. Todos los resultados fueron normales.*

*La paciente es soltera, vive sola, es abogada y trabaja en su profesión, con buena funcionalidad previa en todas las áreas. Decía su familia: "Es muy recta moralmente, trabajadora, cariñosa con sus sobrinos, acostumbra hacerse cargo de todo, muy reservada, es sensible a la opinión que tengan de ella. Tiene un grupo estable de amistades". Su madre falleció hace 29 años por un cáncer de mama y su padre hace 2 años por una enfermedad de Alzheimer. Tiene un solo hermano, sano.*

*Como antecedentes psiquiátricos personales relataban un episodio depresivo hacía cinco años por el cual recibió tratamiento psicoterapéutico y no fue medicada. Como antecedentes familiares referían un episodio depresivo con síntomas psicó-*



ticos padecido por su padre, los suicidios del abuelo paterno y la tía materna y el alcoholismo de otra tía y del hijo de ésta.

Veintiún días antes de la consulta psiquiátrica fue medicada con amoxicilina por haber presentado un proceso infeccioso de vías aéreas superiores. Una semana después de la toma de esta medicación presentó una reacción alérgica dérmica (máculo-pápulas pruriginosas generalizadas) por lo que concurrió a una farmacia, en donde le aplicaron una ampolla intramuscular (IM) de Cronolevel®<sup>3</sup>. Doce horas más tarde recibió una ampolla de Duo-Decadrón®<sup>4</sup> por vía IM y, al no ceder el cuadro alérgico, concurrió a una clínica general, en donde le aplicaron, 12 horas después de la primera, otra ampolla de Duo-Decadrón® por vía IM. A los 10 días comenzó con el cuadro psiquiátrico descripto.

Ya en la sala de psiquiatría, debido al inicio agudo y a la variabilidad de los síntomas, sumados al antecedente de los medicamentos recibidos, se solicitó interconsulta a los Servicios de Clínica Médica y de Endocrinología.

El examen físico de la paciente no presentó particularidades. Se realizaron: exámenes de laboratorio de rutina, ECG y RX tórax que no presentaban alteraciones.

Se inició el tratamiento con haloperidol, 1,5 mg/día y clonazepam, 2 mg/día. Al tercer día de internación el Servicio de Endocrinología evaluó a la paciente y no encontró signosintomatología de enfermedad endocrina, solicitando nuevos exámenes de laboratorio de rutina y cortisol.

Paulatinamente, el cuadro de la paciente adquirió características netamente paranoides, en la actitud y en el contenido del pensamiento, con ideas delirantes de contenido persecutorio moderadamente sistematizadas, de mecanismo predominantemente interpretativo. No presentaba alucinaciones ni alteraciones del sensorio. Se aumentó la dosis del haloperidol a 7,5 mg/día. Se intentó realizar un estudio psicodiagnóstico, el que informó: "... Efectúa su relato con un discurso apagado y monocorde, con una marcada desafectivización de lo que cuenta... Se manifiesta suspicaz y desconfiada en relación con la entrevistadora y con las técnicas que se le administran... Ante la actitud poco colaboradora se debe interrumpir la toma del psicodiagnóstico".

Durante el séptimo día de internación se recibieron resultados del laboratorio: cortisol sérico de la mañana <1µg%, cortisol libre urinario de 24 horas <12 µg/24 horas (vol. 1200 ml)<sup>5</sup> y pruebas de laboratorio de rutina dentro de parámetros normales. El médico endocrinólogo hace un diagnóstico presuntivo de Enfermedad de Addison y comienza el tratamiento con corticoides exógenos:

hidrocortisona, 50 mg/día, en dos tomas. La sintomatología de la paciente mejora en forma importante, remitiendo la productividad psicótica que condicionaba su conducta.

Dice: "Era el final, era como la voz de la conciencia, y veía todo lo que había dejado de hacer en la vida por trabajar. Todo era imaginación mía. La voz de la conciencia me decía que no había aprendido la ley de la vida. Era un pensamiento en voz alta. Era como llegar a la muerte y no haber vivido. Era como un juego: para poder salir de la muerte yo tenía que decir unas palabras y no me acordaba cuáles. No podría nunca más decir la verdad para poder volver a ser yo misma. Me asusté mucho". Se inició el descenso de las dosis de la medicación sedante.

Al inicio de la segunda semana, la paciente continuaba en franca mejoría. El médico endocrinólogo reevaluó el caso y planteó la posibilidad de que el cuadro se debiera a la inhibición del eje hipotálamo-hipófiso-adrenocortical por corticoides exógenos. Ante esto decidió suspender la administración de hidrocortisona.

El día 15º la paciente continuaba con la remisión del cuadro de ingreso, por lo que se inició la disminución de las dosis de haloperidol. El nivel de cortisol sérico de la mañana fue <1µg% y dos días después, el resultado fue: cortisol sérico matutino 3,4 µg% y cortisol libre urinario de 24 horas <5 µ/24 horas (vol. 2200 ml).

El día 21º el cortisol sérico de la mañana fue de 16,9µg%. Se realizó diagnóstico definitivo de inhibición del eje secundaria a corticoides exógenos de depósito (supresión adrenal o insuficiencia suprarrenal secundaria).

Con la remisión total de los síntomas la paciente recordaba: "Me hice toda la película; pensé que me habían seguido y me encerré en mi casa; dejé dinero a mano para que cuando llegaran no me mataran".

El día 25º se dio el alta hospitalaria de la paciente. El diagnóstico al egreso fue trastorno psicótico debido a insuficiencia suprarrenal secundaria(9). Se le indicó haloperidol, 2,5 mg/día, y continuar con control psiquiátrico semanal en los consultorios externos.

Al mes de la externación de la paciente, se le efectuó un control endocrinológico, el que resultó normal, y ya no recibía medicación psiquiátrica. Diez meses después la paciente continúa sin medicación, con recuperación total de su funcionalidad previa, y sin haber presentado alteraciones en sus evaluaciones psiquiátricas semanales.

## Discusión

La insuficiencia corticosuprarrenal aguda puede producirse por una exacerbación rápida de la insuficiencia suprarrenal crónica, por destrucción hemorrágica aguda de ambas glándulas suprarrenales o, probablemente la causa más frecuente, por la suspensión brusca de la administración exógena de esteroides en pacientes con atrofia suprarrenal secundaria a la administración crónica de los mismos(40).

El déficit hipofisario de ACTH produce insuficiencia córtico-suprarrenal secundaria. Este déficit puede ser de tipo selectivo, como ocurre tras la administración *prolongada y excesiva* de glucocorticoides, o bien se asocia con un déficit múltiple de las hormonas hipofisotropas. La mayoría de los pacientes con insuficiencia suprarrenal inducida por esteroides recupera la respuesta normal del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, aunque esto puede demorarse desde algunos días hasta meses en los diferentes individuos(40).

En el caso clínico descrito la paciente recibió 14 mg de betametasona y 40 mg de dexametasona (total equivalente a 360 mg de prednisona) en 24 horas. Este exceso de corticoides exógenos produjo una inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-córtico-suprarrenal. Los esteroides recibidos por la paciente tienen un tiempo de duración de acción de una semana aproximadamente<sup>6</sup>. Pasado este tiempo y con su propio eje inhibido, presentó un déficit de corticoides, tanto exógenos como endógenos y continuó en déficit por aproximadamente 15 días.

Luego recibió nuevamente corticoides exógenos cuando se le diagnosticó erróneamente Enfermedad de Addison y se le indicó *hidrocortisona*; a partir de ese momento la paciente no volvió a presentar déficit de corticoides, al principio por los esteroides exógenos indicados y, después, por la reactivación de su propio eje.

Del cuadro psiquiátrico presentado destacamos la presencia de alucinaciones, ansiedad, déficits mnésicos transitorios, conductas desorganizadas y el leve matiz afectivo que presentaba por momentos. La gran variabilidad sintomática del comienzo culminó en un cuadro psicótico de características claramente paranoides. Luego de la remisión la paciente tenía un recuerdo vívido del episodio.

Consideramos que está justificado el diagnóstico de un cuadro psicótico secundario a la inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-córtico-suprarrenal por la administración de corticoides exógenos de depósito debido a lo siguiente:

- las similitudes sintomatológicas del cuadro de nuestra paciente con las descritas para las *psicosis esteroideas*;
- la correlación temporal entre las alteraciones endocrinas y la presentación de los síntomas psiquiátricos;
- la remisión del cuadro con la normalización del

eje hormonal;

- la ausencia de otra alteración clínica y/o psiquiátrica subyacente y
- la evolución del cuadro, con remisión total hasta la actualidad (10 meses).

No hallamos en nuestra revisión bibliográfica ningún caso comunicado de psicosis esteroidea secundaria a la inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-córtico-suprarrenal por la administración de corticoides de depósito aplicados en un lapso de 24 horas. Los trabajos bibliográficos consultados describen psicosis por exceso de corticoides o por la suspensión de tratamientos prolongados. En el primer caso los síntomas se presentan dentro del tiempo de duración de la vida media de los fármacos, inclusive, la mayoría de los reportados se presentan *mientras* el paciente recibe el corticoide. En el segundo caso aparecen luego del fin de acción del fármaco, cuando el mismo se había estado recibiendo por el tiempo suficiente como para inhibir la secreción endógena. En el caso clínico presentado en este trabajo, por la sumatoria de dosis de corticoides que recibió la paciente, no se puede saber, con exactitud, si al comienzo del cuadro no hubo un exceso de hormona, que lo precipitó, y luego un déficit, que lo mantuvo. Por lo antes expuesto y debido a la duración de acción de la medicación que esta paciente recibió, nosotros pensamos que no.

Entonces, creemos que vale la pena preguntarnos: ¿cuántos de los casos comunicados de psicosis por exceso de esteroides no serán producidos, en realidad, por la inhibición del eje y su consecuente déficit de corticoides endógenos?

Los efectos adversos psiquiátricos de los corticoides pueden ser impredecibles y severos; la limitación existente en la bibliografía disponible consiste en que los síntomas, generalmente, no están cuantificados o caracterizados con escalas psiquiátricas estandarizadas, entrevistas clínicas estructuradas o descripciones realizadas en profundidad. La bibliografía concerniente a la prevención y manejo de los efectos adversos psiquiátricos de los corticoides es rudimentaria y contiene, sobre todo, muchas anécdotas clínicas. Debido a la carencia de estudios formales validados, estas comunicaciones de casos son, actualmente, las únicas que guían al clínico en el manejo de estos problemas.

Por último, observamos que aún cuando la bibliografía médica(30, 40) y los prospectos farmacéuticos recomiendan precaución respecto de los síntomas neuropsiquiátricos al indicar corticoides, éste es un aspecto muchas veces olvidado, por el médico clínico, en el manejo de esta medicación y en la información brindada al paciente. También es olvidado por nosotros, los psiquiatras, quienes deberíamos preguntar a todos nuestros pacientes sobre la utilización de corticoides ■

**Notas**

1. Patten SB, Neutel CI. Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects-incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 2000; 2: 111-122. Traducción propia.
2. Jenkins S. Personal views: My route to a steroid psychosis. *BMJ* 1999; 318: 67. Traducción propia.
3. Betametasona dipropionato micronizado equivalente a 10 mg, betametasona fosfato disódico equivalente a 4mg.
4. Dexametasona acetato monohidrato microfina equivalente a 16 mg, dexametasona fosfato sódico equivalente a 4mg.
5. Cortisol sérico normal de 5 a 25 µg%, cortisol libre urinario normal de 25 a 100 µg/24 horas.
6. Betametasona dipropionato: duración de acción una semana; betametasona fosfato disódico: duración de acción inmediata; dexametasona acetato: duración de acción 6 días; dexametasona fosfato sódico: duración de acción inmediata(35).

**Bibliografía**

1. Abramovicz M., Drugs that cause psychiatric symptoms. *The Medical Letter* 1993; 35: 65-70
2. Alpert E, Seigerman C., Steroid withdrawal psychosis in a patient with closed head injury. *Arch Phys Med Rehab* 1986; 67 (10): 766-9
3. Arana GW; Massman D., The dexamethasone suppression test and depression: approaches to the use of laboratory test in psychiatry. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1988; 17: 21-39
4. Boston Collaborative Drug Surveillance Program., Acute adverse effects reactions to prednisone in relation to dosage. *Clin Pharmacol Ther* 1972; 13: 694-8
5. Bräunig P, Bleisten J, Rao ML., Suicidality and corticosteroid-induced psychosis. *Biol Psychiatry* 1989; 26: 209-10
6. Brown ES, Khon DA, Nejtsek VA., The psychiatric side effects of corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999; 83: 495-503
7. Brown ES, Supper T., Mood symptoms during corticosteroid therapy: a review. *Harvard Rev Psychiatry* 1998; 5 (5): 239-246
8. D'Orban PT., Steroid-induced psychosis. *Lancet* 1989; 694
9. DSM-IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta Edición. España: Masson 2000; 314-317
10. Falk WE, Mahnke MW, Poskanzer DC., Lithium prophylaxis of corticotropin-induced psychosis. *JAMA* 1979; 241: 1011-2
11. Gift AG, Wood RM, Cachill CA., Depression, somatization and steroid use in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud* 1989; 26: 281-6
12. Glynne-Jones R, Vernon CC, Bell G., Is steroid psychosis preventable by divided doses? *Lancet* 1986; II: 1404
13. Greeves JA., Rapid-onset steroid psychosis with very low dosage of prednisolone. *Lancet* 1984; I: 1119-20
14. Hall RCW, Popkin MK, Stieknej SK, Gardner ER., Presentation of steroid psychoses. *J Nerv Ment Dis* 1979; 167: 229-236
15. Hassanyed F, Murray RB, Rodgers H., Adrenocortical suppression presenting with agitated depression, morbid jealousy and dementia like state. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 870-2
16. Jenkins S., Personal views: My route to a steroid psychosis. *BMJ* 1999; 318: 67
17. Kershner P, Wang-Cheng R., Psychiatric side effects of steroid therapy. *Psychosomatics* 1998; 30: 135-139
18. Kiraly SJ, Ancill RJ, Dimitrova G., The relationship of endogenous cortisol to psychiatric disorder: a review. *Can J Psychiatry* 1997; 42(4): 415-20
19. Kramer TM, Cottingham EM., Risperidone in the treatment of steroid-induced psychosis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9 (4): 315-316
20. Krauthammer C, Klamann GL., Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1333-9
21. Lewis DA, Smith RE., Steroid induced psychiatric syndromes: a report of 14 cases and a review of literature. *J Affect Disord* 1983; 5: 319-32
22. Ling MHM, Perry PJ, Tsuang MT., Side effects of corticosteroid therapy: psychiatric aspects. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 471-7
23. Mitchell IJ, Cooper AJ, Griffiths MR, Barber DJ., Phenciclidine and corticosteroids induce apoptosis of a subpopulation of striatal neurons: a neural substrate for psychosis?. *Neurosci* 1998; 84(2): 489-501
24. Mullen RS, Romans-Clarkson SE., Behavioral sensitization and steroid-induced psychosis. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 549-51
25. Naber D, Sand P, Heigl B., Psychopathological and neuropsychological effects of 8-days corticosteroid treatment. *A prospective study. Psychoneuroendocrinology* 1996; 21: 25-31
26. Newcamer JW et al., Glucocorticoid induced impairment of declarative memory performance in adult humans. *J Neurosci* 1994; 14: 2047-53
27. Patten SB, Williams JVA, Love EJ., Self-reported depressive symptoms in association with medication exposures among medical inpatients: a cross-sectional study. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 264-9
28. Patten SB, Neutel CI., Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects - incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 2000; 2: 111-122
29. Rundell JR, Wise MG., Causes of organic mood disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1: 398-400
30. Schimmer BP, Parker KL., Hormona suprarrenocorticotropica; esteroides suprarrenocorticales y sus análogos sintéticos; inhibidores de la síntesis y los efectos de las hormonas suprarrenocorticales. En *Las bases farmacológicas de la terapéutica / IX*. Goodman & Gilman. México: McGraw-Hill Interamericana 1996; vol II, cap 59: 1551-79
31. Sharfstein SS, Sack DS, Franci AS., Relationship between alternate-day corticosteroid therapy and behavioral abnormalities. *JAMA* 1982; 248: 2987-9
32. Shuster J., Psychiatric complications of corticosteroids. *Nursing* 1999; 29(6): 31
33. Snell RS., Formación reticular y sistema límbico. En *Neuroanatomía Clínica*. Buenos Aires, Ed Panamericana 1991; cap 16: 281-290
34. Turkas G., Medication-induced psychotic reaction. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (8): 1017-18
35. United States Pharmacopeid Convention., *Drug information for the health care professional*. 17th ed. Maryland, 1997; vol 1: 982
36. Van Gerven M, Johanson J, Winstead D., Mania in the geriatric population. A review of the literature. *Am J Geriatric Psych* 1999; 7 (3): 188-202
37. Venkataramangam SH, Kutcher SP, Notkin RM., Secondary mania with steroid withdrawal. *Can J Psychiatry* 1988; 33 (7): 631-2
38. Vicent FM., The neuropsychiatry complications of corticosteroid therapy. *Compr Ther* 1995; 21: 524-8
39. Wada K et al., Recurrent cases of corticosteroid-induced mood disorder: clinical characteristics and treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (4): 261-7
40. Williams GH, Dluhy RG., Enfermedades de la corteza suprarrenal. En Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 13ra ed. España: Ed. Interamericana McGraw-Hill 1994; cap 335: 2251-77
41. Wolkowitz OM et al. Prednisone effects on neurochemistry and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 963-8
42. Wolkowitz OM et al. Glucocorticoid medication, memory and steroid psychosis in medical illness. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 14; 823; 81-96
43. Wolkowitz OM., Prospective controlled studies of the behavioral and biological effects of exogenous corticosteroids. *Psychoneuroendocrinology* 1994; 19: 233-55

# Corporalidad y Psicósomática

**Maria Lucrecia Rovaletti**

Prof. Titular, Reg. de la Univ. de Buenos Aires, Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. E-mail: mlrova@psi.uba.ar UBA-CONICET Argentina

*“Ser enfermo. Tener una enfermedad. El cuerpo sufre y es objeto de transacciones. La medicina propone reparaciones, intenta curaciones. ¿Busca el paciente hacerse oír por el síntoma o hacerse olvidar detrás de la defensa que puede instaurar ese mismo síntoma? ¿Quién habla, entre el cuerpo (soma) y la psique” (Vaysse, 13).*

## Aquella vieja intriga

Aquella vieja intriga de Platón respecto de las relaciones entre el alma y el cuerpo, vuelve a tener actualidad cuando nos preguntamos cómo se articulan los fenómenos somáticos con los fenómenos psíquicos, o cuando interrogamos en qué tér-

minos convendría hoy formular el concepto introducido por Freud de *Organsprache*, lenguaje del cuerpo, o cuando demandamos por qué unos enferman de modo psicósomático y no de modo psicótico o por qué la elección de tal órgano, o por qué una eczema y no una úlcera gástrica.

El *modelo biomédico* actual traslada el problema a la *entidad somática*, entendida como una suma de órganos conocidos y unidos que interactúan sin relación alguna a la subjetividad. Privilegia entonces la parcela del cuerpo vinculada al *síntoma*, y pone el acento en el sufrimiento local al que es preciso erradicar. Retomando el punto de vista cartesiano, distinga la patología en “orgánica” cuando identifica un

---

## Resumen

El dualismo psique-soma, al dividir el campo de lo humano, acaba sectorizando las enfermedades en orgánicas y psíquicas. Las llamadas “afecciones psicósomáticas” que parecieran haber hecho estallar este esquema, sin embargo han acabado convirtiéndose en una nueva “glándula pineal”, al modo de Descartes. El cuerpo es reducido a un mero instrumento de la psique, y el sujeto en mero espectador de la enfermedad a la cual trata de distanciar de distintas maneras. Para la fenomenología por el contrario, el cuerpo es primariamente “el cuerpo que soy” (Leib); es el lugar de la comunicación con los otros y el lugar de los intercambios con las cosas. Es por el cuerpo que el mundo nos afecta y es por el cuerpo que desplegamos sobre éste todas nuestras significaciones. El cuerpo, olvidado cotidianamente hace retorno masivo en la angustia, expresando esa compleja dialéctica del sujeto parlante con su corporalidad. La angustia pertenece al orden pre-categorial del cuerpo, a lo impenetrable y opaco a la razón. En la base de la mayoría de las perturbaciones psicósomáticas hay una angustia intersubjetiva, que traduce un conflicto entre la pérdida de un objeto y la valla de los otros en el crecimiento personal. La razón como conciencia reflexiva no puede resolverlo ni siquiera se da cuenta del mismo, ni percibe relación alguna entre las dolencias y ciertas situaciones. Será el cuerpo como ‘intencionalidad operante’ (Merleau-Ponty), como acceso prerreflexivo al mundo y como vivencia pática del mismo (Lang), el que irrumpa y se haga cargo de resolver el conflicto y de transformar las angustias conectadas al mismo. El “cuerpo y su gran razón” (Nietzsche, 1883) lo resuelve todo a su manera.

**Palabras clave:** Psicósomática – Fenomenología – Cuerpo – Lenguaje – Angustia.

## PHENOMENOLOGY AND PSYCHOSOMATICS

### Summary

By dividing the field of the human, the psyche-soma dualism ended in sectorizing diseases into organic illnesses, and psychic illnesses. Eventually, however, the so-called ‘psychosomatic disorders’ that, apparently, had broken up such a pattern have been converted to a new corpus pineale just as Descartes would have done. The body is reduced to a mere instrument of psyche, and the subject is reduced to a mere onlooker of illness he or she tries to remove one way or the other. Conversely, phenomenology understands that, first of all, the body is ‘the body I am’ (Leib): the body is the place for communicating with other people, and the place for performing exchanges with things. It is through the body that the world affects us, and it is by means of the body that we display all our significations onto the world. In everyday life people are just unaware of their bodies. Whenever anxiety busts out, however, the body makes a massive comeback, giving expression to the complex dialectics of the speaking subject through his or her body. Anxiety pertains to a pre-category order of the body, to the unfathomable depth reason is unable to pierce. At the bottom line of a great majority of psychosomatic disorders there lies an intersubjective anxiety conveying a conflict between the loss of an object and the obstacles thus hindering the personal growth. Reason, as a reflexive conscience is unable to solve the conflict –reason is not even aware of conflict, reason does not even perceive any likely relationship among disorders and such or such situations. The body, as an ‘operating intentionality’ (Merleau-Ponty), as a pre-reflexive access to the world, as a pathos life experience (Lang), will irrupt and see to it that conflict is solved, and conflict-linked anxiety are transformed. Body and its great reason –as Nietzsche would have said, 1883– solves everything its way.

**Key Words:** Psychosomatic – Phenomenology – Body – Language – Anxiety

factor físico específico, y “funcional” cuando no puede descubrirlo. Para explicar estos fenómenos se maneja en términos de causalidad lineal, organizando los factores de naturaleza biológica en una trama cada vez más complicada de causas y con-causas. El cuerpo en cuanto explorable, descomponible, reparable y modificable constituye a su vez una condición cuasi cultural que le autoriza a la medicina occidental una serie de prácticas científicas. Esta “representación” del cuerpo no sólo es asumida por el saber médico sino también por los conjuntos sociales, y con ello por los mismos pacientes.

Del mismo modo, Descartes en el siglo XVII somete al cuerpo a la metáfora mecanicista y lo reduce a un *objeto* regido por las leyes físicas, a la par que aleja al alma de toda influencia corpórea y la relega a un puro intelecto, a un yo puramente *intrasubjetivo*. En el soma, los estímulos son transmitidos al cerebro a través de los nervios concebidos como conductores hidráulicos, y es a través de éstos que actúan los músculos provocando los movimientos. En el centro del cerebro, está la *glándula pineal* que asume una importancia fundamental –tanto desde el punto de vista fisiológico como del metafísico<sup>1</sup>– para explicar las relaciones entre la mente (*res cogitans*) y el cuerpo (*res extensa*). Por medio de esta glándula, las partículas de materia vehiculada por los nervios (espíritus) harán sentir al alma los movimientos del cuerpo estimulando en ella las sensaciones correspondientes, y el alma a su vez pondrá en movimiento los espíritus actuando sobre el cuerpo.

Más allá de la terminología, el hombre de Descartes corresponde en gran parte al hombre estudiado por la Medicina actual, aunque ahora el acento recaiga en el sistema nervioso, en las sustancias mediadoras neuroendócrinas y en aquellas partes del cerebro (sistema límbico, hipotálamo, hipófisis) consideradas como estructuras de enlace entre fenómenos mentales (cognitivos y emocionales) y procesos viscerales (Trombini y Baldoni, 15).

Sin embargo, los síntomas histéricos de conversión primero, y luego los fenómenos físicos de expresión o los síntomas accesorios a las emociones mostraron bien pronto la insuficiencia de este esquema *etiológico* para el cual la *lesión anatómica* conlleva una *función patológica del órgano* la cual produce a su vez una *enfermedad orgánica*.

Se trató entonces de volver al mismo esquema pero postulando esta vez como causa primera a una *perturbación energética* del sistema o de la función; ésta al tener como sede los centros reguladores vegetativos del tálamo provoca una enfermedad funcional en uno u otro órgano; posteriormente la cronificación de esta situación acabará por causar una lesión anatómica, produciéndose entonces una enfermedad somática.

A través de una inversión, esta nueva fórmula responde con la *distonía vegetativa* (neurosis funcional

del órgano, lesión anatómica del órgano, enfermedad psicósomática) como modo de resolver los otros procesos patológicos misteriosos, pero sin poder explicar a qué conduce la perturbación vegetativa. Se postula entonces detrás de esta distonía al no menos oscuro concepto de “constitución” o de “disposición”, cercanos a la noción de psiquismo. Ahora lo psíquico es colocado al costado de las estructuras somáticas, y se acaba prolongando la cadena causal con un “eslabón” más (von Weizsäcker). La nueva fórmula es ahora: psique, distonía vegetativa, neurosis funcional del órgano, lesión anatómica del órgano, enfermedad orgánica (Merard Boss, 1959, 19-28).

Ahora bien, las llamadas “afecciones psicósomáticas” que parecían haber hecho estallar este *esquema dualista*, han acabado convirtiéndose en una nueva “glándula pineal” que trasmite la disfunción de una parte a la otra y viceversa, mientras la psique y el soma continúan siendo entendidas como principios distintos, ubicados una al lado del otro.

*“La idea que existen enfermedades somáticas de cuya génesis participan factores de tipo psicológico, o bien al contrario que factores corpóreos puedan tener influencia sobre los procesos psíquicos, implica una concepción dualista del ser humano, que separa el mundo de los fenómenos corporales de aquel de los fenómenos psíquicos vinculados por una relación de naturaleza causal lineal. La medicina psicósomática y la psicofisiología, como habíamos visto, están basadas en gran parte sobre este presupuesto”* (Trombini y Baldoni, 209).

A pesar de que las alteraciones psicósomáticas constituyen un verdadero continente en el área de la clínica, a pesar del compromiso corporal que en ellas se juega, no parecen haber movilizado planteos específicos en la fenomenología clínica. Será la noción de “cuerpo”, en tanto “cuerpo sujeto” y “cuerpo objeto” la que guíe estas reflexiones.

### **El cuerpo, esa experiencia ambigua**

A primera vista, mi cuerpo se exhibe como el aspecto exterior de mi ser, susceptible de una inspección objetiva. Pero ello no implica reducirlo a la res extensa, o al mero “organismo” del cual habla la anatomía, la fisiología y las ciencias positivas; a mi cuerpo, yo no puedo ponerlo a distancia para percibirlo totalmente<sup>2</sup> ni puedo considerarlo como un sistema regido por leyes físicas o fisiológicas. En efecto,

*“En la vida cotidiana, en la relación íntima consigo mismo o con el prójimo, el cuerpo no es una máquina sofisticada de piezas sustituibles, no es una cosa desprovista de valor o digna de interés solamente por su utilidad práctica”.* (Le Breton, 275)

Absolutamente, no puedo decir “yo tengo un

cuerpo" porque las categorías del tener no se verifican fundamentalmente en el cuerpo humano. No tengo un cuerpo del mismo modo que tenga una cosa exterior o un útil.... Lo propio del "tener" es la exterioridad respecto de la persona humana, y la posibilidad de disponer y deshacerme de algo.

Tampoco existe un cuerpo que se una al espíritu; el cuerpo no está junto-a mí al modo de Descartes, sino que es siempre mío y conmigo, por eso no puedo distanciarme de él ni él es expropiable. Las "partes" del cuerpo se relacionan unas con otras de una manera original; ellas "no están desplegadas unas al lado de otras, sino envueltas las unas en las otras" (Merleau-Ponty, 1945). Mi cuerpo no es el envolvente que oscurece mi interioridad ni el instrumento que mediatiza mi psique. No hay una psique detrás del cuerpo, sino que el cuerpo es íntegramente psíquico (Sartre, 368); no hay una interioridad disimulada dentro de un corporeidad disimulante. "La noción de un cuerpo pasivo, puro receptáculo, es una ilusión" (Zivadon y Fernandez-Zoila, 133).

El cuerpo no se revela verdaderamente hasta tanto no lo captamos como "cuerpo vivido" (*Leib, corps vécu*), "cuerpo sujeto", "cuerpo propio", es decir, como centro actuante, como instancia vivida. Mi cuerpo en tanto comportamiento es el despliegue de nuestras intencionalidades: él es originaria apertura al mundo y el "mundo" es el ámbito que le permite al cuerpo sentirse en sus posibilidades. El cuerpo (*Leib*), ensayo provisorio, jamás se da totalmente acabado ni a mí ni al otro: sólo se muestra como un anticipo del ser total. Es esta relación dinámica entre el cuerpo y el mundo la que genera una determinada imagen del cuerpo, imagen que no sólo depende de la historia singular del individuo sino también de sus relaciones con los otros.

### El cuerpo, escenario de nuestros conflictos

En la vida cotidiana, el cuerpo "pasa en silencio"<sup>3</sup> pero cuando pierde las prerrogativas de nuestra voluntad, se convierte en escenario de nuestros conflictos. La enfermedad nos hace dolorosamente presente que este cuerpo escapa a nuestro dominio y a nuestras posibilidades, testimoniando la fragilidad y caducidad de la existencia corporal. Así un ataque sorpresivo al corazón, drásticamente patentiza que también el cuerpo (*Leib*) lleva inscripto otra historia subterránea –la del estrés– de la cual la razón omnipotente nada decía saber. El cuerpo se hace actor de su propia biografía.

Esta zona de sombra –expresión de un sufrimiento "local"– deviene objeto de distanciamiento, de rechazo y de despersonalización, frente a la cual el sujeto se mueve como mero espectador. Pero esto sólo es posible, si se objetiva al cuerpo, si se lo considera partes extra partes, y se convierte al síntoma en mani-

festación de su negatividad. La inflación patológica del cuerpo deviene un medio somático de la existencia (Boss, 174-5). La enfermedad, antes que somatización implica una reducción de las relaciones con el mundo que ahora se dirigen al cuerpo (*Körper*). Dicho de otro modo, el cuerpo se reduce al órgano y la persona deviene prisionera de esta parte "disidente". El órgano incriminado centraliza el problema, y ante la ofensa inferida a la integridad somática, se busca su diagnóstico para recuperar la zona recusada. En esas fisuras, el cuerpo se hace actor de la palabra

En una sociedad que acepta la enfermedad del cuerpo, y acepta menos los problemas personales, la única vía de salida posible será recurrir a la expresión en términos de enfermedad somática. De este modo los individuos defienden su dignidad contra la desilusión que podría acarrearles el encuentro con una comunicación directa. En efecto, existe una efectiva e inextricable concatenación entre "cultura" y "enfermedad", en tanto nadie se enferma como quiere sino como la sociedad se lo permite. "La naturaleza se encuentra instrumentalizada por la cultura, mientras el cuerpo vivido se vuelve objeto" (Lang, 1987, 94). Para cumplir con los roles asignados socialmente, será preciso instrumentalizar el cuerpo, a fin de que el interesado no corra el peligro de tornarse inaceptable.

Desde esta perspectiva, frente a un síndrome funcional o una patología psicopatológica, la persona puede continuar moviéndose normalmente en la sociedad, ya que este problema –salvo en momentos de crisis– influye menos en su vida cotidiana que una fobia o una obsesión. Puede solicitar una ayuda médica, ayuda reconocida social y laboralmente, y en casos de internación hasta puede lograr distanciarse del problema y revertir la situación. Todavía más, cuando surge "la enfermedad, el sujeto puede reapropiarse de modo distinto de parcelas olvidadas, aún destructivas del cuerpo y recombinar una homeostasis corporal más positiva" (Vaysse, 44). Claro está que esta auto-ayuda del cuerpo (*Körper*) alcanza su límite cuando el proceso somático se autonomiza destructivamente, por ejemplo cuando degenera en un carcinoma<sup>4</sup>. Al no poder identificarse con su cuerpo, acaba convirtiéndose a las emociones en un peligro para el yo.

Como la precaria capacidad para regular las emociones no permite a estos pacientes afrontar situaciones afectivas intensas, ello desencadena un modo de funcionamiento arcaico donde el lenguaje corporal se hace presente de modo abrumador. El cuerpo, inadvertido normalmente, hace retorno masivo en la angustia expresando esa compleja dialéctica del sujeto parlante con su corporalidad. "La angustia nos ve la las palabras" (Heidegger, 1965, 32), pues ella pertenece al orden pre-categorial del cuerpo, a lo impenetrable y opaco a la razón.

La angustia desaparece por completo de la experiencia psíquica, retrocede y ahora transformada se somati-

za. Lo vemos en forma patética en los miedos a la asfixia que sufren los asmáticos o en la angustia de muerte del cardioneurótico fóbico. La razón como conciencia reflexiva ni siquiera se da cuenta del conflicto, ni percibe relación alguna entre las dolencias y ciertas situaciones, ni siquiera está en condiciones para ello. Será "la corporalidad como acceso pre-reflexivo al mundo y como vivencia pática del mismo" (Lang, 1987, 93), la que se haga cargo de resolver el conflicto y de transformar las angustias a él asociadas. El cuerpo lo resuelve todo más bien a su manera: "tu cuerpo y su gran razón" dirá Nietzsche. Estos "equivalentes corporales" (Lang) al tomar el lugar de los estados psíquicos, los manifiestan de un modo más explícito. Mientras el paciente neurótico simboliza su conflicto en un órgano o en algún sistema lo cual le permite reducir la tensión ansiógena producida por conflictos inconscientes, el paciente psicósomático sólo alcanza a servirse de ellos para descargar la tensión interna<sup>5</sup>.

Ahora bien, el interés positivo o negativo por alguno de los aspectos del cuerpo lleva a uno a la modificación de la imagen corporal donde se acentúa o remueve aquello que siente aceptado o rechazado, y en casos graves de precariedad se puede llegar a la destrucción de la misma. G. Pankow ha mostrado que los fenómenos de *disociación* del cuerpo también se encuentran en las enfermedades psicósomáticas, aunque con dominios de destrucción y modalidades de ser en el mundo totalmente diferentes a los de la psicosis<sup>6</sup>. En efecto, entre los diversos niveles evolutivos se da una separación como en compartimentos estancos que impiden *apropiarse* del "cuerpo" y éste se reduce a soporte material o carnal del "espíritu". Por otra parte, la "psique" distanciada del cuerpo se desliga también del mundo al que trata sin tonalidad afectiva alguna (*alexitimia*, Sifneos): privada de fantasía y emoción traduce una "relación blanca" con un estilo cognitivo que se asimila a una mera *res cogitans*.

Marty denomina "pensamiento operatorio" a esta modalidad, descriptiva, fáctica, que responde a las situaciones de modo impersonal y afectivamente distante. Este mismo estilo se repite en el vínculo con los otros. Por ello, ante su terapeuta el paciente describe sus síntomas físicos con particularidad y precisión pero en términos demasiados impersonales y desafectados. Se trata de un tipo de sujeto que se mueve a nivel concreto y actual, que no puede proyectarse hacia el pasado o hacia el advenir, y por ello su incapacidad de encontrar nexos entre la aparición de la enfermedad y los avatares de su biografía<sup>7</sup>.

¿Cómo ha sido posible llegar a este tipo de comportamiento?

### Un mundo clausurado que aprisiona el cuerpo

Cuando las necesidades tempranas no alcanzan a

ser apuntaladas a causa del comportamiento desestructurante y del acogimiento empático insuficiente por parte de la madre, se sigue una desorganización depresiva que se convierte en condición de riesgo propicia para una somatización (Kreiser y Szewec). En efecto, ésta incapaz de actuar como un "pantalla antiestímulo" que proteja al bebé de sensaciones excesivas hace que él tenga que estructurarse una propia y de modo precoz. Sin embargo esta temprana solución será la que le impida desarrollar luego defensas psicológicas más maduras y adecuadas.

Por eso, ante el constante requerimiento de adaptación a circunstancias del entorno o ante eventos estresantes, el paciente se limita a la respuesta somática: permanece en etapas evolutivas donde sentimientos, conocimientos y sensaciones corporales se mantienen unidas, sin lograr ser discriminadas y verbalizadas (Kristal, 1974)<sup>8</sup>. Las disposiciones del ánimo y los sentimientos se reducen a sensaciones somáticas de dolor, remanentes de un mundo clausurado que aprisiona al cuerpo. Si, como señala Heidegger, la afectividad indica el modo como uno se "encuentra" (*Befindlichkeit*) en el mundo y el modo cómo vive su cuerpo, ésta traduce una atonía afectiva. Sólo se advierten sensaciones emotivas cuando hay nerviosismo, irritabilidad, aburrimiento, tristeza pero sin que el sujeto les otorgue significado alguno<sup>9</sup>. A esta indiferencia relacional que engloba a las personas en el anonimato, a esta ausencia de "angustia ante lo extraño", producto de aquella falla estructural en los procesos tempranos de "apego" (*attachement*, Bowlby), L. Kreiser y G. Szewec la designan como "comportamiento vacío".

Para Onnis y Di Genaro sin embargo, más que una incapacidad primaria de reconocer y expresar las emociones habría aquí una tendencia a evitarlas y sofocarlas, como modo de impedir conflictos y mantener la armonía familiar. Son pacientes que mantienen relaciones más bien superficiales y de escaso contacto emotivo, con una adaptación hipernormal como consecuencia de una fuerte dependencia y con un conformismo a las exigencias del medio social (Marty y M'Uzan). El cuerpo en su lesión tiene la función de diferenciar el sujeto de su entorno (Mazeran), expresando con ello la incoherencia de la comunicación intersubjetiva. El síntoma entonces constituiría una función perlocucionaria para producir efectos en el otro/s<sup>10</sup>.

Esto nos permite pensar que más que cualquier otra patología, las afecciones psicósomáticas parecen invocar al otro: el *sentido* del síntoma "está fundamentalmente cautivo del otro al cual el síntoma se dirige", y no puede pensarse "desde una aproximación que admitiría que la única realidad de referencia fuera el sujeto mismo" (Dejours)<sup>11</sup>: el síntoma traduce un papel relacional con los otros y con el propio sujeto: las voces de todos, las voces del silen-

cio de los otros resuenan en nuestra corporeidad. Como bien señala G. Pankow,

"Se tiene la impresión que un síntoma físico permite al sujeto soportar al otro sin que el mundo de lo imaginario sufra por ello de deformaciones o que una regresión se presente como la única salida. Este fenómeno reúne las somatizaciones que aparecen a menudo en los análisis clásicos cuando el sujeto no llega a integrar las dificultades de su manera de ser en el mundo con el otro. Tales somatizaciones impiden además una regresión al enfermo" (Pankow, 249).

El síntoma no es algo meramente sufrido sino producido incluso en el dominio somático por el sujeto que lo utiliza además como estrategia de adaptación al conflicto interpersonal. En este sentido Leder postula una "anatomía fenomenológica" que pueda develar el nexo entre los eventos de la vida y las diferentes modalidades de la corporalidad. Las razones y las zonas de influencia del cuerpo difieren unas de otras: cada una es suscitada en un momento preciso y de una manera distinta. Más aún, los puntos de impactos localizados sobre una parte del cuerpo testimonian, no un ataque sectorizado a un aparato o a un órgano, sino a la persona como totalidad. Más que hablar de un problema "funcional" que corresponda a la disfunción de las funciones fisiológicas, hay que decir que es "la persona por entero la que, en tanto que función global, sufre a través de sus puntos de contacto con el mundo" (Zivadon y Fernandez-Zoila, 133-4).

Más que buscar el *sentido* de nuestro comportamiento corporal en nuestro "interior", se trata de comprenderlo como constitutivamente "significativo". Un análisis introspectivo de mis sentimientos no me aporta nada salvo algunas alteraciones banales. Una corporalidad sin intimidad, sin significación, es un cuerpo muerto, exánime.

### **El cuerpo, una expresividad que tiene que ser conquistada y explicitada**

En la vida normal, todo sujeto tiene a su disposición palabras y las maneja como "usos posibles de su cuerpo" (Merleau-Ponty, 1945). En estos pacientes por el contrario, hay una dificultad psíquica de la que poco o nada hablan, todo es normal y nada tienen que decir. Su estructura narrativa carece de "*dramática*" alguna, está desprovista de sentimientos y fantasías: tienen una inhabilidad para expresar sentimientos y diferenciar emociones y sensaciones. Precisamente, como "la expresión emocional no alcanza el campo de la conciencia, ella se expresa por intermedio del cuerpo, bajo la forma de enfermedad" (Andre et al., 132). ¿Pero qué se entiende por "emoción"?

Desde Descartes la emoción ha sido concebida como un arrebato, como una agitación corporal que

hace *salir* al alma *fuera* de los límites de la razón. Pero la e-moción como *ex-movere* también señala un moverse fuera de sí hacia el mundo y un moverse fuera del mundo hacia sí. Ante las dificultades y la falta de logros válidos, la emoción interviene con una resolución inefectiva confiriendo a los objetos *masivamente* otra cualidad<sup>12</sup>. La apertura al mundo deviene metamorfoseada en el momento mismo que se inicia la perturbación. Más que alejarse del mundo, el sujeto lo transfigura, disloca su habitualidad y su familiaridad con sus distintas estrategias. Así puede ocurrir que por un temor intenso el sujeto cubra su mirada como modo de huir del bólido que corre y avanza en su dirección. La mano que cubre los ojos no lo protege del peligro sino simplemente lo niega al suprimirlo *mágicamente*, constituyendo de este modo un comportamiento ineficaz.

¿Podemos continuar afirmando entonces que en las patologías psicopatológicas hay una incapacidad de experimentar las emociones? Digamos mejor que al no poder poner distancia de un evento emocional intolerable, lo transfigura somatizándolo y así lo niega como algo peligroso. "Más que aceptar el fracaso o volver sobre sus pasos, el sujeto en este impasse existencial, hace volar en pedazos el mundo objetivo que le indica la ruta..." (Merleau-Ponty, 1945, 102).

Un fenómeno similar refiere Pedinielli cuando muestra cómo la alexitimia<sup>13</sup> se asocia a los fenómenos de "ajustamiento" (*coping*), permitiéndole al sujeto administrar mejor la angustia generada por ciertas situaciones estresantes. Este ajustamiento *evitante*<sup>14</sup> suprime transitoriamente la respuesta emocional por medio de la huida, la negación o la resignación... Mc Douglas designa a este no-reconocimiento como "forclusión del afecto".

La experiencia emocional también indica "la capacidad de expresión de un sujeto" en tanto *relación con el otro* (Kaufmann, 177), y a las diferentes capacidades de emoción corresponderán diferentes tipos de expresión. La emoción no es entonces un hecho psíquico interno, sino una variación de nuestras relaciones con el otro y con el mundo que se expresa en nuestra actividad corporal (Merleau-Ponty, 1966, 66). Esto es precisamente lo que muestra el sujeto psicopatológico. El cuerpo no es una mera pantalla para una reacción de somatización sino que él mismo deviene "expresión de su propia alteración, de un modo más inmediato que el lenguaje verbal" (López Ibor, 151-2).

La incapacidad lingüística no es una enfermedad de la que sea posible descubrir "la etiología", que perpetuaría el recurso del salto de lo psíquico a lo orgánico. No se puede afirmar que lo que es incomunicado verbalmente o lo comunicado somáticamente implica un *pasaje al acto*, ni tampoco considerar la lesión somática como un *anti-símbolo* que está fuera del campo de lo interpretable<sup>15</sup>.

Entonces, ¿se puede decir –como Marty y M'U-



zan— que los síntomas psicósomáticos son *mudos* pues no simbolizan los afectos como en la histeria, sino que son el efecto de las emociones que por su cualidad e intensidad alteran el equilibrio vital hasta terminar en una disfunción o lesión somática? No precisamente.

El lenguaje verbal, como todos los otros lenguajes, no hace más que desarrollar y especificar el lenguaje fundamental que es el propio cuerpo. Previo al *Cogito hablado*<sup>16</sup>, al cogito convertido en enunciado, hay un *Cogito tácito*<sup>17</sup> o vivencia de sí mismo por sí mismo, es decir una subjetividad indeclinable que se identifica con nuestra existencia corporal.

*"No hay primeramente un lenguaje sobre el cuerpo. Sino que él mismo es su primer lenguaje"* (Bousquié, 65)

El cuerpo, lejos de ser simple instrumento de expresión y representación, se presenta como hablante, más aún como primer significante. Merleau-Ponty encuentra en esta experiencia corporal primaria una *intención de significar* a la que denomina "silencio hablante" (Merleau-Ponty, 1964). En este sentido, "los síntomas son más bien voces del cuerpo que un simple indicador médico" (Vaysse, 156). Por eso, sólo abriendo ese *espacio simbólico* del cuerpo será posible retomar el trabajo de la enfermedad que hizo del síntoma un *testimonio*.

A pesar de que esta conciencia silenciosa, esta "in-

tención significativa"<sup>18</sup> dirija y anime todas las experiencias de expresión, sólo nos da una captación global e inarticulada del mundo, sólo tiene un dominio evanescente sobre sí y sobre el mundo: es todavía un vacío determinado a ser llenado por palabras. Esta expresividad como incesante exceso de verdad de lo que se quiere decir, tiene aún que "ser conquistada, fijada y explicitada por la exploración perceptiva y el habla". "El *Cogito tácito* sólo es *Cogito* cuando se ha expresado a sí mismo" (Merleau-Ponty, 1945, 463). Será la palabra, entre "todas las operaciones expresivas la única capaz de sedimentar y de constituir una adquisición intersubjetiva" (Merleau-Ponty, 1945, 221).

Ahora bien, toda *operación de expresión* tiene por función no sólo la *comunicación* con los sujetos hablantes, sino también una *toma de posesión de los significados* (Merleau-Ponty, 1945, 221). Precisamente esto es lo que está afectado en los pacientes denominados "psicósomáticos". Por eso, no se trata sólo de escuchar la *palabra del cuerpo* sino también de *dar cuerpo a la palabra*. Será el "milagro de la expresión"<sup>19</sup> el que permita vencer la censura que envuelve y oprime usualmente a estos fenómenos, una censura que considera que éstos ni siquiera merecen ser dichos.

En este sentido, toda psicoterapia buscará captar el instante en que cierto silencio se hace palabra y la palabra se hace silencio, para que el lenguaje no sea la máscara que oculta el ser sino su testigo más valioso ■

#### Notas:

1. Dado que constituye la sede de la imaginación y del sentido común.
2. No puedo verme la espalda, y veo mi rostro sólo en el espejo.
3. Sartre, 369-370.
4. Algunos autores no la consideran una patología psicósomática. La angustia ante al muerte, lleva a estos pacientes a utilizar mecanismos de negación, a los que Lang denomina "mecanismos psicóticos de superación" (Lang, 1987, 95).
5. Puede suceder que a veces la tensión psicológica frente a situaciones estresantes no sólo acuse disturbios físicos debido a la inestabilidad del sistema nervios autónomo o desarrolle una enfermedad orgánica, sino que también busque comportamientos inadecuados como alcohol, drogas, fármacos...
6. Mientras la personalidad neurótica presenta una deformación de la experiencia primera del cuerpo, la personalidad psicótica muestra una destrucción de la misma (Pankow 1983). Para Marty más que un conflicto inconsciente como en las neurosis, habría en esta patología una influencia importante de la emoción sobre la función corpórea.
7. Para Marty, y el grupo de la Escuela de París, el pensamiento operatorio se origina en un diferente nivel de desarrollo de las defensas psíquicas y la capacidad representativa y simbólica, lo que mostraría un déficit estructural del pre-consciente. Marty inicialmente utiliza este término de "pensamien-

to operatorio", luego "estado operatorio" y finalmente mas en globante el de "vida operatoria".

8. Para Pankow, "se puede suponer que, antes de la aparición manifiesta de toda neurosis, existe un estadio de defensa del cuerpo, el mismo estadio somatizado de defensa que se manifiesta a menudo en el curso de los análisis bajo forma de 'estancamiento'" (Pankow, 249).

9. A diferencia de lo que ocurre en los raros momentos de crisis de llanto o cólera.

10. En efecto, la presencia corporal implica un actuar mínimo, y en ésta se puede diferenciar -desde la función semántica- expresiones mímicas o gestuales que testimonia el estado afectivo del locutor. El cuerpo es un objeto lingüístico aunque contenga ciertas formaciones simbólicas carenciales. Por ello, siguiendo una pragmática lingüística, es preciso simbolizar al actuar.

11. Dejours, C.: "Doctrine et théorie psychosomatique", Revue Française de Psychosomatique, 1995, N°1, pp. 59-80. Citado por J. Vaysée, o.c. p. 45.

12. Merleau-Ponty se refiere a la teoría sartreana de la emoción, a la que describe como el brusco pasaje de la conciencia pragmática a una actitud mágica.

13. Si el registro psicósomático muestra el aspecto ofensivo de la patología, el de la alexitimia lo hace lo hace en su aspecto defensivo (Vaysée).

14. Cannon (1913) postula un modelo de lucha-huida co-

mo respuesta del organismo al stress. Posteriormente, Selye (1956) considera una fase de reacción de alarma y un segunda fase de adaptación o resistencia, según sea el tipo de situación estresante o el tipo débil o no de organismo.

15. Las diversas teorías psicopatológicas consideran que más que una fantasía reprimida se da una carencia para simbolizar el conflicto. Sin embargo, aunque los contenidos del discurso queden como in-interpretables, la "ignorancia" que marca la historia de estos sujetos organiza un discurso no desde lo reprimido sino desde lo incognoscible, porque aquellos circulan como un enigma en la cadena de representaciones.

16. Sólo se lo conoce cuando nos amenazan situaciones límites, como en la angustia de la muerte o en la mirada del otro sobre sí (Merleau-Ponty, 1945, 462).

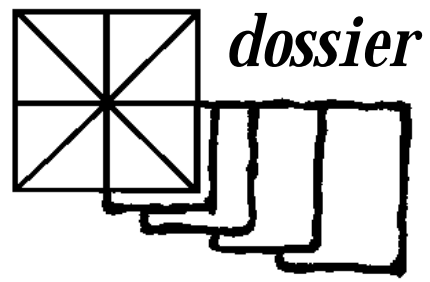
17. Cfr. M Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la Perception*, p. 62. Esta mutualidad entre la percepción y la motricidad, traduce de modo preciso la noción de "fórmula motriz".

18. El cogito tacito, esa conciencia silenciosa es denominada por Merleau-Ponty en *Signes* como "intención significativa muda."

19. Como lo señala Merleau-Ponty (1945).

## Bibliografía

- André, P.; Benavides, TH.; Canchy-Giromini, F.s *Corps et Psychiatrie*, Thoiry, Heures de France, 1996.
- Besançon, "Théories en psychosomatique", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale:(Psychiatrie)*, Paris, Éditions Techniques, 37-400-C10, 1992
- Blankeburg, W., "Der Leib -das gemeinsame Thema von somatischer und psychosomatischer Medizin", en W. Bräutigam (ed), *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin*, Springer Verlag, 1988, pp.61-71.
- Binswanger, L., "De la Psychotérapie", en *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971, pp.119-146.
- Bracken, P. J., "The importance of Heidegger for Psychiatry" (commentaries to F. Savaneus), *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, Vol.VI., Nº 2, Juin, 1999, pp 83-85.
- Boss, M., *Introduction a la médecine psychosomatique*, Paris, P. U. E., 1959
- Borgna, E., *Le figure dell' ansia*, Milano, Feltrinelli, 1997.
- Bousquie, P., *Le corps, cet inconnue; Philosophie et Psychanalyse*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Descartes, R., *Oeuvres*, Ch. Adam y P.Tannery; Paris, 1967, T.I, Correspondance (avril 1622-Février 1638) T.I.; *Méditations Métaphysiques, Oeuvres*, T. IX, *Méditation II; Traité de l'homme*, T. XI,
- Giudicelli, S., "Le concept d'angoisse", *L'Evolution Psychiatrique*, Jul-Sept 1983, tome 48, fasc 3, pp. 657-673.
- Heidegger, M., *Was ist Metaphysik*, Frankfurt, Klosterman, 1965.
- Jonckheere, P., "Phénoménologie et médecine psychosomatique; l'apport de Medard Boss" en P. Jonckheere, P.(ed.): *Phénoménologie et Analyse Existentielle*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1989, pp. 133-144.
- Kreisler L et Szewc, G., "Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance. Généralités cliniques - Propositions théoriques", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie)*, Paris, Éditions Techniques, 37-404-a-10, 1998.
- Kaufmann, P., *L'expérience émotionnelle de l'espace*, Paris, Vrin, 1998.
- Krystal, H., "The genetic development of affects and affects regression", *The Annual of Psychoanalysis*, 1974, Nº 2, pp. 98-126.
- Lang, H., "Existence et défense", en P. Fédida, y J. Schotte (eds.), *Psychiatrie et Existence*, Jérôme Millon, Grenoble, 127-135 (1991); "Zur Pathologie der Angst und Angsterarbeitung", en H.Lang y H. Faller (eds.), *Das Phänomen Angst*, Frankfurt, Shurkamp, 1996, pp. 122-145; "L'angoisse et l'élaboration de l'angoisse dans la névrose, et dans les maladies psychosomatiques et organiques graves", *Psychologie Médicale*, 1988, vol. 20, Nº 1, pp. 23-27; "El cuerpo como objeto e instrumento "en M.L. Rovaletti (ed.), o.c. 1998; "Angustia y elaboración de la angustia en la neurosis, en la enfermedades psicopatológica y en la psicosis", en D. Barcia: *Psiquiatría Antropológica*, Murcia, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia, 1987, pp. (89-101).
- Le Breton, D., *Le chair à vif; usages médicaux et mondains du corps humaines*, Paris, Métailie, 1993.
- Leder, D., *The absent body*, Chicago, University of Chicago Press, 1990.
- Lolas Stepke, F., *La perspectiva psicopatológica en Medicina*, Santiago de Chile. Editorial Universitaria, 1984.
- López Ibor, J.J. y López-Ibor, Aliño, J.J., *El cuerpo y la corporalidad*, Madrid, Gredos, 1974.
- López Ibor, J.J., *Las Neurosis como enfermedades del ánimo*, Madrid, Gredos, 1979.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F.; Laederach-Hofmann, K., *El enfermo psicopatológico en la práctica*, Barcelona, Herder, 1997.
- Mazerán, V. y Olindo Webwe, S., "Corps-entre-mots", *L'Evolution Psychiatrique*, 1990, Tome LV, Fasc. 3, pp. 505-514.
- Marty, P., *Mentalisation et Psychosomatique*, Le Pleissis-Robinson, Éditions Les Empecheurs de penser en Rond-Synthélabo, 1991.
- Merleau Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard 1945; *La structure du comportement*, Paris, P.U.F., 1942; *Signes*, Paris, Gallimard, 1960; *Sens et non-sens*, Paris, Gallimard, 1966.
- Mochet, C-L., "Emotion et perception; A partir de Merleau-Ponty et Glen Mazis", *Alter* Nº 7 pp. 169-184.
- Nietzsche, F., *Así habló Zaratustra*, Madrid, Alianza, 1999.
- Northoff, G., Schwartz, M., Wiggins, O., "Psychosomatics, the lived body and anthropological medicine: concerning a case of atopic dermatitis", en Drew Leder (ed.), *Philosophy and Medicine*, Kluwer Academic Publisher, 1992, 139-154.
- Pankow, G., *L'homme et la psychose*, Paris, Flammarion, 1983
- Pedrinelli, J. L. & Rouan, G. "Concept d'alexithymie et son interet en psychosomatique" *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie)*, Paris, Éditions Techniques, 37-400d-20, 1998
- Rovaletti, M.L., "La angustia o la palabra hecha síntoma", *Revista de Filosofía (México)*, 1997, Nº 89, pp. 188-214; "¿Una corporeidad disimulante, una interioridad disimulada?", *Agora*, Nº 19-I (1999), pp. 145-154.
- Rovaletti, M.L. (ed.), *La corporalidad. La problematica del cuerpo en el pensamiento actual*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1998.
- Sartre, *L' être et le Néant*, Paris, Gallimard, 1943.
- Sivadón, P. y Fernández-Zóila, A., *Corps et Thérapeutique*, Paris, 1986, PUF.
- Sivak, R., "Corporalidad y psicopatológica. Alexitimia y categorías fenomenológicas", en M.L. Rovaletti (ed.), en M.L. Rovaletti (ed.), o.c. 1998, pp. 35-44.
- Smadja, C., "El modelo psicopatológico de Pierre Marty". *Pierre Marty y la psicopatológica*. Marta T.de Calatroni (comp.), Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
- Svenaues, F., "Alexitimia: A phenomenological Approach" & "Response to the commentaries", *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, Vol.VI., Nº 2, Juin, 1999, pp. 71-85 &105-107. .
- Szasz, Th., "Histeria y Medicina Psicopatológica" en *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1994.
- Trombini, G. y Baldoni, F., *Psicopatológica*, Bologna, Il Mulino , 1999
- Vaysse, J., *Petit traité de médecine psychosomatique*, Le Pleissis-Robinson, Éditions Les Empecheurs de penser en Rond-Synthélabo, 1996.
- Conferencia plenaria, presentada en la International Conference on Philosophy and Mental Health: "Madness, Science and Society", Florence, Renaissance 2000, August 26-29, 2000. Organizada por The Italian Society for Psychopathology y The Philosophy Group of The Royal College of Psychiatrists con la International Scientific Organising Committee of Philosophers, Psychiatrists and Psychopathologists, y el soporte The City and The University of Florence.
- Este trabajo fue realizado en el marco del Subsidio PIP-CO-NICET Nº 4256 y UBACYT TP Nº 60, Cátedra II de Psicología Fenomenológica y Existencial (Universidad de Buenos Aires) y la Fundación Mainetti- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.



# Grupos

## Segunda parte

*Coordinación:*

**Martín Agrest, Aníbal Goldchluk  
y Alejandro Vainer**

*E*n nuestro país la memoria es un bien escaso y el campo de la Salud Mental no es la excepción. Cuando un investigador o un equipo de trabajo aborda un tema es una rareza que suela reconocer cuál es la historia y quiénes fueron los que lo precedieron en el área abordada.

Cuando comenzamos a pensar este Dossier lo hicimos revisando el trabajo que habían realizado Lucila Edelman y Diana Kordon hace diez años al coordinar un Dossier sobre "Grupos" en el N° 7 de Vertex. Ellas habían preparado una introducción en la cual balizaban los distintos tipos de dispositivos grupales conocidos. Luego, en diferentes artículos aparecían trabajos conceptuales que profundizaban sobre el psicoanálisis grupal, el enfoque gestáltico de grupos, el aprendizaje grupal, los grupos GIA de Alcoholismo y el psicodrama psicoanalítico grupal. El dossier se cerraba con una entrevista a Didier Anzieu sobre el Yo-grupo y el Grupo-Cuerpo.

Diez años después decidimos que este segundo Dossier fuera un complemento del anterior. Para ello seguimos el criterio de no superponer trabajos ni enfoques sino ampliar el campo del conocimiento aprovechando lo que nuestras antecesoras

ya habían producido. Asimismo, Vertex ofrece a los lectores la posibilidad de consultar ese primer Dossier en <http://www.editorialpolemos.com/7.html>.

Nosotros pensamos que este Dossier tenía que incluir tanto los enfoques y dispositivos que estaban ausentes en el primero como las novedades de la última década en el tema en la Argentina. Por eso comenzamos con una contribución de las anteriores coordinadoras del Dossier que intenta pensar las grupalidades a la luz de la catastrófica situación social en la que estamos inmersos. Si bien en el Dossier anterior contábamos con importantes conceptualizaciones psicoanalíticas, los desafíos que plantea la actualidad hacen necesaria una revisión tanto teórica como práctica.

A continuación siguen dos artículos desde un enfoque cognitivo aplicado a los grupos. El auge de este abordaje en el terreno de la psiquiatría hace imprescindible conocer su aplicación grupal. Uno de los artículos presenta una breve historia de los grupos y de la terapia grupal de corte cognitivo. El otro muestra una experiencia de investigación que, mediante tests, permite ver la evolución de los pacientes antes y después de la intervención grupal.

*La experiencia de grupos de ayuda mutua tiene una historia muy larga. Pero su aplicación en pacientes bipolares y familiares en nuestro medio constituye una experiencia que se afianzó en la última década. La presentación de la historia de Fubipa y el relato vivencial de sus participantes permiten tener un panorama del invaluable aporte de los grupos de ayuda mutua a pacientes bipolares y a sus familiares.*

*La hiper-desocupación por la que atraviesa el país vuelve valiosa la presentación del informe del trabajo con desocupados. Su introducción y sus posibilidades representan uno de los mayores aportes de los abordajes grupales. En este sentido los trabajos grupales en Salud Mental con piqueteros, asambleas barriales y fábricas recuperadas son experiencias novedosas que debemos mencionar, aunque por su incipiente conceptualización no recibieron el espacio que debían en este Dossier.*

*El trabajo grupal en los hospitales es de importancia capital desde nuestro punto de vista. Su escaso desarrollo en los Servicios públicos es inadmisibile, tratándose de un abordaje que permitiría tanto reducir listas de espera como trabajar más efectivamente en distintos niveles de prevención. Teniendo en cuenta su valor para la prevención y para la resocialización, se vuelve indispensable la ausencia de dispositivos*

*grupales. Por ello incluimos la experiencia que se está realizando en el Hospital "Borda".*

*Finalmente, la entrevista a Armando Bauleo completa este Dossier. Nuestro enfoque intenta construir puentes en la historia de una temática en la que nuestro país fue pionero. El terrorismo de Estado prohibió a los grupos acusándolos de "subversivos". Luego del mismo, los grupos pasaron a ocupar un lugar secundario en el campo de la Salud Mental, en parte por haber sido "desaparecidos y silenciados" para las nuevas generaciones y, en parte, por cambios sociales y culturales que tendieron hacia un individualismo que se reflejó en cierta descalificación y menosprecio por los abordajes grupales. Como dice Bauleo en el reportaje, éstos sufrieron una lamentable "banalización".*

*Los tiempos del país y del mundo han cambiado, lo cual nos lleva a repensar el sentido y la función del los abordajes grupales hoy. Consideramos, sin más, que son imprescindibles para los Trabajadores de Salud Mental, ya que su utilidad se encuentra, tal como refleja este Dossier, en todos los niveles de atención. Esperamos que este trabajo de retomar la rica historia y el presente de lo grupal, sea una útil herramienta para los lectores.*

*Iniciamos así lo que suponemos será un largo y fructífero camino de diálogos e intercambios grupales... ■*

# Crisis social, grupalidad espontánea y dispositivos grupales

**Lucila Edelman**

*Médica psiquiatra. Psicoterapeuta. Miembro titular y docente de posgrado de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG). Vicepresidenta del Capítulo "Salud mental y Derechos Humanos" de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)*

**Diana Kordon**

## Introducción

Los acontecimientos producidos en la Argentina en el último período, particularmente el desarrollo de nuevas prácticas sociales contestatarias frente a la crisis, nos demandan o promueven una nueva reflexión sobre el papel de la grupalidad como herramienta para la transformación de la realidad y para la tramitación de los procesos concernientes a la subjetividad.

El abordaje de esta cuestión reconoce diferentes niveles de análisis: político, social, económico, etc. En este caso nos limitaremos a plantear algunas cuestiones relativas al campo de lo grupal.

El lazo social constituye una condición de posibilidad para la existencia misma del psiquismo y es garantía de su continuidad a lo largo del tiempo, incide en la elaboración personal y colectiva de las crisis y de las situaciones traumáticas y de catástrofe social.

Las situaciones críticas, a su vez, producen modificaciones en el campo de lo vincular y de lo subjetivo individual. En este sentido, las experiencias nuevas, de un pueblo o una cultura, obligan al sujeto –y a los grupos en los que éste participa– a un trabajo de

elaboración. Este trabajo elaborativo implica el cuestionamiento y recomposición de aspectos de la identidad, movimientos desidentificatorios y reidentificatorios, que se tramitan simultáneamente en el plano personal y en el orden de la pertenencia y del procesamiento social.

Dicho de otro modo, toda nueva experiencia colectiva produce cambios en la subjetividad. La subjetividad es una formación que corresponde simultáneamente al sujeto singular y al conjunto. La concebimos como los distintos modos de dar significado y sentido al mundo, las distintas maneras de percibir, de pensar, de comprender, de accionar y sentir que inciden en las diferentes formas de existencia y de vida. Es, en consecuencia, una producción histórico-social.

Un rasgo del período actual es la masividad con que las personas nos agrupamos y participamos activamente en la escena social, motivadas en la necesidad de resolver problemas comunes. Esta es una característica de toda construcción voluntaria de grupo. Remite a lo que Bion y Pichon-Rivière denominan como "tarea del grupo".

Estos agrupamientos han surgido y se despliegan

---

## Resumen

Los acontecimientos producidos en la Argentina en el último período, particularmente el desarrollo de nuevos modelos en las prácticas sociales contestatarias frente a la crisis, nos demandan o promueven a una nueva reflexión sobre el doble papel de la grupalidad, en tanto herramienta para la transformación de la realidad y para la tramitación de los procesos concernientes a la subjetividad. En este trabajo analizamos algunas cuestiones relativas al campo de lo grupal, tanto en el aspecto del papel de la grupalidad espontánea como en la posibilidad de implementar dispositivos grupales para la elaboración de las crisis. Partimos del hecho de que el lazo social constituye una condición de posibilidad para la existencia misma del psiquismo y garantía de su continuidad a lo largo del tiempo, e incide en la elaboración personal y colectiva de los traumas, de las crisis y de las situaciones de catástrofe social. Desarrollamos algunos aspectos del dispositivo específico grupo de reflexión, tal como lo concebimos y lo hemos desarrollado, en distintas situaciones de crisis social, resultando en nuestra experiencia, un instrumento útil para la elaboración de los efectos de éstas en la subjetividad.

**Palabras clave:** Crisis social – Subjetividad – Elaboración grupal – Grupos – Grupo de reflexión

SOCIAL CRISIS, SPONTANEOUS GROUPS AND GROUPAL DEVICES

## Summary

Argentina has gone through very difficult times during the last years and, in particular, new kinds of social practices have emerged in order to cope with the crisis. This situation demands and urges a new type of reflection upon the double role of groups, as tools to transform reality and as a way to elaborate those processes regarding subjectivity. In this paper we analyse some topics regarding the groupal field (considering spontaneous groups as well as groupal devices that allow to elaborate the crisis). We consider social bond to be the condition of possibility for the existence of the psyche and of time continuity, and that it also makes possible personal and social elaboration of trauma, crisis and social catastrophe. We develop some aspects of an specific device (the reflection group), which we have already depicted in another moment, showing it's usefulness to cope with social crisis and to promote the subjective elaboration of crisis.

como respuesta a la situación catastrófica derivada del deterioro de las condiciones de vida, de la pérdida de derechos básicos, y de la represión y el atropello a las libertades públicas.

Las Madres de Plaza de Mayo comienzan buscando a sus hijos, luego exigen su aparición con vida; con el tiempo su movimiento instala en la conciencia colectiva el ideal de justicia y redefine modelos acerca del rol de la mujer.

El movimiento de desocupados genera un modelo de democracia directa, asamblearia, participativa. Es decir, define nuevas normas que regulan los intercambios y va formulando ideales colectivos acerca de la organización social necesaria.

La toma de fábricas cerradas y su puesta en funcionamiento por parte de los trabajadores produce un movimiento de desalienación en el sentido psíquico y social.

Las asambleas populares surgidas este año, reincorporaron a la acción política y social a grandes sectores de capas medias de la ciudad de Bs. As. y otras, y generaron un movimiento en la subjetividad que nos sustrajo de vivencias melancólicas paralizantes que predominaban hasta ese momento.

En los agrupamientos sociales actuales intentamos ser protagonistas, sin delegamientos. La extensión de las experiencias de ejercicio de la democracia asamblearia, de la democracia directa, probablemente sea una de sus características más importantes.

Por otra parte, el discurso dominante –que otorga sentido y significación a los fenómenos sociales– tiene una incidencia fundamental en la subjetividad.

Si la represión política se acompaña de un discurso autojustificatorio y de culpabilización, o la desocupación y el hambre adjudican como responsables a sus víctimas y se consideran inevitables, se desprende de esto que la afectación personal no será solo producto de las condiciones materiales sino también de la internalización e identificación con las ideas inducidas por el poder.

Estos movimientos contestatarios ejercen un rol instituyente en el cuerpo social, aportando a la construcción de un consenso social contrahegemonico y ofrecen simultáneamente al psiquismo individual la posibilidad de construir otros sentidos.

La práctica social es el punto de partida de la construcción de nuevas ideas y discursos. Lo que comenzó como búsqueda de solución a problemas concretos deviene en redefinición de nuevas representaciones sociales, modelos e ideales colectivos.

La representación social de “desaparecido”, de “piquetero”, de “madres de la plaza”, de “hijos”, de “asambleístas” son construcciones colectivas que sintetizan dichas prácticas.

Ante la crisis, estos agrupamientos producen un reapuntalamiento que tiende a contrarrestar los sentimientos angustiosos de indefensión e inermidad y la angustia de no asignación, entendida como el sentimiento de pérdida, de falta de reconocimiento en el deseo del otro, en este caso del conjunto social, como pérdida de un lugar en el mundo. El sujeto se siente arrasado, por completo desposeído y desvalorizado. Esto es producto de una masiva pérdida de apuntalamiento. Cuando hablamos de apuntalamiento nos referimos a la red de solidaridades que

sostiene el funcionamiento del psiquismo. Se trata de un sistema de apoyos múltiples (el propio cuerpo, la madre, la familia, los grupos, las instituciones y el contexto social en su conjunto), que cumplen una triple función: de apoyo o sostén, de modelización y de espacio transicional, espacio en última instancia del juego y la creatividad.

Los grupos a los que se recurre espontáneamente como recurso durante las crisis, constituyen uno de los instrumentos fundamentales para albergar al sujeto en la condición de indefensión, y otorgar el reapuntalamiento necesario. Funcionan como un aparato protésico. Además de contener, en la medida que deja abierta la posibilidad de desarrollo de la creatividad, cumple función proteica, en el sentido de funcionar como una nueva matriz para el desarrollo de aspectos del psiquismo que aún no se habían constituido. Esto sostiene la idea, que suscribimos, de un psiquismo en permanente construcción.

El agrupamiento puesto en acto es el vehículo necesario para poder movilizar las fuerzas desalienantes. Si la alienación, fenómeno psicosocial por excelencia, es por definición inadvertida por el propio sujeto alienado, serán entonces necesarios otros para poner en marcha el proceso de desalienación. Y habrá también otros, que no participan en forma directa de estas acciones, que pueden también tomarlas como referencia e identificarse con los modelos o ideas que proponen.

Estas experiencias restauran lazos solidarios, restituyen sentimientos de potencia que despiertan perspectivas de futuro, que trascienden las vivencias de sin salida y escepticismo que produce la crisis o el trauma social.

Coincidimos con Janine Puget cuando afirma que la solidaridad es “una producción vincular específica, algo que se hace junto con otro/otros en un espacio público, cuando aparece la necesidad o el deseo de hacer algo con relación a un problema que se define en cada momento, en cada contexto y que plantea un interrogante”(Puget, 2002, pág. 117). De la necesidad de resolver un problema común se genera un “nosotros” identificatorio, “nosotros” que tendría la cualidad vinculante que Sara Moscona otorga a la relación solidaridad-fraternidad (Moscona, 2001).

Esta temática nos sitúa, una vez más, en el complejo entramado donde se articulan lo individual y lo social, campo de superposiciones y heterogeneidades, territorio siempre fecundo en interrogantes e hipótesis.

### **Dispositivos grupales**

Pensamos que los dispositivos grupales ofrecen posibilidades de contener y elaborar personal y colectivamente los nuevos elementos que irrumpen en la realidad psíquica. Constituyen ámbitos específicos de elaboración subjetiva de la crisis, tanto se trate del plus de trabajo psíquico que genera la intensa participación e implicación subjetiva en los movimientos sociales como cuando el papel apuntalador de los agrupamientos naturales no basta para contener los

efectos psíquicos arrasadores que la crisis puede provocar en algunos o cuando simplemente los sujetos no participan en ellos.

Nuestra experiencia es la de haber trabajado desarrollando dispositivos grupales en estas distintas condiciones.

Los grupos pueden estar basados en distintos modelos teóricos y técnicos. De acuerdo a los objetivos los dispositivos específicos son diferentes.

Por "dispositivo" entendemos el conjunto de condiciones normativas de la tarea a desarrollarse: número de integrantes, tiempo de las reuniones y frecuencia de las mismas, duración limitada o ilimitada del funcionamiento del grupo, pero más especialmente los contenidos sobre los que se trabaja y el tipo de intervenciones de los coordinadores del grupo.

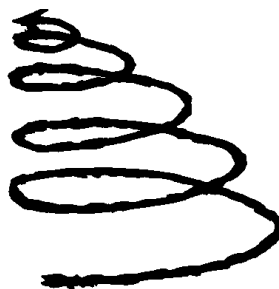
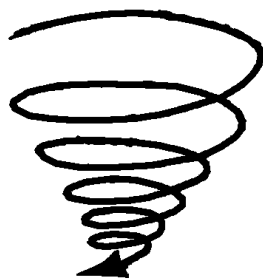
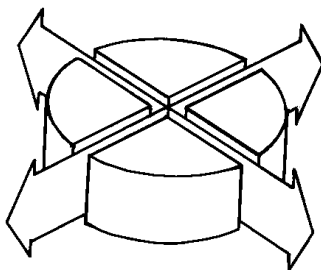
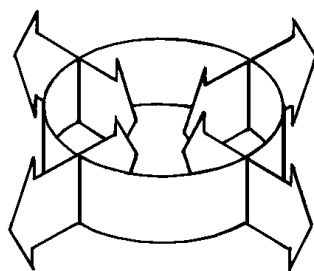
Según cuál sea el dispositivo grupal se producirán determinados efectos y se verán con mayor o menor intensidad ciertos fenómenos.

Pero cualquiera que sea el dispositivo, el grupo va a tener una función de apuntalamiento.

Los dispositivos multipersonales facilitan la comprensión de diferentes planos de la trama vincular y las modalidades en que éstos se manifiestan en la situación de grupo:

**a.** Aspectos intrapsíquicos dados por la estructura de personalidad y la historia del sujeto, que incluyen los procesos y productos identificatorios, especialmente las identificaciones secundarias y las correspondientes al yo ideal, así como las fantasías secundarias, propias de cada sujeto.

**b.** Aspectos correspondientes a la intersubjetividad, entendida ésta como un fenómeno relacional que implica un aspecto manifiesto y consciente, y un aspecto inconsciente, en el que se halla presente la depositación recíproca de partes de cada uno en el o los otros; una traducción y metabolización del mensaje del otro modificado en el pasaje al interior de cada sujeto de acuerdo a su problemática inconsciente (procesos de transcripción). Este movimiento intersubjetivo se manifiesta en el grupo a través de la configuración de una estructura de roles por atribucio-



nes recíprocas de acuerdo al modo de articulación de las diferentes fantasmáticas.

**c.** Aspectos más regresivos, indisciplinados, fusionales del vínculo. Aquellos que pueden ser denominados como zócalo inconsciente de la pareja o como aspectos sincréticos depositados en el encuadre. El enamoramiento en la pareja y la ilusión grupal o la burocratización en los grupos corresponden a estos fenómenos.

El enamoramiento y la ilusión son mecanismos fundantes del vínculo, ambos basados en la idealización. En ellos predomina la vivencia de plenitud, de expansión narcisista, las identificaciones adhesivas y omnipotentes.

**d.** La incidencia en la subjetividad de organizadores socioculturales como las variables institucionales, las representaciones sociales o los enunciados identificatorios, portadores de los ideales sociales, que atraviesan a los miembros del conjunto.

Los aspectos c) y d) corresponden a ambos polos de la transubjetividad, al polo indiferenciado o fusional y al polo estructurado.

Entendemos por "transubjetivo" aquello que corresponde a la apertura máxima de las subjetividades parcialmente abolidas por la ausencia de un espacio de transcripción o de diferenciación. Este atravesamiento narcisista es necesario para fundar el sentimiento de pertenencia a un conjunto.

## Grupos de reflexión

Nuestra experiencia es que, en las situaciones de crisis, de emergencias o de traumatismos sociales, el trabajo con este tipo de grupos permite, analizando la especificidad de la vincularidad, dar cuenta de la relación dialéctica individuo-grupo, de los procesos de discriminación personal y de participación e integración en los espacios grupales, reconociendo la incidencia de los articuladores psicosociales en la subjetividad.

En la actualidad, existe un espectro amplio de dispositivos llamados grupos de reflexión con diversos objetivos, dispositivos y resultados. Indudablemente, en el



trabajo con este tipo de grupos, las condiciones psicosociales nos conducen a un cuestionamiento y replanteo permanente de nuestras prácticas y teorías. En este sentido, entendemos que es imprescindible estar abiertos a los nuevos interrogantes que plantea la escena social, al tiempo que recuperemos las experiencias y conceptualizaciones previas que constituyen aportes necesarios para pensar las nuevas coyunturas.

Intentaremos dar cuenta de nuestro marco conceptual para comprender ciertos fenómenos que se producen en este tipo de grupos, teniendo en cuenta que en el propio campo de las prácticas grupales el desarrollo de modelos teóricos se produjo con relativo atraso con respecto a dichas prácticas.

En el modelo de grupos de reflexión con que trabajamos, el encuadre (tiempo y espacio) sostiene un aspecto regresivo (una cara interna en la que circula la fantasmática) y un aspecto vinculado al principio de realidad, un aspecto simbólico, que permite a los integrantes del vínculo comprender los fenómenos regresivos de los cuales ellos mismos son actores.

Los grupos constituyen un escenario en el que se dramatizan espontáneamente los conflictos de los ámbitos intrapsíquico, inter y transubjetivos. Es a partir de esta dramatización que se abren las posibilidades de modificación (Bernard, 1977).

Cuando hablamos de dramatización espontánea no estamos refiriéndonos a la implementación de una técnica. Estamos ubicándonos en lo que aparece como una disyuntiva: ¿a qué dar prioridad en un grupo? A lo que se escucha, como si cerrando los ojos y omitiendo las tonalidades pudiéramos armar un solo discurso interpretable o varios o, tal como preferimos, a lo que aparece ante nuestros ojos como una escena, una escena dramática, donde los personajes hablan. Es decir, hay discursos, pero también se ubican en el espacio, establecen dimensiones temporales, de continuidad, arman entre todos una piel, un cuerpo; es decir, ponen en escena distinto tipo de fantasías construyendo, entre sí, un material complejo, una puesta en escena y en palabra que tiene por lo tanto que ser simultáneamente visto y oído.

Este material complejo es lo que Bernard ha denominado el lenguaje o el código provisto por la estructura de roles.

El grupo de reflexión permite el doble acceso, a las formaciones grupales del psiquismo, originadas en los vínculos primarios, y a ciertos niveles de enlace con las variables institucionales y lo macrocontextual.

Teniendo en cuenta que la fantasía constituye una forma de organización de las representaciones psíquicas inconscientes y es un organizador del proceso grupal, y que las representaciones sociales operan también como organizador (socio-cultural) con funciones psíquicas y sociales, el grupo de reflexión constituye un espacio privilegiado para observar la articulación entre ambas.

En cuanto al nivel de tarea, en el que el grupo funciona con características de proceso secundario, se produce un nivel reflexivo, conceptualizador, utilizando el lenguaje simbólico. En este plano el

acuerdo de trabajo se establece, desde el propio encuadre, con los aspectos adultos de los miembros del grupo.

En el grupo de reflexión hay discontinuidad, alternancia entre los momentos regresivos y los momentos reflexivos. Se organiza una trama íntima confiable que permite el trabajo de la subjetividad. Abre un espacio de palabra que permite dar sentido singular y colectivo a las crisis.

También se dramatizan los conflictos dentro de las instituciones. El zócalo de sociabilidad sincrética favorece y dificulta simultáneamente la individuación.

El grupo dramatiza también algunas necesidades compartidas. Por ejemplo, a veces, la de dar testimonio. Dar testimonio, hablar frente a un testigo, genera un universo simbólico, ya que implica un pasaje del sujeto singular a la escena social.

La necesidad de historización siempre aparece. La historización personal, grupal y social ayuda a las redefiniciones identitarias, ya que la identidad personal está siempre sostenida en el vínculo con los grupos y las instituciones de pertenencia.

Se presentan los conflictos derivados de la confrontación entre la fantasmática que opera en el espacio compartido por los diferentes miembros del grupo, es decir aquello que atraviesa a los miembros del conjunto y la incidencia de las demandas surgidas de las representaciones sociales (equivalentes, desde otra conceptualización a los organizadores socioculturales)(Kaes).

### **Función de la coordinación**

Respetamos y tratamos de estimular la comunicación entre los miembros del grupo y favorecer los procesos de reconocimiento de semejanzas y diferencias; la capacidad de entender y ser entendidos por los otros integrantes.

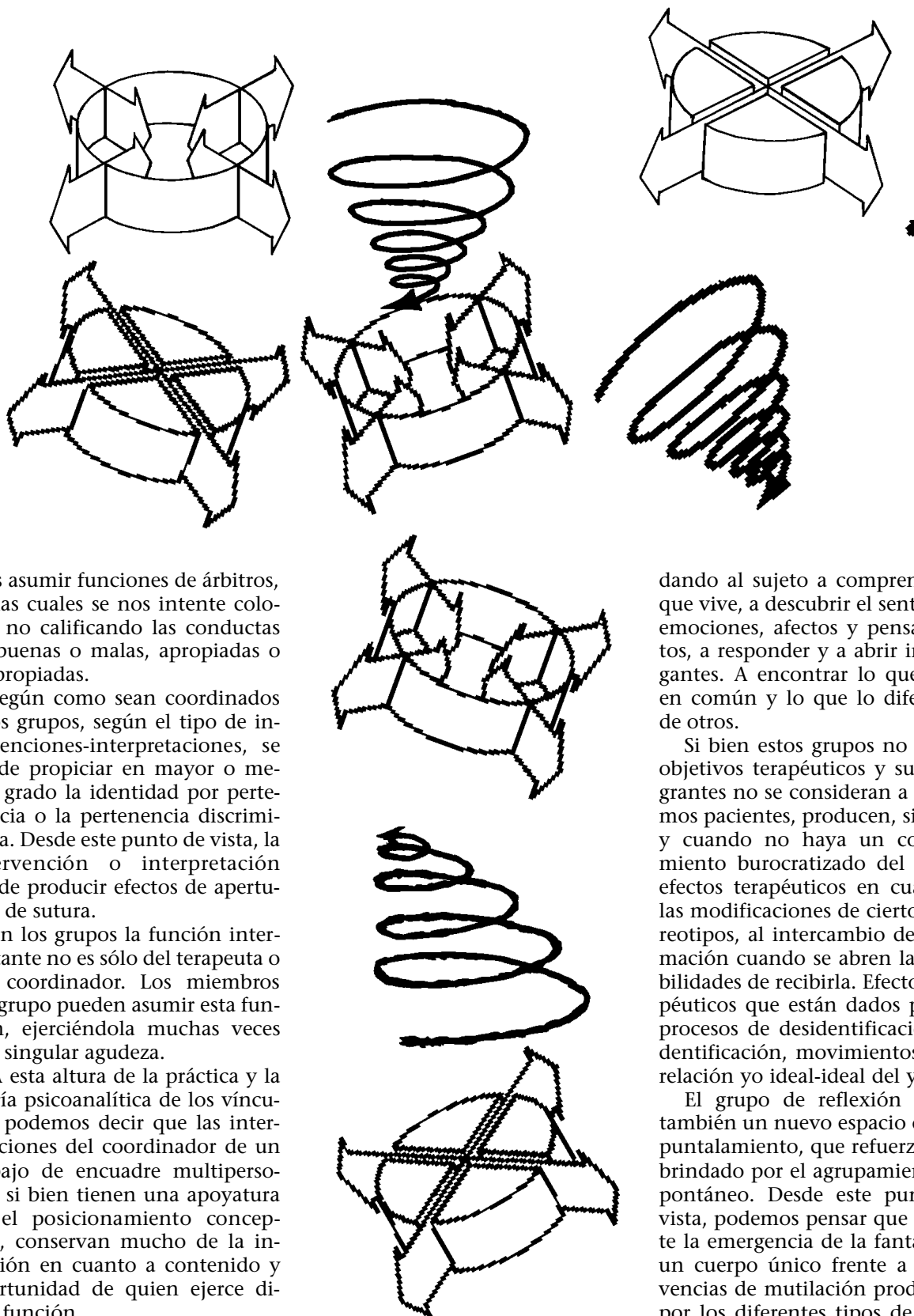
Propiciamos la comunicación en red, tratando de evitar la comunicación radial, que intensifica la dependencia respecto del coordinador.

Algunas intervenciones de los coordinadores tratan de esclarecer o explicitar situaciones conflictivas. Otras están dirigidas a mostrar, partiendo de lo planteado por los miembros del grupo, diferentes repertorios de respuestas posibles frente a un mismo problema. Se ayuda a descubrir de qué manera se articulan las representaciones sociales con las vivencias subjetivas.

Se interpretan diferentes niveles de fantasías, procurando evitar las interpretaciones vinculadas a la historia personal de los integrantes, dirigiéndose en cambio a los niveles transubjetivos y a veces intersubjetivos. También tendemos a establecer la vinculación entre determinados afectos y las ideas conscientes o no en que aquéllos se apoyan, las motivaciones inconscientes de ciertas actitudes.

En algunos de estos grupos se señala la relación entre las normas institucionales y la subjetividad o entre aquéllas y los vínculos interpersonales.

Cuando el nivel de exigencias idealizadas depositadas en la figura y en la función del coordinador se convierte en un obstáculo para el intercambio, tenemos intervenciones dirigidas a disminuirlo. Eludi-



mos asumir funciones de árbitros, en las cuales se nos intente colocar, no calificando las conductas en buenas o malas, apropiadas o inapropiadas.

Según como sean coordinados estos grupos, según el tipo de intervenciones-interpretaciones, se puede propiciar en mayor o menor grado la identidad por pertenencia o la pertenencia discriminada. Desde este punto de vista, la intervención o interpretación puede producir efectos de apertura o de sutura.

En los grupos la función interpretante no es sólo del terapeuta o del coordinador. Los miembros del grupo pueden asumir esta función, ejerciéndola muchas veces con singular agudeza.

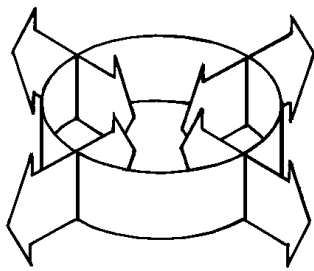
A esta altura de la práctica y la teoría psicoanalítica de los vínculos, podemos decir que las intervenciones del coordinador de un trabajo de encuadre multipersonal, si bien tienen una apoyatura en el posicionamiento conceptual, conservan mucho de la intuición en cuanto a contenido y oportunidad de quien ejerce dicha función.

El grupo de reflexión se propone favorecer la elaboración de las vivencias subjetivas, de la fantasmática y de su relación con las significaciones y sentidos sociales. Es un espacio privilegiado para el trabajo de la subjetividad, ayu-

dando al sujeto a comprender lo que vive, a descubrir el sentido de emociones, afectos y pensamientos, a responder y a abrir interrogantes. A encontrar lo que tiene en común y lo que lo diferencia de otros.

Si bien estos grupos no tienen objetivos terapéuticos y sus integrantes no se consideran a sí mismos pacientes, producen, siempre y cuando no haya un congelamiento burocratizado del grupo, efectos terapéuticos en cuanto a las modificaciones de ciertos estereotipos, al intercambio de información cuando se abren las posibilidades de recibirla. Efectos terapéuticos que están dados por los procesos de desidentificación-reidentificación, movimientos en la relación yo ideal-ideal del yo, etc.

El grupo de reflexión brinda también un nuevo espacio de reapuntamiento, que refuerza el ya brindado por el agrupamiento espontáneo. Desde este punto de vista, podemos pensar que permite la emergencia de la fantasía de un cuerpo único frente a las vivencias de mutilación producidas por los diferentes tipos de pérdidas. Pero el hecho de que se trata de un grupo en el que los coordinadores tienden al trabajo sobre los polos fusional y discriminado de la pertenencia, permite que junto al aspecto de sostén del apuntamiento, se dé también la



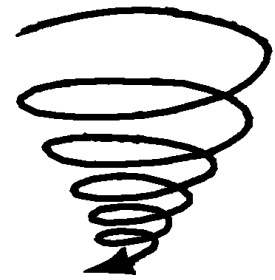
posibilidad de un trabajo creativo de remodelización.

Permite, por otra parte, una elaboración específica de la problemática de la autoestima, afectada por la situación de catástrofe y por la identificación con los discursos culpabilizantes.

Es importante también la introducción de las variables organizadoras de tiempo y espacio, que el encuadre grupal produce de por sí. Estas variables son ordenadores básicos del funcionamiento psíquico.

Si bien consideramos que es la práctica social la que produce principalmente la desalienación, el grupo de reflexión puede ampliar este proceso, a partir de que constituye un ámbito colectivo de elaboración que permite la discriminación entre las fantasías individuales y las representaciones sociales.

Por estas consideraciones, entendemos que el grupo cumple una función de intermediario entre el sujeto y el campo social ■



### Bibliografía general

- Bernard M. (1977). "La estructura de roles como lenguaje y el status de los procesos inconscientes en la terapia grupal". En *El grupo y sus configuraciones*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1979.
- Bleger J. *Simbiosis y Ambigüedad*. Paidós, Buenos Aires, 1967.
- Edelman L. y Kordon D. "Algunos aspectos de la problemática de la fantasía y su relación con lo grupal". Stas. Jornadas Anuales de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires, 1989.
- Edelman L. y Kordon D. "Algunos aspectos de la práctica y la teoría de los grupos de reflexión". *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. N° 17, 1994.
- Edelman L. y Kordon D. "Articuladores psicosociales". En *La impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica*. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.
- Edelman L. y Kordon D. "Práctica social y subjetividad". En *Paisajes del dolor, senderos de esperanza*. Ed. Polemos, Buenos Aires, 2002.
- Kaes R. (1976). *Crisis, ruptura y superación*. Edic. Cinco, Buenos Aires, 1988.
- Kaes R. (1980). "El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas concepciones teóricas en relación a los conceptos de individuo y grupo". *Temas de Psicología Social*. Número extraordinario, Buenos Aires, 1981.
- Kaes R. (1993). *El grupo y el sujeto de grupo*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1995.
- Moscona S. *Vínculos de paridad*. Ficha de la AAPPG, 2001.
- Nachin C. El símbolo psicoanalítico en las neurosis. En *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*, 1997.
- Pichon Riviére E (1971). *El proceso grupal*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
- Puget J. Las relaciones de poder, solidaridad y racismo. *Revista de la AAPPG* Tomo 1 XXV, 2002.
- Puget J, Bernard M, Games Chaves G y Romano E. (1982). *El grupo y sus configuraciones*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1983.

# Terapia cognitiva de grupo

**Alejandra Pérez**

*Fundación Aigle*

*Virrey Olaguer y Feliú 2679 (1426). Buenos Aires, Argentina. Tel. 4781-3897 - E-mail: fundacion@aigle.org.ar*

**Héctor Fernández Alvarez**

*Psicoterapeuta. Asesor científico de la Fundación Aigle. Docente de la Univ. de Belgrano.*

## Introducción

La práctica de la psicoterapia tiene sus raíces en un ancestral comportamiento humano: hablar para que alguien escuche; escuchar para hacer hablar a otros. La terapia de grupo no es menos ancestral: la rastreamos en los ritos de iniciación, de pasaje, de celebración. Los terapeutas reconocen en los chamanes, magos y adivinos a sus antecesores. Quienes se ocupan de grupos están todavía más cercanos a aquellos personajes que desarrollaban sus prácticas en el seno de una comunidad, desplegando sus artes por medio de acciones en las que participaba la sociedad.

La psicoterapia "científica" se originó bajo el paraguas del modelo médico clásico. No obstante, casi desde sus inicios, la psicoterapia se enfrentó con una profunda tensión entre las exigencias de ese modelo y las cualidades del objeto al que se aplicaba. La complejidad y la historicidad propias del ámbito social inundaban la realidad de los fenómenos mentales, reclamando fórmulas diferentes a las tradicionales. Operar con grupos fue una consecuencia lógica. A pocos años de andar, la psicoterapia vio a sus fundadores inclinarse hacia las preocupaciones grupales. Esto ocurrió con Freud y también con sus discípulos y cuestionadores. Las aplicaciones terapéuticas de Dreikurs y las intervenciones sociales en los barrios vieneses de Reich son algunos de los primeros ejemplos(19). Pero las propuestas más innovadoras en el cauce histórico de la terapia de grupo las encontramos en dos pensadores tan

originales como periféricos, Moreno(15) y Burrow(4). El pensamiento de Moreno se encarnó en la creación del psicodrama y fue la simiente de una rica tradición que hoy está diseminada en el cuerpo de la psicoterapia en general. La obra de Trigant Burrow, en cambio, permanece como un fenómeno singular dentro de la tradición terapéutica norteamericana.

Entre los años '40 y '70, la terapia de grupo atravesó grandes transformaciones. Fue incorporada, en un primer momento, como una forma menor de la corriente psicoanalítica en expansión, para lograr, después de la Segunda Guerra Mundial, una progresiva proliferación. Nuevas teorías, nuevas técnicas, nuevas aplicaciones, en respuesta a los crecientes requerimientos de la psicoterapia en el mundo. Esos años asistieron al apogeo (y posterior caída) de esta modalidad que cosechó tantos defensores como destructores. Mientras tanto, la psicoterapia científica había ingresado en una zona de profundos cuestionamientos. Las dudas sobre su efectividad comenzaron a calmarse recién a comienzos de 1980 cuando los investigadores contaron con los primeros aportes empíricos sobre la validez de sus procedimientos. La terapia de grupo, que había sucumbido frente a aquellas dudas, tuvo la oportunidad de reiniciar su evolución desde un nuevo punto de partida(5).

Para entonces, la psicoterapia había sustituido el modelo médico por un modelo de intervención psicosocial. No fue sólo un cambio de ropaje, sino una

---

## Resumen

El presente trabajo realiza una breve historia de los abordajes psicoterapéuticos grupales para enmarcar las dos grandes tendencias dentro de la terapia cognitiva de grupo: una proveniente del modelo conductual y otra más ligada a la posmodernidad, a la teoría narrativa y al constructivismo. Este artículo expone distintas aplicaciones del modelo cognitivo conductual para luego referir la diferencia entre este enfoque y el cognitivo constructivista (en el que no se trata de cambiar los errores o eliminar lo que no sirve, sino de reconstruir una historia que resulte funcional para la experiencia subjetiva). Finalmente se presenta un modelo integrativo utilizado por AIGLE en los abordajes grupales, exponiendo los principios de funcionamiento y los programas en desarrollo.

**Palabras clave:** Psicoterapia grupal – Terapia cognitiva – Modelo integrativo.

## COGNITIVE GROUP THERAPY

### Summary

This paper presents a brief history of group psychotherapy and it also makes a difference between two main kinds of cognitive group therapy: one linked to behavioral approaches and another one more related to posmodern, constructivist and narrative theories. Several domains where these approaches are used are exposed and the differences between one kind of cognitive group therapy and the other are put forward. While the behavioral like intends to fix errors or eliminate what does not work properly, the constructivist like tries to reconstruct a history which can be functional to subjective experience. At last, AIGLE depicts its integrative approach.

nueva concepción metodológica y operativa, que enfoca los procesos interaccionales como objetivo central para el tratamiento de los trastornos mentales. En este nuevo período, la terapia de grupo crece desde otro lugar, afirmada en la riqueza de diversos desarrollos teóricos como la psicología social aplicada y la teoría general de los sistemas. No se restringe a ningún modelo tradicional de psicoterapia en particular y en todas sus expresiones se reconoce la presencia de elementos comunes que le confieren una fuerte identidad.

### **La evolución de la Terapia Cognitiva de Grupo**

La terapia cognitiva de grupo (o la terapia de grupo cognitivamente orientada) constituye un conjunto de instrumentos en los que confluyen principios teóricos de la terapia cognitiva con fórmulas y procedimientos que caracterizan los dispositivos grupales. En pocas décadas, la terapia cognitiva pasó de ser una propuesta homogénea a constituir un campo de ofertas terapéuticas muy diversas. Los programas que emplean grupos terapéuticos dentro de esta corriente son hoy en día un abanico muy variado. Podemos reconocer dos grandes enfoques: uno más compacto, donde predomina el modelo cognitivo-conductual, que enfatiza los abordajes focalizados y directivos. Otro, más heterogéneo, que recoge propuestas características del pensamiento constructivista.

### **Modelos Cognitivo-Conductuales**

Se trata de modalidades estructuradas y directivas que utilizan principios de la terapia cognitiva clásica. Sus antecedentes se remontan a las aplicaciones grupales de principios terapéuticos conductistas, como el uso de la desensibilización sistemática para el tratamiento de las fobias(13), o el trabajo en niños de Rose(18). Esta modalidad utiliza abordajes breves, focalizados y orientados a problemas. Los grupos se constituyen con pacientes que presentan trastornos o perturbaciones homogéneas y suelen aplicarse en conjuntos reducidos (de 4 a 6 integrantes). Las tareas inter-sesión ocupan, habitualmente, un espacio importante(23).

El programa de trabajo incluye la confección de una agenda para cada sesión y el proceso suele ajustarse a una secuencia de operaciones pautadas para cada momento del tratamiento. Se recomienda evaluar a los pacientes a lo largo del proceso y en cada etapa de la terapia, desde el momento previo al inicio y hasta la finalización. Las aplicaciones de este modelo son muy amplias, destacándose las intervenciones en depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos físicos y perturbaciones psicológicas severas, entre otros.

### **Depresión y Ansiedad**

Estos trastornos han sido la piedra angular de la terapia cognitiva. No es de extrañar, entonces, que

también en este terreno la modalidad de grupo haya alcanzado un importante desarrollo. White(24) presenta un modelo para el tratamiento de la depresión que puede implementarse en dispositivos de internación y de hospitalización parcial. El diseño del programa incluye de 8 a 16 sesiones estructuradas, y el método se apoya en el marco del modelo de sesión única, propuesto por Yalom(25).

La actividad del terapeuta en cada sesión se concentra en tres tareas principales. La primera es promover habilidades para establecer una agenda, lo que sirve para consensuar temas de discusión, facilitando de ese modo la cohesión del grupo y favoreciendo el aprendizaje para un mejor uso del tiempo en sus vidas. En segundo término, ensayar respuestas adaptativas, para enfrentar la parálisis con que la persona deprimida responde a sus sentimientos de desesperanza y desamparo. Por último, incrementar la concentración en modos prácticos de sobrellevar los problemas a través de la asignación de tareas, como el registro de pensamientos disparadores de las reacciones depresivas, y el establecimiento de metas para el comienzo de actividades regulares.

La TCG es propicia para la formulación de programas manualizados de tratamiento(8). Un ejemplo novedoso para el abordaje del pánico y la agorafobia es el modelo de Lang y Craske(12). Consiste en 16 sesiones de 1.5 a 2 horas de duración con una frecuencia semanal. El objetivo de la primera fase del tratamiento (8 semanas), es influir directamente sobre los aspectos cognitivos y las interpretaciones erróneas de los ataques, las respuestas de hiperventilación, y las reacciones físicas condicionadas. Para incrementar el control del pánico se emplea: a) educación sobre la respuesta de miedo, b) reestructuración cognitiva, c) contención de la respiración y d) exposición interoceptiva. Las últimas 8 semanas del tratamiento incorporan la exposición en vivo y la confrontación con situaciones agorafóbicas, promoviendo la identificación y desafiando las cogniciones y sensaciones físicas que mantienen el miedo al pánico. En cada sesión se examinan las tres prácticas de exposición en vivo asignadas semanalmente para cada miembro del grupo. La evaluación de lo realizado y el planeamiento de futuros ejercicios es la actividad central del grupo. La realización de exposiciones simuladas, el modelado y el reforzamiento proveen la oportunidad para el desarrollo efectivo de habilidades en el manejo de la ansiedad.

Además, la frecuente manifestación de elementos mixtos de ansiedad y depresión en numerosos pacientes ha estimulado la investigación sobre programas conjuntos para ambas perturbaciones(11).

### **Trastornos Físicos**

El Modelo de adaptación al riesgo (RAM) ofrece un marco general de intervención para ayudar a pacientes con enfermedades físicas(17). Está enfocado a regular la atención, optimizar las expectativas, y ajustar las estimaciones sobre condiciones de cambio y consecuencias. El programa, de 10 sesiones, es con-

ducido por dos terapeutas que al comienzo de cada una entrenan a los pacientes con técnicas para la reducción del estrés. El grupo funciona como un catalizador que sirve para regular la experiencia de vida del paciente alterada por la enfermedad. Se incluyen, además, componentes psicoeducacionales distribuyendo cuadernillos que detallan informaciones sobre estilos de vida saludables. Muchas aplicaciones se han desarrollado para asistir a pacientes con enfermedades específicas, como el síndrome de colon irritable(22). Pero las que más impulso recibieron son las destinadas al cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Los beneficios de las aplicaciones de la terapia grupal en ayuda de los pacientes con cáncer se encuentran entre algunas de las modalidades más exitosas de la última década(21). Las intervenciones psicosociales básicas que se emplean en estos tratamientos operan en siete campos: soporte social, expresión emocional, confrontación con la idea de la muerte, reordenamiento de las prioridades en la vida, soporte familiar, comunicación con los médicos y control de los síntomas. Comprobaron que el soporte grupal facilita el apoyo mutuo, provee una extensa red social, permite el afrontamiento por modelado de distintos aspectos de la enfermedad e incrementa la autoestima de los pacientes, ya que brinda la oportunidad de ayudar concretamente a otros que están luchando con circunstancias similares.

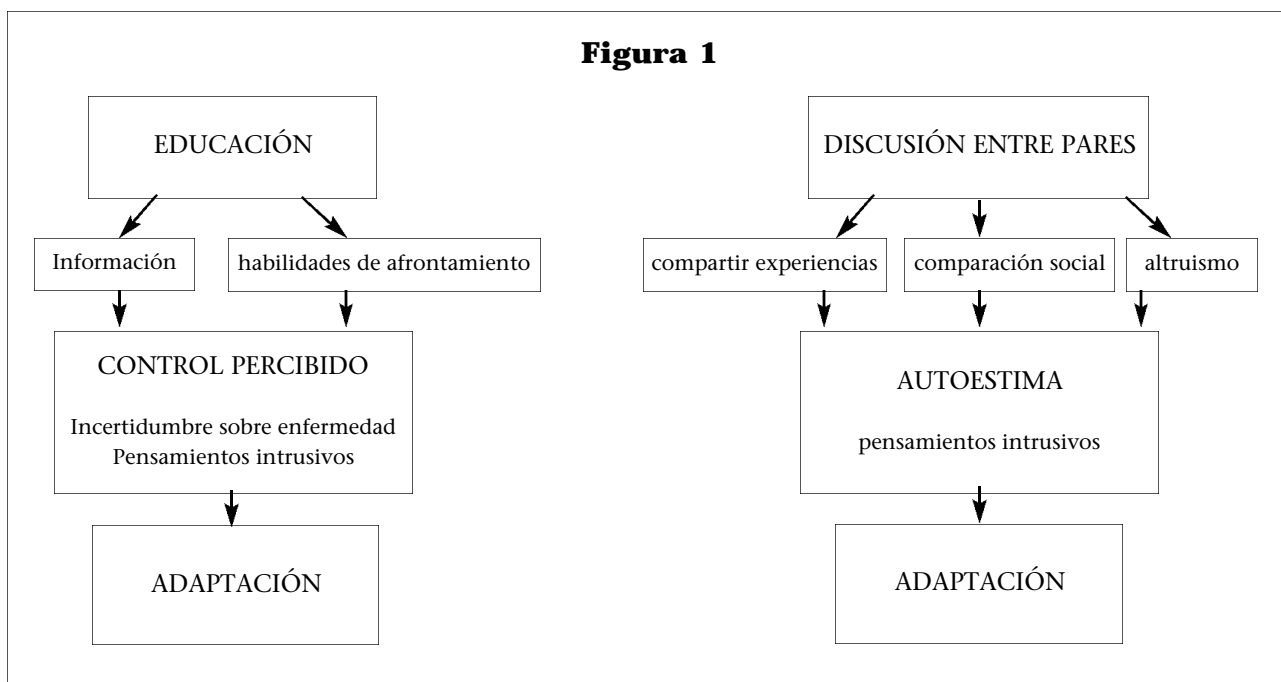
Helgeson, Cohen, Schulz y Yazco(9) condujeron el más extenso estudio de muestras aleatorias de tratamiento grupal para mujeres con cáncer de pecho. El diseño incluyó tres niveles de intervención: educación, discusión entre pares y combinación entre ambas, que procuraban favorecer la adaptación de las pacientes a la enfermedad. El modelo general de intervención puede describirse de acuerdo con el esquema de la Fig. 1.

Las aplicaciones de terapia de grupo a los pacientes con trastornos cardiovasculares han registrado notables desarrollos. Los programas destinados a la modificación del patrón de comportamiento tipo A constituyen un objetivo central de las mismas. Un



buen ejemplo es el *Life Style Heart Trial*, un proyecto de investigación multicéntrico llevado a cabo en ocho hospitales de diferentes regiones(2). Consiste en implementar un programa intensivo y prolongado de cambio en el estilo de vida que incluye, además de la terapia de grupo, entrenamiento aeróbico y dietas reguladas para el manejo del estrés. El apoyo del grupo es el objetivo central del programa. En el inicio, promueve la adherencia a los componentes del protocolo terapéutico y en el curso de los cuatro años que puede durar el tratamiento, trabaja sobre los aspectos psicosociales de las enfermedades coronarias, reduciendo la hostilidad y la cólera, y combatiendo la depresión y el aislamiento, principales factores de riesgo en la recurrencia de eventos cardíacos. Además, el soporte grupal facilita en los pacientes el desarrollo de habilidades interpersonales, favoreciendo el entrenamiento en destrezas de comunicación, modificando su tendencia a operar de un modo auto-centrado y expandiendo la capacidad de intercambio afectivo, una de las herramientas que más colaboran en la reducción del estrés.

Recogiendo la experiencia y los resultados de este proyecto y otros estudios controlados, Bracke y Thoresen(3) presentan programas de tratamiento en pequeños grupos estructurados (10 a 12 participantes) para reducir el patrón de comportamiento tipo A y los factores psicosociales relacionados (afecto depresivo), con el fin de evitar la recurrencia de episodios coronarios. Su abordaje combina elementos cognitivo-conductuales y humanístico-existenciales, utilizando un dispositivo que puede durar de 9 meses a dos años, cuyo objetivo es aumentar la auto-conciencia y la autocomprensión (usando auto-monitoreo y trabajo con metáforas), reducir la excitación (con relajación y entrenamiento en meditación), practicar conductas tipo B (con ejercicios diarios), reducir la urgencia, la ira y la hostilidad (empleando psicoeducación, auto y hetero percepción, discusiones grupales etc) y, finalmente, promover cambios en las creencias básicas (reestructuración cognitiva).

**Figura 1**

### La posmodernidad en escena

Una nueva manera de concebir la terapia cognitiva surgió con la llegada del pensamiento posmoderno, donde convergieron una multiplicidad de enfoques como teoría narrativa, hermenéutica del conocimiento, epistemología evolutiva y constructivismo. El foco de la terapia se desplazó, relegando la búsqueda de modificar conductas y pensamientos y centrándose en la exploración de las formas disfuncionales de la organización personal. Ya no se trata de cambiar los errores o eliminar lo que no sirve, sino de reconstruir una historia que resulte funcional para la experiencia subjetiva. En ese marco, así como la psicoterapia en general puede comprenderse como una manera de narrar(10), la terapia de grupo puede describirse como una forma de dramaturgia(14), cuyas acciones se despliegan sobre un escenario interactivo.

La tarea del terapeuta de grupo consiste en facilitar cambios en dichas interacciones, apoyándose en las complejas figuras coreográficas que forman la dinámica de los procesos interpersonales. Su trabajo no está orientado, por consiguiente, a modificar cambios en cada miembro en particular, sino a operar sobre la constelación que dibuja el accionar de todos los integrantes. En virtud de ese carácter dramático, el accionar de un G.T. requiere movilizar no sólo recursos verbales sino, eventualmente, otros procedimientos: expresivos, lúdicos, corporales, etc. Esa misma complejidad estructural explica la naturaleza potencialmente integradora de la terapia grupal.

O'Leary(16), sintetiza en cinco aspectos la influencia de la narrativa posmoderna para la terapia de grupo:

1. el grupo requiere un profundo compromiso de un conocimiento en colaboración, por oposición a un saber basado en la experticia del terapeuta;
2. la sensibilidad posmoderna promueve alentar a todas las voces, en particular aquellas que tienden a ser excluidas, pues representan puntos de vista no convencionales;

3. todo *insight* debe ser considerado como una posibilidad narrativa, constantemente sujeta a cambios y revisiones, y no como una realidad fija o una explicación definitiva;

4. el grupo debe estar preparado para discutir en profundidad los mandatos sociales ocultos y apelar a que todos los integrantes expandan su conciencia respecto del peso de sus bases culturales;

5. el terapeuta debe monitorear constantemente sus propias colisiones inconscientes con determinadas dinámicas grupales y normas que puedan coincidir con su idiosincrasia.

### Terapia Cognitiva e Integración

La terapia cognitiva ha probado ser, además, un instrumento naturalmente potente para favorecer desarrollos integrativos en psicoterapia(1). Esto ha generado diferentes propuestas grupales de vastas aplicaciones en muchos países como la terapia cognitivo-analítica(20). Dichas propuestas reúnen un conjunto de procedimientos caracterizado por una enorme variedad de aplicaciones en cuanto a extensión del tiempo, composición y amplitud de objetivos y recursos utilizados. En Aiglé, hemos desarrollado desde hace muchos años, diversos programas dentro de esta línea, empleando un modelo cognitivo social basado en una perspectiva de análisis constructivista de la experiencia personal.

### Nuestro Modelo de Terapia Grupal

#### Principios de Funcionamiento

El funcionamiento de un grupo terapéutico tiene lugar dentro de un espacio interactivo gobernado por acciones dinámicas que regulan su conformación: cohesión, movilidad y clima grupal(6). Este último concepto describe el modo en que se cumple, en la moda-



alidad grupal, el vital principio de la alianza terapéutica. Un grupo refleja un buen clima cuando la alianza de trabajo permite a sus integrantes vincularse de manera colaboradora, motivándolos para cumplir con las tareas necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. La alianza terapéutica en los grupos es una compleja red de relaciones interpersonales en dos niveles: entre los pacientes, por un lado, y entre éstos y el equipo terapéutico por otro.

El terapeuta realiza operaciones sobre estas dimensiones dinámicas y también sobre la producción de los contenidos del proceso grupal. Las más importantes son: promover el registro activo de la observación, ajustar el tono emocional, y examinar las constelaciones, buscando detectar la que más puede favorecer los procesos de cambio interpersonales. El concepto de constelación grupal ocupa un lugar central en el propósito de elaborar una teoría de los grupos basado en principios cognitivo-sociales. Las constelaciones son figuras construidas por el terapeuta a partir de la posición relativa que cada integrante ocupa en cada momento específico de una sesión y remiten a uno o varios temas y contenidos.

La selección de los pacientes para integrar cada grupo debe realizarse ponderando las características de cada demanda con las ofertas grupales existentes. Está

visto que en los centros clínicos, los grupos terapéuticos disponibles dependen de muchos factores, pero ninguno tan poderoso como la voluntad y la confianza de los profesionales de la institución en dicho instrumento(25). La respuesta a la inquietud de cómo se constituye un grupo es comenzar pensando qué tipo de grupo tenemos intenciones de formar. El primer paso es analizar las variables de los pacientes que recibimos habitualmente en nuestra consulta (sociodemográficas, psicopatológicas, experiencias previas con la psicoterapia, etc.) y evaluar los instrumentos con que contamos (terapeutas disponibles, recursos físicos, etc.).

A través de muchos años de actividad, hemos desarrollado distintas modalidades de terapia grupal. Los modelos más representativos son los programas focalizados, los enfoques terapéuticos para situaciones de transición y los grupos terapéuticos abiertos para promover el desarrollo personal. Describimos, sucintamente las características de cada uno de ellos.



## Programas de Terapia Grupal

Los programas terapéuticos de objetivos focalizados, fueron diseñados para el afrontamiento de las reacciones de ansiedad, y el desarrollo de recursos para enfrentar situaciones depresivas. Estos grupos no son la única herramienta terapéutica ofrecida a estos pacientes y pueden estar combinadas con otras formas de intervención. En el caso de pacientes que padecen reacciones de ansiedad, la composición del grupo puede reunir integrantes que presentan diferentes grados de evolución y manifestaciones específicas. Son programas de 10 sesiones de duración que se cumplen en un período de 3 a 4 meses y pueden incluir de 3 a 6 pacientes.

Los grupos de transición son espacios terapéuticos orientados a personas que atraviesan una fase de acentuado cambio vital, producto de cuestiones evolutivas o de manifestaciones físicas o sociales. Por ejemplo, la transición entre adolescencia y juventud o los procesos de retiro laboral. Se trata de programas de duración intermedia (12 a 18 meses), que reúnen

a un conjunto de 4 a 8 personas, cuyo objetivo fundamental es favorecer el desarrollo de habilidades y competencias para afrontar los cambios vitales correspondientes.

Particularmente potentes son también, los formatos abiertos y heterogéneos, cuyos objetivos apuntan a favorecer la reorganización de la experiencia disfuncional. En estos grupos participan personas que buscan promover su desarrollo personal, muchos de los cuales muestran signos de padecer un trastorno de la personalidad. Se trata de programas iniciados hace muchos años y cuyos exitosos resultados alentaron a desarrollos progresivos hasta alcanzar la forma que tienen en la actualidad. Existen varios dispositivos, participando en cada grupo un promedio de 7 personas, que se reúnen entre 120 y 180 minutos semanales en un trabajo que persigue la reconstrucción de la organización personal(7).

Es de esperar que nuevos avances, ayudados por los resultados de la investigación que llevamos adelante en nuestro centro permitan perfeccionar el instrumento ■

---

## Referencias bibliográficas

- Alford BA y Beck AT., *The integrative power of cognitive therapy*. Guilford, New York, 1997.
- Billings J et al., The Lifestyle heart trial: comprehensive treatment and group support. En Allan R y Scheidt S (eds). *Heart y mind. The practice of cardiac psychology* (233-253). American Psychological Association, Washington, 1996.
- Bracke P y Thoresen. Reducing Type A behavior patterns: a structured-group approach. En Allan R y Scheidt S (eds). *Heart y mind. The practice of cardiac psychology* (255-290). American Psychological Association, Washington, 1996.
- Burrow T., The group method of analysis. *Psychoanalytic Review* 1927, 19: 268-280.
- Fernández-Alvarez H., La psicoterapia y los grupos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 1995, 4 (1), 29-31.
- Fernández-Alvarez H., Interacciones personales y psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia* 1996, (26-27): 79-86.
- Fernández-Alvarez H., (en prensa). Historia de una psicoterapia.
- Free ML., *Cognitive therapy in groups*. Guidelines and resources for practice. Wiley, Londres, 1999.
- Helgeson VS, Cohen S, Schulz R y Yazco J., Group support interventions for people with cancer: benefits and hazards. En Baum A y Andersen LB (eds) *Psychosocial interventions for cancer* (269-286). American Psychological Association, Washington, 2001.
- Hermans HJM y Hermans-Jansen E., Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy. Guilford Press, New York, 1995.
- Kush FR y Fleming LM., An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics: Theory, research and practice* 2000, 4 (2): 176-183.
- Lang AJ y Craske MG., Panic and Phobia. En White JR y Freeman AS (eds) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations* (29-61). American Psychological Association, New York, 2000.
- Lazarus AA., New group techniques in the treatment of phobic conditions. *J of Abnormal and Social Psychology* 1961, 6, 504-510.
- Montesarchio G., Psicodrama y cultura de grupos. *Revista de Psicoterapia* 1994, 5(23): 18-19.
- Moreno JL., *Application of the group method to classification*. New York: ed 2. National Committee on prisons and prisons labor, 1932.
- O'Leary JV., The posmodern turn in group therapy. *International Journal of group Psychotherapy* 2001, 5 (4): 473-487.
- Ritvo PG et al., Medical Patients. En White JR y Freeman AS (eds) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations* (263-280). American Psychological Association, New York, 2000.
- Rose SD., *Treating children in groups*. Jossey-Boss, San Francisco, 1972.
- Ruitenbeek HM., *Métodos y técnicas en la psicoterapia de grupo*. Troquel, Buenos Aires, 1977.
- Ryle A., (ed). *Cognitive analytic therapy*. Wiley, New York, 1995.
- Spiegel D y Diamond D., Psychosocial interventions for cancer: group therapy techniques. En Baum A y Andersen LB (eds) *Psychosocial interventions for cancer*. American Psychological Association, New York, 2001.
- Toner B et al., Cognitive-behavioral group therapy for patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy* 1998, 48 (2), 215-243.
- White JR y Freeman AS, (eds), *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. American Psychological Association, New York, 2000.
- White JR., Depression. En White JR y Freeman AS (eds) *Cognitive-Behavioral group therapy for specific problems and populations* (29-61). American Psychological Association, Washington, 2000.
- Yalom ID., *Inpatient group therapy*. Basic Books, New York, 1983.

# Eficacia en grupos terapéuticos homogéneos: Tercera edad y homosexualidad

**Pablo Gagliesi**

Médico psiquiatra, Titular de AREA de Investigación y Desarrollo en Salud Mental, Asoc. Civil.  
Arenales 3891 piso 6°, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel/fax: 54 (0) 11-4832-2498 - E.mail: pablogagliesi@velocom.com.ar

## Introducción

Tercera Edad

*"Estamos al borde de un gerontocidio..."*

Eugenio Semino,

Ombudsman de la tercera edad, Buenos Aires.

La Argentina tiene una pirámide poblacional parecida a la de los países desarrollados, donde la tercera edad representa el 12% de la población, casi como Estados Unidos o Australia. Hasta la década de 1980, el sistema previsional del Estado aseguraba mediante el ahorro solidario y distributivo las jubilaciones y pensiones, y un programa de salud específico para la tercera edad.

La ola privatizadora desplazó al Estado como garante y el sistema de previsión social fue capturado por el mercado financiero. En la actualidad la seguridad social y sanitaria se encuentran virtualmente en banca rota. El ingreso mínimo se derrumbó hasta llegar a los 30 dólares mensuales. (2, 40, 47)

## Envejecer gay

Si ser viejo es una forma de transparencia social en Buenos Aires, ser viejo y homosexual es una forma de invisibilidad<sup>1</sup>. En este contexto es difícil esperar que se realicen estudios sobre envejecimiento de la población gay-lésbica-travesti-transexual-bisexual (GLTTB) en la Argentina. Por otra parte, siempre existe el riesgo de generar datos específicos sobre poblaciones estigmatizadas y posibilitar el uso indiscriminado o displicente que podría hacerse de los mismos(24). Esta paradoja nos arroja a los fuegos del infierno: si estudiamos, estigmatizamos. Sin embargo, parece evidente que esta población requiere de recursos y herramientas específicas.

Desde el libro de Vacha(49), *Quite Fire, Memoirs of Older Men*, en adelante, y en forma creciente, la investigación sobre el envejecimiento de hombres homosexuales ha ido en aumento, a pesar de las dificultades metodológicas que esto implica (la forma de selección de los grupos, la gran heterogeneidad de los mismos, las personas que a pesar de la práctica homosexual no se autodefinen como gays, entre otras). Vacha, en la dedicatoria, propone la metáfora del sobreviviente y revisa las narraciones de hombres gays de la tercera edad.

Los resultados de los desarrollos sobre este grupo social han refutado los estereotipos y mitos relacionados con el envejecimiento gay y lesbiano ("solos, depresivos y sobre-sexuados")(26). Dichas creencias estarían fundadas: primero, en la heterosexualidad como un seguro frente a la soledad; segundo, en el

1. Se utilizará la palabra "homosexual" ya que es la autodenominación elegida por los participantes.

---

## Resumen

El propósito de este trabajo es exponer y debatir la experiencia grupal de psicoterapia con varones homosexuales mayores de 65 años en Buenos Aires. Se parte del presupuesto que los grupos homogéneos son eficaces en algunos contextos, lo que queda demostrado en los resultados de las tomas de inicio y al final del BDI y SAS; aunque dichos datos no se encuentran, como se suponía, consistentemente vinculados con los antecedentes biográficos seleccionados (abuso de poder, duelos durante las últimas dictaduras militares, duelos por la epidemia de SIDA y las dificultades en la supervivencia económica).

**Palabras clave:** Homosexualidad – Gay – Grupos – Calidad de vida – Envejecimiento.

EFFICACY OF GROUP PSYCHOTHERAPY FOR HOMOSEXUAL AGING MALES

## Summary

The aim of this research is try to expose and to debate the groupal psychotherapy experience of homosexual males older than 65 years, in Buenos Aires. The starting point for this work is based on that homogeneous groups are effective in some contexts, what is demonstrated by the results at the beginning and at the end of the samples of the BSI and SAS, although this data are not, like it was supposed, commonly linked with the selected biographical antecedents (abuse of power, bereavements during the last military dictatorships, bereavements as result of the AIDS epidemic and the difficulties in the economic survival).

Tabla 1				
	<i>BDI ingreso</i>	<i>BDI egreso</i>	<i>SAS ingreso</i>	<i>SAS egreso</i>
<i>Promedio</i>	12,73	6,86	40,50	45,60
<i>Desvío St</i>	6,45	5,22	5,21	4,88
<i>T Student 2 colas</i>		0,0006		0,00016

descrédito de los procesos adaptativos y, tercero, como una manera prejuiciosa de pensar la sexualidad en la tercera edad.

En esta línea Berger halló que, por el contrario, las personas tienden a tener buenos niveles de adaptación psicológica, bajos niveles de depresión y una buena auto-aceptación(7). Otros investigadores demostraron que la población gay en la tercera edad refiere actitudes positivas respecto de la salud física y el propio envejecimiento, una vida social y sexual satisfactoria, vínculos de amistad sólidos y fuertes(16). Al mismo tiempo, no se encontraron diferencias sustanciales en relación con la medición de la soledad o la depresión con la población más joven. Es cierto que aquellos con mayor participación en la comunidad gay-lésbica resultan más adaptados, conformes consigo mismos, con menores niveles de malestar, y con menos temor al envejecimiento.

Se ha especulado también sobre la idea de que la homosexualidad puede, en realidad, facilitar un envejecimiento exitoso –ya que se supone que el proceso de *coming out*<sup>2</sup> provee herramientas para enfrentar crisis vitales más adelante en la vida(17)– y que existiría una mejor adaptación a los cambios y a la flexibilidad en relación con los roles sociales(12).

Quam et al(39) reflejan datos de esta comunidad que corroboran más extensamente estas conclusiones. Sin embargo, nuevos problemas propios que requieren soluciones particulares empiezan a emerger. Entre otros, algunos de ellos son: la discriminación por la sexualidad y por la edad; la salud y la soledad; y los económicos, que deben ser tenidos en cuenta según las características de este grupo social (por ejemplo –cerca del 69% preferirían vivir en hogares específicos para la población gay-lésbica, aunque su red social sea mixta– o cierto temor en la relación con sus médicos de cabecera a ser discriminados por su orientación sexual; o que muestran poco interés en la integración con grupos de tercera edad generales.

### Grupos, Tercera Edad y Comunidad Gay

La característica gregaria de los seres humanos, quizás, sea una de las razones por las que los grupos psicoterapéuticos sean cada vez más una opción en la resolución de problemas(48), la reducción de síntomas, el aprendizaje o el apoyo emocional(32). Su eficacia está ampliamente discutida en numerosos

2. *Coming out of the closet* (salirse del placard): Proceso que, inicialmente, describía la vivencia de ocultar social y fragmentadamente la identidad sexual.

artículos científicos, desde los grupos heterogéneos hasta los homogéneos(23). Estos últimos van desde personas que sufren de enfermedades crónicas(44), trastornos alimentarios (41), alcoholismo(50), violencia doméstica(36), o trastorno límite de personalidad(30), hasta grupos de familiares de dichas personas(27).

Existe también una extensa bibliografía sobre el uso de grupos en la población gay-lésbica (para los casos, entre otros(43), de los consultantes con HIV(21; 28), o abuso de sustancias(10)).

Es interesante notar la profusión en la actualidad de grupos para personas con *identidades deterioradas o estigmatizadas* en el sentido en que lo plantea Goffman(35), posiblemente como medio para aliviar el malestar que esto genera(3) o para mejorar la calidad de vida (25).

Hay también algunas experiencias previas en relación a grupos y programas específicos de la tercera edad gay-lésbicos(22), y varios de ellos han resultado de mucha utilidad en otras comunidades(46).

### Desarrollo

#### Hipótesis

Me propuse las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Los grupos homogéneos son eficaces en algunos contextos. Mejoran los niveles de malestar y la calidad de vida.
2. Los niveles de malestar y adaptación social se encuentran en relación con los antecedentes históricos (abuso de poder, duelos durante las últimas dictaduras militares, duelos por la epidemia de SIDA y las dificultades en la supervivencia económica).

#### Método

Se ofreció a través de un centro de la comunidad GLTTB y de una ONG a varones homosexuales mayores de 65 años, la posibilidad de participar en un grupo gratuito que decidí llamar de *reflexión*, con un coordinador, y de una duración de ocho meses.

La dinámica propuesta fue compartir una reunión de dos horas semanalmente. El grupo fue abierto (podían ingresar o salir participantes libremente), la coordinación mantuvo una agenda no disciplinada, que era aportada por los participantes.

La propuesta que fue publicada en el organismo de difusión de la ONG rezaba:

“La comunidad GLTTB, tal como la describimos ahora, es muy nueva. Como tribu tenemos que reinventar algunos procesos de la vida, en-

contrar nuestros modos de crecer y nuestros modos de vivir, con nuevos ritos y ceremonias. La sociedad contemporánea y, quizás aún más, nosotros, respondemos a ideales de eterna juventud, y empujamos a las personas en la segunda mitad de sus vidas a verdaderas crisis vitales. Por otro lado, las diferentes generaciones presentan diferentes necesidades a pesar de pertenecer a una misma comunidad. Las personas de esta generación tienen otras historias que contar en nuestro país: la historia política, la historia de la represión y ocultamiento, la irrupción del SIDA. La idea es re-contar las historias de todos, investigar las alternativas, reflexionar sobre nosotros y crear nuevos modos de estar en el mundo, o nuevos mundos posibles de habitar”.

Se realizó una breve entrevista informativa, de recolección de datos historiográficos y estadísticos, y se formularon cuatro preguntas explicitadas más adelante. Se administraron, así mismo, dos escalas: la escala de depresión de Beck (BDI)(6), como variable de distrés o malestar(8), y una de adaptación social (SAS)(9).

Al finalizar los ocho meses se volvieron a tomar las mismas escalas para evaluar el desenlace de la intervención grupal en las medidas de malestar y de calidad de vida. A los concurrentes que habían pertenecido al grupo pero abandonaron, con una asistencia de más del 70%, se los entrevistó y se utilizaron dichas herramientas telefónicamente.

### **Análisis estadístico y resultados**

El total de personas fue de 15 (n=15), la edad promedio de 66,89 años (desviación estándar  $\pm$  6 años). Su estado civil: 66% (n=10) solteros, 20% (n=3) divorciados, 7% (n=1) casados, 7% (n=1) viudos. En relación con la convivencia: viven solos el 66% (n=10), 20% (n=3) con familia de origen, 7% (n=1) geriátrico, 7% (n=1) con su esposa.



Con respecto al trabajo, 7 estaban jubilados, cinco aún trabajaban y 3 estaban desocupados. Sin embargo, 10 de los 15 referían problemas económicos que atentaban contra la supervivencia. Respecto del nivel de educación, el 47% tenían carreras universitarias completas, el 40% estudios secundarios completos, y sólo el 13% tenían el primario finalizado.

En referencia a los tratamientos psicológicos: el 80% del grupo había realizado tratamientos con anterioridad (en todos los casos se referían a ellos como “psicoanalíticos”). Algunos de ellos confirmaban más de un tratamiento. El promedio de tiempo por el que se mantuvieron en dichos tratamientos fue: menos de tres años, el 31%; entre 3 y seis años, 46%; y más de seis años, el 26%. Estos datos reflejan la sumatoria de diversos tratamientos. Del grupo de personas que habían realizado tratamientos, el 75% (9 de 12) referían haber percibido que sus terapeutas tenían como intención modificar su orientación sexual. Mientras que el 58,6% (7 de 12) referían haber deseado ellos mismos cambiar, por medio de la terapia, la orientación sexual.

Los resultados de los BDI de ingreso al grupo eran de una media de 12,73 (desviación estándar  $\pm$  6.45) y al finalizar el grupo, de 6.86 (desviación estándar  $\pm$  5.22). Se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ingreso y de terminación de la BDI mediante la prueba de T para datos apareados de dos colas ( $t = 4,45$ ;  $df 14$ ;  $p = 0.0006$ ). (ver tabla 1)

En relación con la escala de SAS, al ingreso del grupo la media era de  $40.8 \pm 5.21$  y al finalizar de  $45.6 \pm 4.88$ . Igualmente se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación antes y después del grupo en la prueba de t para datos apareados de dos colas ( $t = -5,12$ ;  $df 14$ ;  $p = 0,00016$ ). (ver tabla 1)

Durante la breve entrevista que se tomó en la admisión al grupo se realizaron cuatro preguntas:

1. Si habían sufrido en algún momento abuso de poder por parte de los organismos de seguridad (policía, ejército) en relación a su

sexualidad (ser detenido en baños públicos o cines en razias o individualmente, ser "coimeados", o robados y abusados verbalmente como lo sugiere Cotton(11).

2. Si tenían ellos u otras personas significativas historias de represión por motivos políticos (desaparecidos próximos, detenciones en centros ilegales, emigración).

3. Si habían perdido personas significativas a causa de la epidemia de SIDA.

4. Si tenían problemas serios en relación con su situación económica

## Conclusiones

En relación con el estudio de Quam et al.(39), anteriormente citado, el grupo del que actualmente hablo contiene más personas viviendo solas (66% vs. 51%) y tienen menos hijos, aunque esto último se relaciona con el hecho de que la población del estudio anterior incluye mujeres lesbianas.

Si bien no hay un grupo comparativo, sorprenden los resultados del primer BDI por su alto puntaje. Aunque la escala de Beck no se halla validada para diagnóstico de depresión, se puede observar que los niveles de malestar eran altos. Esto podría relacionarse con el hecho de que varias de estas personas concurren derivadas por otros profesionales de la salud mental. Lamentablemente la variable de la derivación no ha sido tenida en cuenta en la admisión.

La variable que contiene los datos sobre la cantidad de años de psicoterapia, también parece de una magnitud considerable. Estos resultados podrían explicarse teniendo en cuenta el nivel de educación medio del grupo, y el contexto de la ciudad de Buenos Aires, donde es muy habitual que la gente realice alguna forma de psicoterapia. Podríamos suponer por lo tanto que se debe a un factor cultural(11). Creo, así mismo, que la relación entre homosexualidad y la auto-percepción de trastorno o enfermedad, podría justificar este alto nivel de consulta.

Goffman sugiere que las personas con identidades deterioradas siempre tienden a la reparación de su estigma(20). Esto se observa claramente en el hecho que el 58% de los que realizaron tratamiento (n=7) referían que en algún momento tuvieron como motivo de consulta el cambio de su orientación sexual.

La hipótesis de que el nivel de malestar y la socialización se encontrarían relacionados con sucesos traumáticos, no ha podido ser demostrada, ya que no se halló relación entre los resultados del BDI, la escala SAS y las otras variables. Los análisis de correlación y regresión no fueron significativos con ninguna de ellas (convivencia, nivel de educación, problemas económicos, duelos o estigmatización).

El modelo de Estrés Postraumático (EPT) que nos hacía suponer en primera instancia que las historias previas crónicas, persistentes, de pérdidas o estigmatización, generarían mayores niveles de malestar, no ha podido ser confirmado en este trabajo. Este resul-

tado podría correlacionarse con la hipótesis de Berger(7) y los datos provenientes de los pacientes entrevistados por Quam et al. en los que se sostiene que el *coming out*, y, por qué no, otras situaciones traumáticas, generarían más riqueza en los recursos de afrontamiento.

Debo así mismo posponer cierto entrecruzamiento de estos datos con el constructo para ulteriores investigaciones sobre Duelos Inhibidos (DI) que posiblemente generen nuevos recursos para pensar estos fenómenos(29).

Según los resultados de significación de T para datos apareados de los BDI y SAS comparados al inicio y al final de grupo, podríamos afirmar que, al menos en el presente informe, los grupos homogéneos con varones homosexuales de la tercera edad son útiles en la reducción del nivel de malestar y la socialización.

## Apuntes finales

"Innumerables son los relatos existentes [...] en estas formas acaso infinitas, el relato está presente en todos los tiempo, en todos los lugares, en todas las sociedades; el relato comienza con la historia misma de la humanidad; no hay ni ha habido jamás en parte alguna un pueblo sin relatos; todas las clases, todos los grupos humanos, tienen sus relatos..."(4).

En la actualidad, pese a que los consultantes GLTTB podrían constituir un importante "mercado" en salud mental –"son buenos clientes"(14)– los centros de producción y reproducción de saber en el campo continúan siendo grandes productores de ignorancia en relación con las sexualidades no normatizadas.

Posiblemente las causas de esta multiplicación que, como se ve, alcanza a los consultantes, tiene alguna relación con la herencia tácita de las ficciones orientadoras, en términos de Shumway(45); es decir, de los médicos higienistas fundadores de las modernas ciencias de la conducta, *circa* 1900(42), o por procesos de estigmatización instalados desde el centro mismo de la teoría y su práctica(13; 38; 5; 33; 31).

Si esta máquina se encuentra en movimiento es indudable que la internalización del discurso provoque estancamientos en el proceso, como sugiere Eribon, de reinventar la identidad en las personas GLTTB (15) y, de algún modo la psicoterapia devenga, performadoramente, en un proceso de re-traumatización. En este sentido sería interesante estudiar la homofobia externa iatrogénicamente inoculada y cómo las experiencias psicoterapéuticas de estas personas han sido multiplicadoras de ciertos discursos dominantes.

Existen evidencias para sostener que estos grupos son herramientas eficaces con esta población y en este contexto. Por otro lado, parecería que los antecedentes de estigmatización, dificultades económicas, abuso de poder y duelos, no se relacionan directamente con los niveles de malestar y la calidad de vida. De todos modos, creo que el número de la muestra no es suficiente para los análisis estadísticos re-



queridos para correlacionar estos aspectos. Se deberá explorar más seriamente el alcance de la concepción patologizante de la homosexualidad en la salud mental en la Argentina, a la vista de los productos visibles en el presente trabajo.

Posiblemente la duplicación de trabajos similares a los de Quam y Whitford(39) generen información importante a la hora de pensar las políticas de salud de esta comunidad ■

### Referencias bibliográficas

1. Alonso M., Comunicación Personal. "La Psicoterapia en la Argentina". Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (Investigación en curso), 2002.
2. Archaga Quirós LM., "Breve crónica de la seguridad social". *Encrucijadas*, 2001. 3(1), Buenos Aires.
3. Aviram RB, Rosenfeld S., "Application of social identity theory in group therapy with stigmatized adults" *Int J Group Psychother* 2002 Jan;52(1): 121-130.
4. Barthes R., *Análisis Estructural del Relato*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1970, p. 9.
5. Barzani, C., "La homosexualidad a la luz de los mitos sociales y la homofobia. Derecho a una sexualidad Alternativa" en *Concurso Literario Rodolfo Walsh*, Ed Secretaría de Derechos Humanos CEFyL UBA, Buenos Aires, 1998.
6. Beck AT., *Depression: Causes and Treatment*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1972.
7. Berger R., Gay and Grey. *The Homosexual Man*. Second Edition, Harrington Park Press, and imprint of The Haworth Press, Inc. NY, 1996.
8. Beutler L, Harwood M., *Prescriptive Psychotherapy*, Oxford University Press, New York, 2000.
9. Bosc M, Dubini A, Polin V., "Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale". *European Neuropsychopharmacology* 1997; 7 (Suppl. 1):S57-S70.
10. Cabaj RP., Substance Abuse among gays and lesbian, in *Substance Abuse: A Comprehensive Text book*, 2° edition. Edited by Lowinson JH. Williams & Wilkins, NY 1992. (pp 852-860)
11. Cotton P., "Attacks on homosexual persons may be increasing, but many bashings still aren't reported to police". *JAMA* 1992, 267.
12. Cruikshank M., "Lavander and Gray: A brief Survey of Lesbian and Gay Aging Studies". *The Journal of Homosexuality* 1991, 4(1/2, 77-81).
13. Drescher J., *Psychoanalytic Therapy and The Gay Man*. The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, 1998.

14. Duranti R., Comunicación personal, 2000.
15. Eribon D., *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Anagrama, Barcelona, 2002.
16. Friend RA., "The Individual and social psychology of aging; Clinical Implications for lesbians and gay men". *The Journal of Homosexuality* 1997, 4(1/2): 307-331.
17. Gagliesi P., "Apuntes para una Psicoterapia con Pacientes Gays y Lesbianas". *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 1999, 10(38): 300-309.
18. Gagliesi P., "Políticas Sexuales e Identidad en Psicoterapia", *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, Nov. 2000.
19. Gagliesi P., "Estas viejas locas: Envejecer gay en el Buenos Aires contemporáneo, una experiencia grupal". Buenos Aires, 2002 (no publicado). Fundación Aiglé.
20. Goffman E., *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 2001.
21. Goodkin K, Blaney NT, Feaster DJ, Baldewicz T, Burkhalter JE, Leeds B., "A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in human immunodeficiency virus type 1-seropositive and seronegative homosexual men". *Arch Gen Psychiatry* 1999 Jan; 56(1):52-9 Erratum in: *Arch Gen Psychiatry* 1999 Aug;56.
22. Gwenwald M., "The SAGE model for serving older lesbians and gay men", *Journal of Social Work and Human Sexuality* 2000, 2 (2/3): 53-61.
23. Hamilton JD; Courville TJ; Richman B; Hanson Ph; Swanson C; Stafford J., "Quality assessment and improvement in group psychotherapy". *American Journal of Psychiatry* 1993, 150(2): 316-320.
24. Hogg RS, Strathdee SA, Craib KJ, O'shaughnessy MV, Montaner J, Schechter MT., "Gay life expectancy revisited". *Int J Epidemiol*. 2001; 30(6):1499.
25. Keinman A., *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal experience*. New York: Free Press, 1988.
26. Kelly J., "The aging male homosexual: Myths and reality". *The Gerontologist* 1977, 17(4): 328-332.
27. Kreger R, Mason, P., *Stop Walking on Eggshells*, New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA, 1998.
28. Lee MR, Cohen L, Hadley SW, Goodwin FK., "Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection". *Psychiatr Serv*. 1999, 50(7): 948-52.
29. Linehan M., *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, NY, 1991. (el constructo se encuentra detallado en las páginas 88-94).
30. Linehan M., *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, NY, 1993.
31. Macchioli F., *Homosexualidad, prejuicios y clínica psicoanalítica*, 2000, www.isisweb.com.ar.
32. Malinckrodt B., "Social support and the effectiveness of group therapy". *Journal of Counseling Psychology*, April 1989, 36(2): 170(6).
33. Monzón I., Elecciones de vida o estructuras psicopatológicas? El psicoanálisis frente a: transexualidad, travestismo, homosexualidad, bisexualidad, paidofilia, etc., Transcripción de conferencia en la *Asociación Argentina de Psicólogos*, Buenos Aires, Junio 1998. www.isis.com.ar
34. Mulder CL, Antoni MH, Emmelkamp PM, Veugelers PJ, Sandfort TG, van de Vijver FA, de Vries MJ., "Psychosocial group intervention and the rate of decline of immunological parameters in asymptomatic HIV-infected homosexual men". *Psychother Psychosom* 1995; 63(3-4): 185-92.
35. O'Leary JV., "The postmodern turn in group therapy". *Int J Group Psychother*. 2001;51(4): 473-87.
36. Pandya V, Gingerich WJ., "Group therapy intervention for male batterers: a microethnographic study". *Health Soc Work* 2002; 27(1): 47-55.
37. Paul JP, Barrett DC, Crosby GM, Stall RD., "Longitudinal changes in alcohol and drug use among men seen at a gay-specific substance abuse treatment agency". *J Stud Alcohol* 1996; 57(5): 475-85.
38. Phillips P, Bartlett A, King M., "Psychoterapist's approaches to gay and lesbian patients/clients: A qualitative study". *British Journal of Medical Psychology* 2001, 74: 73-84.
39. Quam J, Whitford G., "Adaptation and Age-related Expectations of older gay and lesbian adults". *The Gerontologist* 1992, 32(3): 367-374.
40. Redondo N., "Radiografía de una población. El impacto social del envejecimiento". Encrucijadas 2001, 3(1) Buenos Aires.
41. Riess H., "Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa". *Int J Group Psychother*. 2002; 52(1): 1-26.
42. Salessi J., *Médicos, Maleantes y Maricas*. Beatriz Viterbo Editora, Rosario, 2000.
43. Sanders GL, Kroll IT., "Generating stories of resilience: helping gay and lesbian youth and their families". *J Marital Fam Ther*. 2000; 26(4): 433-42 .
44. Schut H; De Keijser J, Van den Bout J; Stroebe MS., "Cross-modality grief therapy: description and assessment of a new program". *Journal of Clinical Psychology*, May 1996 52(3): 357(9).
45. Shumway N., *La Invención de la Argentina, Historia de una Idea*. Emecé Editores, Buenos Aires, 1993.
46. Slusher M, Mayer C, Dunkle R., "Gay and Lesbian Older and Wiser (GLOW): A support group for older gay people". *The Gerontologist* 1996 Feb; 36.
47. Strejilevich S., *¿Quién se va a ocupar de su cabeza?* Encrucijadas, 2001, 3(1). Buenos Aires.
48. Tillitski CJ., "A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual control treatments". *Int J Group Psychother*. 1990; 40(2): 215-24.
49. Vacha K., *Quiet Fire; Memoirs of older gay men*. The Crossing Press, Trumansburg, NY, 1985.
50. Vandereycken et Hoek., *Are Eating Disorders Culture-Bund Syndromes?* Chapter 2 Psychobiology and treatment of anorexia nerviosa and bulimia nerviosa, Halmi (ed.), American Psychiatric Press, Washington, 1992.

#### **Agradecimientos**

NEXO, Asociación Civil; Dr. Sergio Apfelbaum; Lic. Roberto Ferro.

# ¿Qué es la ayuda mutua?

## La experiencia de la Fundación de Bipolares de Argentina (Fubipa)

**Alejandro J. Lagomarsino**

Fundador y Presidente de Fubipa. Av. Las Heras 3862, 2 "B" (1425) Capital Federal. Tel. y Fax: 4801-2994. E-mail: [alagomarsino@fibertel.com.ar](mailto:alagomarsino@fibertel.com.ar)

**Dina Minster**

Psicóloga y paciente bipolar. Paraguay 3526, PB "2" (1425) Capital Federal. Teléfono: 4824-3607. E-mail: [golster@sinectis.com.ar](mailto:golster@sinectis.com.ar)

**Julio César Catharino**

Paciente. Luis Viale 3247, Capital. Tel: 4583-3992.

*El presente trabajo ha sido escrito "a varias voces", no solo es sobre grupos sino que está escrito en grupo, y se inscribe en la serie de artículos centrados en la vivencia y el testimonio de los participantes de grupos de ayuda mutua. A partir de la introducción realizada por el Fundador y Presidente de Fubipa (el Dr. Alejandro Lagomarsino), distintos participantes relatan en qué consiste este dispositivo grupal y cómo han sido ayudados por él.*

### Los inicios de Fubipa

*Alejandro J. Lagomarsino*

**D**urante los años 1986 y 1987 un grupo de psiquiatras del Centro Privado de Psicoterapias, dirigido por el Lic. Hugo Hirsch, realizó talleres de psicoeducación para familias de esquizofrénicos. La experiencia fue muy satisfactoria; mejoró el cumplimiento con el tratamiento y los familiares quedaron agradecidos por el apoyo y la información brindados. Terminado el contrato con las obras sociales que permitió la experiencia, algunos integrantes del equipo, entusiasmados por los resultados logrados, empezamos a pensar en la posibilidad de hacer una experiencia equivalente, esta vez centrada en la enfermedad bipolar.

En esa época yo trataba a un paciente que durante

varios episodios de manía psicótica había sido internado, diagnosticado y tratado equivocadamente como si su cuadro fuese de esquizofrenia. Cuando le indiqué tratamiento con un estabilizador del ánimo, no volvió a padecer ninguna crisis. Al cuarto año de estabilidad, con su vida laboral y afectiva normalizada, vino a su entrevista de seguimiento y me hizo preguntas que me conmovieron: ¿Por qué distintos médicos, de diferentes instituciones, le habían dicho que era esquizofrénico y nadie había reconocido sus manías? ¿Por qué cuando iba a consultas de otras especialidades médicas comprobaba que nada sabían del litio? ¿Cuántas personas estaban en el calvario de las psicosis, las repetidas internaciones forzadas, y los medicamentos que lo dejaban rígido, tembloroso y babeante? La persona que me hablaba era (es) un hombre inteligente y sensible; no estaba conforme con haber podido salvarse de todo eso. Me urgió a hacer algo para ayudar a quienes permanecían en el encierro causado por el desconocimiento del trastorno bipolar.

En agosto de 1989, con los Dres Edgardo Engelmann y Gustavo Carlsson convocamos a un grupo de pacientes y familiares en la Parroquia Santa Elena, de Palermo, para iniciar un nucleamiento dedicado a esta enfermedad. A la reunión inicial asistieron unas cuatrocientas personas; dimos una clase sobre las características de la enfermedad y las líneas generales del tratamiento. A partir del primer encuentro empe-

---

### Resumen

Fubipa es una organización de ayuda mutua integrada por pacientes bipolares, sus familiares y amigos. Brinda apoyo emocional a los afectados, además de proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento. En este artículo se reseña su funcionamiento, la historia de su constitución y desarrollo, y compartimos testimonios de pacientes recuperados que colaboran con la Fundación.

**Palabras clave:** Autoayuda – Ayuda mutua – Trastorno bipolar – Adherencia.

WHAT IS MUTUAL AID? THE EXPERIENCE OF THE FUNDACION DE BIPOLARES DE ARGENTINA (Fubipa)

### Summary

Fubipa is a self-help organization run by bipolar patients, their relatives and friends. It provides emotional support to those affected by the disorder, and disseminates information about the illness and its treatment. This paper outlines its functioning and the history of its inception and development, as well as sharing testimonies of recovered patients who collaborate with our Foundation.

**Key Words:** Self-help – Mutual aid – Bipolar disorder – Adherence.

---



zamos a pensar en las tareas que podría cumplir la nueva organización para ayudar a pacientes y familiares, y la forma jurídica más adecuada para estos fines. Asesorados por el Sr Eduardo Forti iniciamos los trámites para obtener la personería jurídica de una Fundación. Tomando el modelo de Alcohólicos Anónimos, empezamos a trabajar en grupos de ayuda mutua que se reunían cada quince días. Al principio fue necesario que yo coordinara los grupos, pero paulatinamente fueron surgiendo integrantes que se habían estabilizado, comprometidos con el grupo, que fueron tomando la coordinación.

A diferencia de los grupos de terapia, conducidos por un profesional, que además ocupa el lugar del "sano", la dinámica de los grupos de ayuda mutua requiere que todos sean pares: es tan paciente quien coordina como quien es coordinado(1). El papel que pasé a desempeñar fue supervisar la marcha del grupo en reuniones con el coordinador. Ninguno de nosotros tenía experiencia en estos grupos, los coordinadores no eran profesionales de la salud mental, y nunca habían recibido formación para esta difícil tarea: mantener en marcha ordenadamente un grupo de pacientes donde con frecuencia se presentaba alguien en un estado de hipomanía y monopolizaba el grupo, o se enojaba cuando se lo contradecía. Busqué la poca información publicada sobre grupos de ayuda mutua(3, 5), y recurrí a mi experiencia como terapeuta de grupo como fuente de orientación para lograr que las reuniones dieran resultados.

Con el tiempo, el grupo fue creciendo; al mismo tiempo se hizo evidente que los pacientes y los familiares contemplaban el problema desde ópticas distintas. Los pacientes no querían volver a pasar por el sufrimiento de las fases depresivas, pero los familiares temían sobre todo a las fases maníacas, caracterizadas por el descontrol, la irritabilidad, y muchas veces por la violencia. Decidimos crear grupos separados para familiares y pacientes, y designamos a un familiar con experiencia suficiente, para coordinar su grupo.

Pronto empezaron a aparecer los problemas; muchas personas que venían no estaban en tratamiento. El grupo podía brindarles apoyo emocional, e inclusive cierta información sobre la enfermedad porque fotocopiábamos artículos que eran distribuidos gratuitamente entre quienes querían aprender. Pero nada de esto reemplaza al tratamiento médico y psicológico. Empezamos a orientar a las personas que no tenían médico, al centro asistencial que le fuese natural: el sanatorio de su obra social, el centro de salud mental más cercano a su domicilio. A veces volvían decepcionados porque los profesionales planteaban un diagnóstico distinto. En estos trece años de tarea, en la medida en que fue mejorando el reconocimiento del trastorno bipolar en los medios profesionales, esto sucede cada vez menos.

### **¿Cómo funciona FUBIPA?**

*Estela*

Fubipa es una organización de ayuda mutua integrada por pacientes bipolares, sus familiares y amigos. No tenemos sede propia, y nos reunimos en espacios cedidos por otras Instituciones, generalmente

religiosas, educacionales u hospitalarias. En la Capital Federal, las reuniones se realizan cuatro veces al mes; los participantes reunidos en pequeños grupos, comparten experiencias, problemas y soluciones ayudándose mutuamente a controlar la enfermedad.

Las personas que se acercan por primera vez a la Fundación se reúnen en un grupo donde participan conjuntamente los pacientes, familiares o amigos. Allí reciben una primera información sobre el trastorno bipolar, se habla de cómo se manifiesta, de su tratamiento y singularidades. Se explica cómo funciona la Fundación y se le ofrece la posibilidad de seguir participando en los grupos de ayuda mutua.

Generalmente las personas se identifican con la situación y a la reunión siguiente pasan a formar parte de los distintos grupos: Grupos de Familiares y Amigos o Grupos de Pacientes.

Si bien las reuniones son semanales, cada interesado elige su forma de participación de acuerdo a sus posibilidades, no es obligatoria una asistencia determinada. Las reuniones son gratuitas en todos los casos y las actividades son continuas durante el año. La duración de los grupos es de hora y media, se reúnen de 8 a 10 personas, actualmente en las sedes de Capital funcionan al mismo tiempo tres grupos de pacientes y dos grupos de familiares y amigos, además del grupo de Primera Vez.

Los testimonios son la razón de la existencia de los grupos, los participantes expresan su experiencia y opinión en torno a su problemática, de forma provechosa para el resto de los participantes. Son reuniones para el enriquecimiento recíproco y solidario. Las pautas para el funcionamiento de los grupos se basan en la ayuda mutua y en la igualdad entre los participantes. La confianza, el respeto y la confidencialidad de los testimonios es tan importante como el aceptar la pluralidad de opiniones.

Se intenta sostener discursos constructivos basados en la experiencia propia, para lo cual se habla en primera persona, desde lo vivido por cada paciente, en vez de dar opiniones con las que se podría o no estar de acuerdo.

Los coordinadores son pacientes estables, que se integraron a realizar una tarea con espíritu comunitario. Las funciones de los coordinadores están orientadas por pautas escritas que se construyeron desde la experiencia y fueron convenidas por todos para su aplicación en los grupos.

El coordinador se manifiesta como un participante más, administra el tiempo de cada paciente además de facilitar y alentar las reuniones; rota programadamente en cada reunión haciéndolas dinámicas y diferentes cada vez.

Quincenalmente se realizan reuniones de coordinadores para revisar el trabajo realizado, y mensualmente la tarea es supervisada por el Dr. Alejandro Lagomarsino, quien participa también de la reunión mensual del Consejo de Administración. El Consejo está integrado por su presidente y ocho personas más (pacientes y familiares).

Nuestra entidad se maneja con un pequeño presupuesto que surge de la recaudación a voluntad realizada en cada reunión, benefactores que contribuyen con una cuota mensual de \$10 y los aranceles de los Talleres de Psicoeducación. Se destina a la impresión

de folletería, filmación de conferencias, copias de videos y material para la biblioteca. También recibimos apoyo de los laboratorios Abbott y Ariston.

Además, FUBIPA ofrece una revista gratuita para circulación interna, de edición cuatrimestral, que llamamos *El Subibaja*. Trae opiniones, testimonios y poemas, aportados tanto por pacientes como por familiares y suelen aparecer notas de investigaciones recientes sobre el trastorno.

Periódicamente se realizan Talleres de Psicoeducación, organizados para familiares y pacientes a cargo de médicos psiquiatras especializados en el tema(2, 6). Durante agosto y septiembre de 2002 se llevó a cabo el Octavo Taller. La finalidad de estos Talleres es mejorar la calidad de vida de toda la familia. Se trata de:

- Dar información clara sobre el trastorno bipolar y sus tratamientos, resaltando la función de agente terapéutico que puede tener la familia.
- Capacitar a los familiares para resolver los problemas que surgen en la convivencia con la persona enferma.
- Mejorar la autovaloración y confianza de la familia.

La Fundación ofrece también conferencias regulares a cargo de psicólogos o psiquiatras; los temas son elegidos sobre la base de las inquietudes surgidas en los grupos.

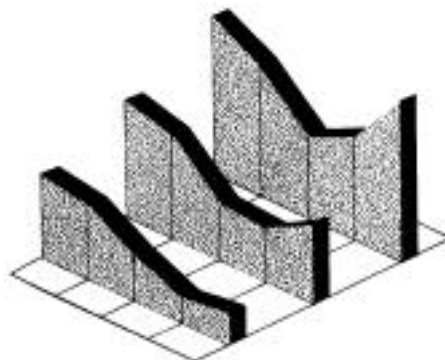
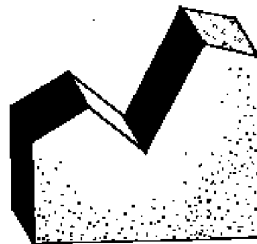
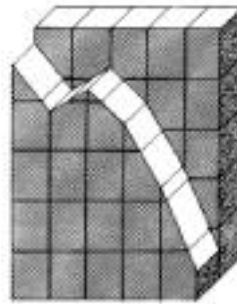
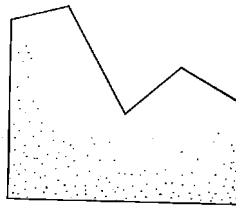
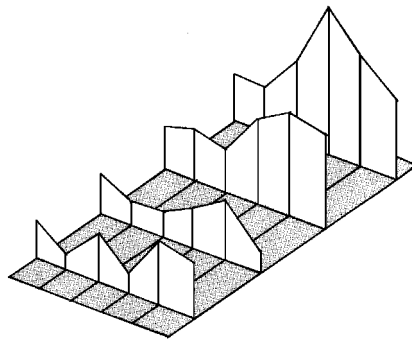
Contamos con una Biblioteca y Videoteca accesible gratuitamente. Además, FUBIPA ofrece bonificaciones para la obtención de la medicación estabilizadora (Ceglutión 300, Tegretol y Valcote).

*Teléfono para Informes: 4308-2012 (Lunes a Viernes de 14 a 19 hs.)*

### Grupos de ayuda mutua de bipolares

*Dina Minster*

Fue en 1935 cuando dos enfermos alcohólicos hallaron un camino de recuperación creando un programa espiritual que ayudara a otros a enfrentar el mismo problema. Estos grupos se han ido multiplicando hasta la actualidad demostrando su eficacia en la recuperación de los adictos al alcohol. Con los años esta forma de trabajo



ha tomado distintos nombres y modalidades: grupos de autoayuda, grupos de ayuda mutua, grupos de autogestión. Todos comparten la consigna "Problema compartido, problema diluido" que ha demostrado su valor, sin pretender reemplazar al tratamiento médico-psicológico específico.

Los grupos están conformados por personas que comparten un problema común: adicciones, jugadores compulsivos, diabéticos, obesos, desocupados, etc.

Podría decirse que el coordinador de los mismos es el **Programa** que los rige y la función de coordinación de cada encuentro es ejercida por los mismos asistentes al grupo. No está en manos de profesionales especializados. El que ha sido ayudado se transforma en ayudador de los otros; es un par que ha superado la dificultad y está en condiciones de transmitir su experiencia.

Una particularidad de estos grupos es la de tratar de evitar la discusión o el debate. Cada persona tiene la oportunidad de expresar lo suyo y es escuchado con respeto por los demás. Cuando lo ha hecho, otro puede pedir la palabra para transmitir su propia experiencia. Cada uno habla por sí mismo en primera persona. Se trata de evitar el dar consejos o pretender que uno sabe lo que el otro necesita.

Un grupo es algo más que la suma de sus miembros. Su dinámica se asienta en los beneficios de transmitir la propia experiencia, ya que lo que lo une es compartir un problema común. El grupo proporciona un fuerte soporte emocional al facilitar el intercambio de información. Es un dar y recibir que contiene y estimula. No hay lugar para la competitividad, sí para la solidaridad. La participación en los grupos es libre y gratuita; comprometida y responsable. No se pone el acento en el "por qué" de su padecer sino en la necesidad y las ganas de ayudarse y ayudar a los otros.

Tomando en cuenta las particularidades de la enfermedad bipolar, los grupos de ayuda mutua no pueden excluir el tratamiento médico ni psicológico; en la coherencia de este trípede debe encontrarse el progreso de los enfermos. En los grupos se produce un incremento

de la responsabilidad del bipolar en cuanto al cuidado de su tratamiento médico-psicológico que, como sabemos, el paciente tiene tendencia a abandonar(4).

Después de 13 años de continuado crecimiento estamos convencidos del acierto de la creación de estos grupos que han contribuido a la mejora de la calidad de vida de muchos de nosotros. Estamos agradecidos y seguimos la tarea con amor y entusiasmo.

### **Fubipa – Vínculos internos y externos**

*Leopoldo*

Mi nombre es Leopoldo, soy graduado en ciencias económicas, docente universitario y autor de un libro. Soy paciente bipolar estabilizado, y participo de FUBIPA desde hace once años; me desempeño como coordinador e integro el Consejo de Administración.

El contacto regular con las Sedes del interior de Argentina y las Asociaciones pares del exterior es una de las actividades que me ocupa y que me da mucho placer.

La primer sede del interior fue Rosario, y la fuimos viviendo desde antes de su nacimiento ya que se hicieron un par de reuniones en Buenos Aires previas a su inauguración y luego en los sucesivos meses de mayo se ha celebrado su cumpleaños.

Al poco tiempo se planteó la necesidad de tener un contacto más estrecho con la gente del interior, e iniciamos viajes regulares tanto a las sedes existentes como a las que se iban abriendo. La relación con las sedes esta basada en la provisión de materiales didácticos, revista *Subibaja*, artículos, videos de charlas y conferencias y revistas de asociaciones del exterior.

Cuando la Fundación nació, en 1989, su primer sede fue la Parroquia Santa Elena, que en 2000 fue reemplazada por la actual del Colegio Marianista. En 1992 se inauguró la sede del Hospital Italiano; en 1993 Rosario, la sede más antigua del interior. En 1995, La Lucila. En 1997 fue la apertura de Neuquén y Santa Fe. En 1998 le tocó el turno a Laboulaye y a Córdoba ciudad. En 1999 Realicó (La Pampa), sede cuya ciudad tiene sólo 7.000 habitantes. En 2001 se reinauguró Mendoza y en Julio de 2001 Pergamino. En Septiembre de 2002 abrimos el grupo Bahía Blanca, totalizando doce grupos.

Tengo el gusto de conocer cada uno de los lugares; si bien ésta es una tarea que se realiza con todas las personas que participan de los grupos, quiero expresar mi especial reconocimiento a los coordinadores del interior. También, a los profesionales que asesoran a cada uno de los grupos.

En 1995 nace el vínculo con el exterior; recuerdo que en una reunión se leyó una carta de Barcelona escrita por un paciente, fundador del grupo de ayuda mutua, y se preguntó quién estaba interesado en contestarle. Yo levanté la mano y así tomé la posta de este vínculo externo, un intercambio de experiencias que nos une con nuestros pares de España, Portugal, Uruguay y México. Es otro enriquecimiento para la savia del árbol FUBIPA.

Una experiencia especial fue la participación en 1999, en Montevideo, del 2° Encuentro de Pacientes, Técnicos y Familiares "El Trastorno Bipolar ¿y cómo convivir con él?" Conformamos un panel con el Dr

Lagomarsino y un matrimonio uruguayo (ella es paciente), hubo cerca de 230 personas y nuestra presencia sirvió de marco al lanzamiento del grupo de ayuda mutua allí. El contacto más reciente es con Ámate, la Asociación de Bipolares de México, que conocí en el Simposio sobre Esquizofrenia y Bipolaridad que se llevó a cabo en Guatemala en julio pasado.

Como síntesis, desde que inicié el contacto regular con las sedes y el exterior, a la fecha, he recorrido más de 51.000 kilómetros con esta actividad de FUBIPA.

Poner en funcionamiento una sede es un esfuerzo y la apuesta de FUBIPA es que exista la mayor cantidad de sedes. Lo necesario para iniciarla es contar con personas interesadas en el tema, tener un lugar para reunirse, obtener el asesoramiento científico de un médico psiquiatra y acercarse a FUBIPA en Buenos Aires. Invitamos a quienes tengan esta inquietud a intentar formar un grupo. FUBIPA es un camino de vida.

### **¡Maldita enfermedad!**

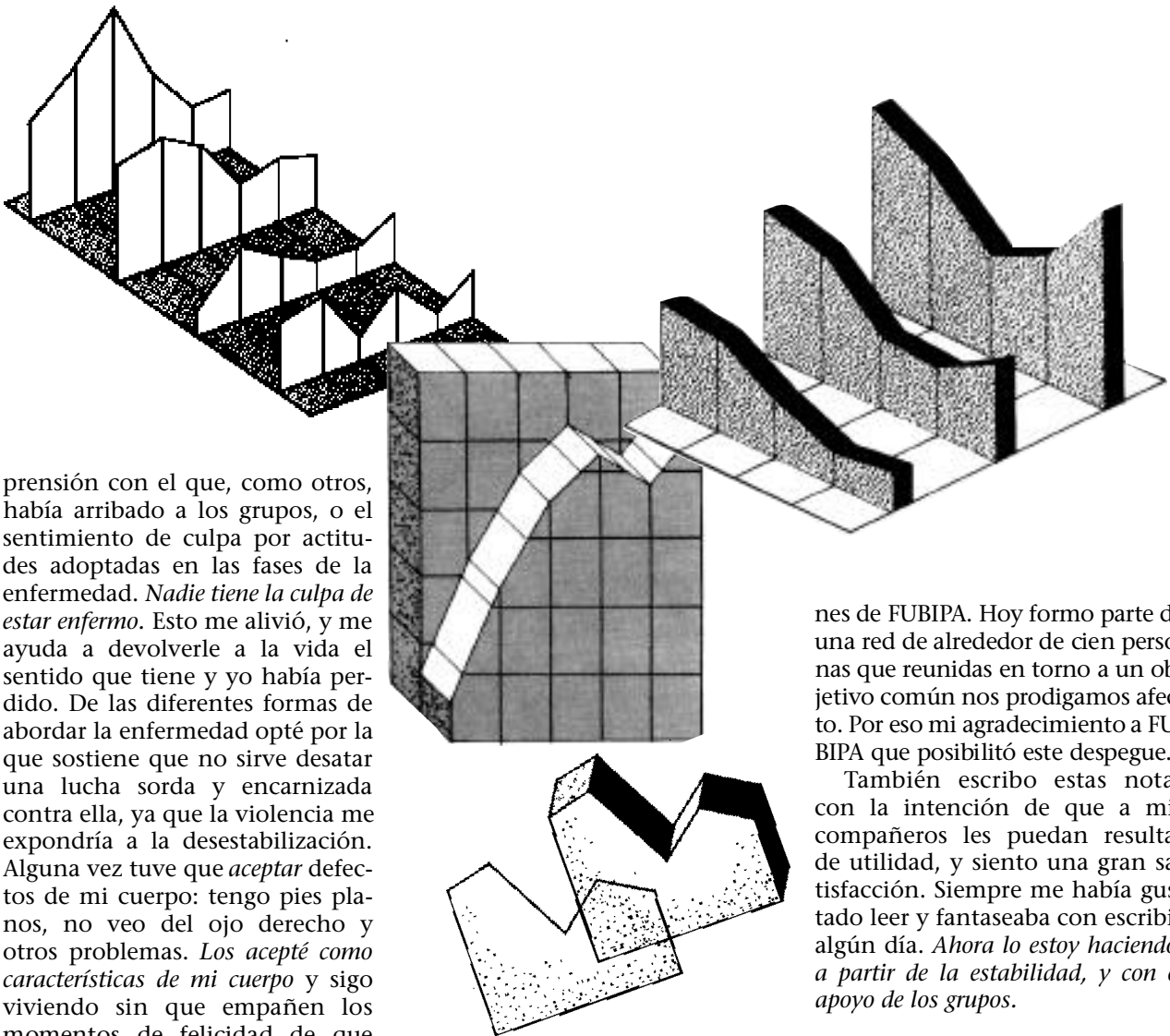
*Julio César Catharino*

Tenía la impresión de haber estado ausente un largo tiempo y que, al momento del regreso, nada se hallaba en el lugar en donde lo había dejado. Asimismo cavilaba sobre mi reinserción laboral: estoy desactualizado, tengo cincuentiséis años, la situación del país hace imposible conseguir empleo, no voy a poder trabajar muchas horas, no me puedo concentrar, no voy a soportar las presiones, ¿Qué hago aquí? Y la responsabilidad de todo esto invariablemente recaía en la enfermedad.

Tardé en comprender uno de los conceptos fundamentales que se reiteran en los grupos y es la **Aceptación**; eso me permitió iniciar el camino hacia la ansiada estabilidad. Lo concreto es que yo *estoy viviendo hoy aquí*, luego de haber logrado dejar de aferrarme al pasado, y pude mirar hacia el futuro. Pude determinar cuál era mi objetivo y de allí en más dirigirme hacia él.

En Alcohólicos Anónimos transmiten: "el día de hoy es todo lo que tenemos". Con esta premisa me propuse lograr un día mejor; las actividades al principio fueron muy pequeñas como realizar algunas tareas de la casa. Después fue caminar veinte cuadras por día, y luego tuve que hacer algo mucho más difícil: reconocer el valor de lo que había conseguido. En todo momento estuve acompañado por los grupos, con una palabra de aliento o una sugerencia de la experiencia testimonial de cada uno y de todos. Todo empezó con una sola consigna: **Hacer un día diferente y mejor, sólo por hoy.**

Distraje muchas horas de mi vida en un diálogo interno permanente sobre los perjuicios que me había ocasionado la bipolaridad. Estaba transfiriendo la responsabilidad de mi pasado, presente y futuro a esa entidad maldita. Enzarzado en una disquisición repetitiva trataba de determinar ¿cómo hubiera sido mi pasado de no haber estado enfermo? Hoy puedo reconocer que me encontraba inmerso en una intelectualización carente de sentido. Reconozco el valor de FUBIPA; los testimonios de los otros obraron como alternativas para transitar mis propios padeceres, para abandonar el sentimiento de soledad e incom-



preensión con el que, como otros, había arribado a los grupos, o el sentimiento de culpa por actitudes adoptadas en las fases de la enfermedad. *Nadie tiene la culpa de estar enfermo.* Esto me alivió, y me ayuda a devolverle a la vida el sentido que tiene y yo había perdido. De las diferentes formas de abordar la enfermedad opté por la que sostiene que no sirve desatar una lucha sorda y encarnizada contra ella, ya que la violencia me expondría a la desestabilización. Alguna vez tuve que *aceptar* defectos de mi cuerpo: tengo pies planos, no veo del ojo derecho y otros problemas. *Los acepté como características de mi cuerpo* y sigo viviendo sin que empañen los momentos de felicidad de que puedo gozar. ¿Por qué no podría hacer lo mismo con la bipolaridad?

A esto no llegué de inmediato, ya que si bien eliminé el sentimiento de culpa por las consecuencias de la manía, aún caminaba con el *resentimiento* "en la mochila" y eso *nunca funciona*. Cuando me mantenía en un estado de resentimiento con la enfermedad, me sentía triste y sin alegría de vivir. Vivir resentido era como ingerir al despertarme una bebida de sabor desagradable y muy perdurable, por lo que el día transcurría en consecuencia.

El día que se produjo el *click* pensé en recuperar mi profesión abandonada por años. Empecé a hacer cursos de capacitación profesional. Sentí la imperiosa necesidad de darle un sentido a mi estabilidad, ya que podría no ser permanente (lo que no representa pesimismo sino sentido común, o en todo caso conciencia de enfermedad). Hoy me encuentro cursando Psicología, y he conseguido una beca en tareas para el centro de estudiantes. Lo hago desde un lugar diferente: intento respetar mi propio ritmo y me organizo de manera que llevar a cabo un trabajo de una exigua valoración social no me resulte un esfuerzo, sino que me permita mi propio reconocimiento por lo realizado.

Yo deseaba restablecer una cadena de afectos ya que por años estuve recluso en el ámbito familiar y mi único contacto con el resto del mundo eran las reunio-

nes de FUBIPA. Hoy formo parte de una red de alrededor de cien personas que reunidas en torno a un objetivo común nos prodigamos afecto. Por eso mi agradecimiento a FUBIPA que permitió este despegue.

También escribo estas notas con la intención de que a mis compañeros les puedan resultar de utilidad, y siento una gran satisfacción. Siempre me había gustado leer y fantaseaba con escribir algún día. *Ahora lo estoy haciendo, a partir de la estabilidad, y con el apoyo de los grupos.*

### Interrogantes de un bipolar

Enrique F. Cisternas

Luego de terminar mis estudios de Ingeniería, al trasladarme con mi familia a Neuquén, caí en un pozo depresivo que duró varios meses. **Diagnóstico: Depresión severa** (Marzo 1987).

Los años posteriores, de 1987 al 89, fueron tiempos muy variables en los cuales pasaba de la depresión a la euforia en forma constante, mi mente me decía que había algo que no entendía; no me parecía que era un problema psíquico, más bien del tipo neurológico o químico.

Mis paliativos fueron empezar a leer. Lecturas que llenaran mi alma, debido a tantos interrogantes que me presentaba la vida. Por otra parte comencé a correr, de noche y de día. No encontraba el porqué de los cambios en mis estados de ánimo. Me imponía como meta "No deprimirme ante mis depresiones, y no euforizarme ante mis euforias".

Mi segunda caída fue brutal, traumática, digna de un típico bipolar, abierta a todo público (euforia total, impredecible, agresiva) En ese momento tenía poder de convocatoria, empresarios, escribanos, sacerdotes, se dieron cita en mi casa ... "Quería cambiar el mundo, no había barreras... los hombres utiliza-

ban una mínima parte de su inteligencia... las religiones no comprendían su esencia... Todas utopías; dignas de un estado maníaco, pero bellas todas en esencia con un fondo de realismo utópico”.

Esto me acarreó un sinnúmero de problemas legales –escapé del lugar de internación con una ambulancia tomada a la fuerza– problemas con mis vecinos y con la familia. Otras consecuencias traumáticas fueron en lo laboral; yo trabajaba en el Ejército como Ingeniero Militar; me había recibido con las más altas calificaciones, obteniendo así el Premio Arma de Ingenieros y el de la República de Francia.

No habían transcurrido 1000 días de esto, y era considerado en la Junta Médica de las FFAA como **oficial inútil para todo servicio, 100% incapacidad total, retiro obligatorio**.

Mis planes eran quedarme a vivir y trabajar en Neuquén; me había comprado la casa, había organizado mi vida allí; pero luego de ese episodio... ¡Ya no podría volver, mis proyectos de años se habían roto en mil pedazos!

En todo este tiempo me había hecho ver por varios psiquiatras, neurólogos, clínicos, y, por qué no, alguna bruja de buena fama. Busqué a los mejores profesionales del lugar e hice interconsultas con reconocidos psiquiatras de Bs. As., pero nadie me diagnosticó la verdadera enfermedad que padecía. En Octubre de 1989 fue mi primera internación, durísima, apabullante, atado siete días a una cama, locura violenta, deprimente, extenuante. Diagnóstico: Brote psicótico. Síndrome maníaco-depresivo. Tratamiento: litio y todo solucionado. En Mayo 1991 fue mi segunda internación, igual pero menos traumática; ya conocía el infierno, y él a mí. Diagnóstico: Brote psicótico. Síndrome maníaco-depresivo. Tratamiento: Otros medicamentos y todo solucionado.

¿Todo solucionado? Sí, pero debería cambiar las aspiraciones de mi vida, no podría manejar automóviles, ni trabajar. La Junta Médica parecía no estar equivocada: Inútil para Todo Servicio. Esperanzas pocas, dudas infinitas.

### **Caminando con FUBIP A**

Una de mis hermanas encontró un artículo sobre un caso similar al mío, donde se exponía la importancia de un buen tratamiento acompañado por grupos de ayuda mutua. Cuando lo leí encontré que

otro ser no común (léase no cuerdo) como yo, había sufrido más que yo. *De allí para mí, nació FUBIPA.*

Desde el año 1991 fue un largo camino. Con crisis periódicas más suaves, sin llegar a necesitar internación, pero que significaron una gran angustia para mi familia.

Los grandes actores de esta historia somos:

1. *Yo mismo*, entender que cuidar la salud mental es tan importante o más que la salud física.

2. *Mi familia*, que siempre me apoyó en los momentos más difíciles. Mi esposa conocía el dolor de haber perdido a su padre por suicidio y tener además un hermano con la misma dolencia que la mía. Supo además preservar a nuestros hijos, que tuvieron que entender lo inentendible.

3. *Mi psiquiatra* que ante todo consideró que yo era una persona que a pesar de su locura debía ser escuchada. A las consultas concurrí con mi esposa; comprendí que es muy importante la percepción del otro, ya que no existe ser más astuto que un bipolar en fase inicial de manía.

4. *Fubipa*, que en los primeros tiempos me ayudó a aceptar la enfermedad, a creer que se podía. Hoy me recuerda lo que pasé, que el descuido puede ser fatal, y también que uno puede servir a otro.

Nadie puede comprender más a un bipolar que otro bipolar. Hay estados y sensaciones del ser humano que no pueden ser transmitidos; la profundidad del abismo depresivo, donde la muerte pareciera ser la gloria; o bien las fronteras de la locura donde la mente no tiene límites. Siempre agradezco no haber nacido en el Siglo XII, porque sino ya me hubieran tirado a la hoguera: reconozco el gran avance de la medicina. Sin embargo en los grupos he visto muchos casos con las mismas características que el mío, que son diagnosticados y tratados de las maneras más diversas, muchas veces con consecuencias traumáticas, otras irreversibles. Un mal diagnóstico puede llegar a ser para el paciente *morir en vida*. O lo que es peor: *sentirse vivo encerrado en un ataúd*. Sin embargo, pienso que si volviera a nacer, no rehusaría vivir lo mismo. Agradezco a Dios haber transitado esos caminos: creo que la vida nos ofrece peldaños que muchas veces parecen montañas, está en uno transponerlos o esquivarlos; ahí está el sabor y sentido de la vida...

Me encuentro estabilizado hace once años. Llevo veinticinco años de casado y tres hijos. Mi familia me ha acompañado siempre en esta aventura de vivir ■

### **Referencias bibliográficas**

1. Borman L., Self-help and mutual aid groups for adults. *Treatments of psychiatric disorders*. Vol 3: 2596-2607, American Psychiatric Press, Washington, 1989.
2. Hidalgo R, Lagomarsino A., “Como navegar sin brújula”. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 1997, 8(29): 170-175.
3. Judd L., *Plain talk about mutual help groups*. Plain Talk Series. Office of Scientific Information. National Institute of Mental Health, 1989.
4. Kurtz LF., Use of lithium and other medications by members of a self-help group. *Lithium* Vol 1 N° 2 Jun 1990; 125-127.
5. Lieberman M., Self-help groups and psychiatry. *Annual Review* Vol 5, Washington, American Psychiatric Press, 1986.
6. Marinelli M., Terapéutica psicossocial del trastorno bipolar. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 2001, 12(43): 46-50.

# Grupo de reflexión sobre el desempleo

## Informe de una experiencia

Juan E. Tortorolo

Lic. en Psicología (UBA). Nicaragua 4731 2° 17 (1414). Capital Federal. Argentina. 4832-3142/4921-6464. E-mail: jtortorolo@hotmail.com

### Introducción

Desde la década de los noventa en la Argentina y producto de la reconversión productiva(2), debido al cierre de firmas y a la rápida transformación y crecimiento de la productividad de empresas que “logran adaptarse a las nuevas reglas”, se observa una disminución de trabajadores asalariados permanentes.

Este proceso de reconversión conduce a que en el mercado de trabajo se observe un aumento de la desocupación, un incremento de la incertidumbre de los ocupados acerca de la continuidad de la relación laboral, un crecimiento del trabajo precarizado, “en negro” o como supuestos “autónomos”, y que muchos trabajadores se desempeñen en puestos de trabajo que requieren una experiencia y/o formación menores a las que ellos poseen.

El conurbano bonaerense es un ejemplo de un mercado laboral caracterizado por altas tasas de desempleo y subempleo que se agravan frente a la recesión y la crisis, situación que se combina con altas tasas de crecimiento demográfico.

Este panorama de desempleo, subempleo y precariedad de las ocupaciones de la sociedad de nuestro país, lleva a que la calidad de vida de las familias de los trabajadores quede expuesta a una evidente *situación de vulnerabilidad*(19). Los efectos del deterioro la-

boral pueden verse en su verdadera dimensión si se considera que el trabajo no sólo es la fuente de ingresos de la gran mayoría de hogares, sino también una de las actividades más fundamentales dado que organiza la vida cotidiana de las personas y es un factor determinante en la socialización y la construcción de la identidad de las mismas. La experiencia del trabajo brinda al individuo la posibilidad de acceder a cuatro categorías de experiencia(15): la estructuración temporal de la jornada, la provisión de contactos sociales regulares por fuera de la familia nuclear, la imposición de objetivos que trascienden al individuo y, por último, un estatus e identidad social<sup>1</sup>.

### Presentación del trabajo de un grupo de reflexión

Durante el período julio-noviembre del año 2000 llevamos a cabo actividades de *Grupos de Reflexión so-*

1. Esta descripción se conoce como “teoría de la privación”, y corresponde a investigaciones sobre el desempleo realizadas durante la crisis europea de los años veinte y la Gran Depresión norteamericana de los treinta. El riesgo de privación absoluta de esos años es totalmente aplicable a la situación del desempleo presente en nuestro país. En la actualidad, en la mayoría de los países desarrollados existen dispositivos de protección social que alejan el riesgo de privación.

---

### Resumen

Este trabajo es producto de la experiencia de coordinación de Grupo de Reflexión sobre el Desempleo llevada a cabo durante el año 2000 en una institución del barrio de Ituzaingo, provincia de Buenos Aires. Las actividades de Grupo fueron diseñadas con el objetivo de prevenir el daño social mediante la conformación del grupo como espacio de contención, reflexión y generación de alternativas. Se describen los principales indicadores psicosociales emergentes durante el proceso grupal y se subrayan la estigmatización y la culpa como representaciones dominantes. El trabajo concluye destacando la importancia de los grupos mencionados en la recomposición de daño social y en la elaboración de alternativas frente a problemas sociales como el desempleo.

**Palabras clave:** Grupo de reflexión – Desempleo – Daño social – Estigmatización.

### DISCUSSION GROUP UPON UNEMPLOYMENT. THE REPORT OF AN EXPERIENCE

#### Summary

The present paper is the outcome of a Discussion Group focused on unemployment. The experience was carried out in an institution of Ituzaingo, Provincia de Buenos Aires. The Group activities were designed to prevent social damage. The Group was designed as a space to contain the participants, generate their reflection and make possible new alternatives to their situation. This paper describes the main psychosocial indicators emerging along the Group process, outlining stigmatization and guilt as dominant representations. The paper highlights the importance of the above mentioned groups regarding social damage recomposition, as well as the elaboration of alternatives to face social problems such as unemployment.

**Key Words:** Discussion group – Unemployment – Social damage – Stigmatization.

bre el Desempleo en una ONG del Gran Buenos Aires (barrio de Ituzaingó)– Servicio Ocupacional Localizado (SOL)– en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

Las prestaciones del SOL consistían en acercar e integrar la información disponible en el ámbito local y su entorno para mejorar la accesibilidad al empleo, promover la gestión del trabajo, la capacitación y adecuación de los canales de inserción al mercado de trabajo articulando los recursos públicos, privados y sociales así como planes municipales, provinciales y nacionales ligados a la promoción y generación de empleo(21).

Las actividades de Grupo se diseñaron en función de los objetivos del SOL de brindar contención a los beneficiarios del programa que atravesaran períodos prolongados y alternativos fuera del mercado laboral. La experiencia con los grupos tenía carácter de experiencia piloto para apreciar el impacto en la localidad y estudiar su extensión a otros SOL del conurbano.

### Marco teórico

Los Grupos de Reflexión, en boga desde la década del setenta, tienen su origen en nuestro país en los Grupos operativos de E. Pichon-Rivière(7), quien los comenzó a utilizar en su Escuela de Psiquiatría Social a fines de la década del cincuenta, con la idea de elaborar las ansiedades que crea el trabajo con pacientes psiquiátricos. A lo largo de los '60 hay publicaciones que se pueden contar como claros antecedentes de estos grupos(14) e, incluso, hay un capítulo de otro libro de los mismos autores (cuya primera edición data de 1957) dedicado a lo que hoy se conoce como "grupo de reflexión" que es el antecedente y punto de partida del grupo psicológico(13). Reconocen, asimismo, un antecedente también en los Grupos T o grupos de entrenamiento que provienen a su vez de los grupos denominados *Basic Skill Training Groups* (BST), con los que se procuraba lograr un mejor desarrollo de las capacidades y habilidades de los participantes.

En la actualidad estos grupos tienen gran difusión, constituyendo un espacio de apoyo al psiquismo y de elaboración de la crisis social.

La característica principal de los Grupos de Reflexión es que todas las personas que lo integran comparten un rasgo en común(3), y se los puede dividir en dos grandes clases:

a. los grupos de personas victimizadas socialmente, como ex combatientes, familiares de desaparecidos, y

b. los grupos conocidos como de autoayuda cuyo modelo más conocido es Alcohólicos Anónimos (AA), como grupos de fóbicos, grupos de obesos, etc.

Más allá del objetivo específico de cada grupo en particular, en los grupos de reflexión u homogé-

neos(8) se opera entre dos límites: por un lado, la movilización de aspectos regresivos e indiscriminados (fantasías originarias) que se ven favorecidos por la constitución misma de estos grupos y, por otro lado, la promoción de las funciones del yo vinculadas a la adaptación a la realidad, al orden simbólico, el intercambio de información y reflexión, operando en distintos niveles de pensamiento. Este doble movimiento se articula con representaciones sociales que actúan como organizadores socioculturales.

La función del coordinador es diferente en ambos grupos: en los primeros el coordinador interviene sobre los aspectos regresivos e indiscriminados, conduciendo el grupo hacia momentos reflexivos que permitan un trabajo a nivel del proceso secundario. En los grupos de autoayuda (como el de AA), el rol del coordinador es testimonial. A partir de su relato mantiene la esperanza en los demás participantes de que ellos también puedan recuperarse(24).

En los grupos que realizamos con personas afectadas por el desempleo, esta función es contraproducente, dado que confronta a la persona con una supuesta incapacidad de trabajar. La esperanza en nuestros grupos estaba presente cuando un participante no venía más a las reuniones porque había conseguido trabajo en ese horario, lo cual se expresaba en los demás como "alguna vez conseguiré un trabajo".

Respecto a las consecuencias psicosociales de la pérdida del empleo en las personas, nos basamos en el modelo de Max-Neef que consiste en un proceso en seis etapas. Una primera etapa de conmoción que afecta a la identidad y autoestima de la persona, seguida de una etapa de optimismo por la puesta en marcha de mecanismos de defensa. Luego sigue una etapa de agresión contra el mundo laboral que se extiende al entorno en general; comienzo del pesimismo y sentimiento de incapacidad de revertir la situación; y, finalmente, la etapa de fatalismo, en la cual la persona se siente rechazada y genera rechazo en los demás(18).

### Objetivo general del Grupo

Prevenir el daño social a partir de la conformación del grupo como espacio de contención, reflexión y generación de alternativas.

### Objetivos específicos

- Restaurar el narcisismo (autoestima) de los miembros reforzando el sentimiento de pertenencia al grupo.
- Revertir la estigmatización de las personas afectadas por el desempleo.
- Promover formas alternativas de vida que permitan a las personas una adaptación activa frente a la crisis.
- Potenciar la empleabilidad de las personas a partir de la resolución de conflictos que pudieran actuar como obstáculo.
- Detectar y favorecer posibilidades de autoempleo y de trabajo asociado.

### Metodología

2. Hubo casos de participantes que venían al grupo porque suponían que ese era un requisito para conseguir empleo. Esto ocasionó retrocesos en el grupo; se instalaba "la obsesión del trabajo" en los demás participantes. Mantuvimos reuniones con agentes del SOL y solucionamos el problema.

El desarrollo del grupo se dividió en tres etapas en función de los objetivos:

1. *Presentación y explicitación de tareas:* Se trató de conformar el grupo como espacio de pertenencia que permita a los participantes reparar el narcisismo y restituir su identidad como sujetos de derechos. En esta etapa se implementaron técnicas grupales de presentación, animación, integración, reflexión y de autoestima(23).

2. *Desarrollo y resolución de problemas:* Se trabajó sobre los obstáculos existentes a la empleabilidad y sobre el proceso de desestigmatización y desculpabilización producto del desempleo. Durante esta etapa se llevaron a cabo técnicas de presentación, autoestima, comunicación, reflexión, concentración y de habilidades y capacidades(11).

3. *Elaboración y proyecto:* Se promovieron formas alternativas de vida que pudieran permitir una adaptación activa a la crisis, además de detectar y favorecer posibilidades de autoempleo y trabajo asociado. En esta etapa se agregaron técnicas de trabajo asociado(4), planificación y organización del trabajo, y de elaboración de proyecto(5, 6).

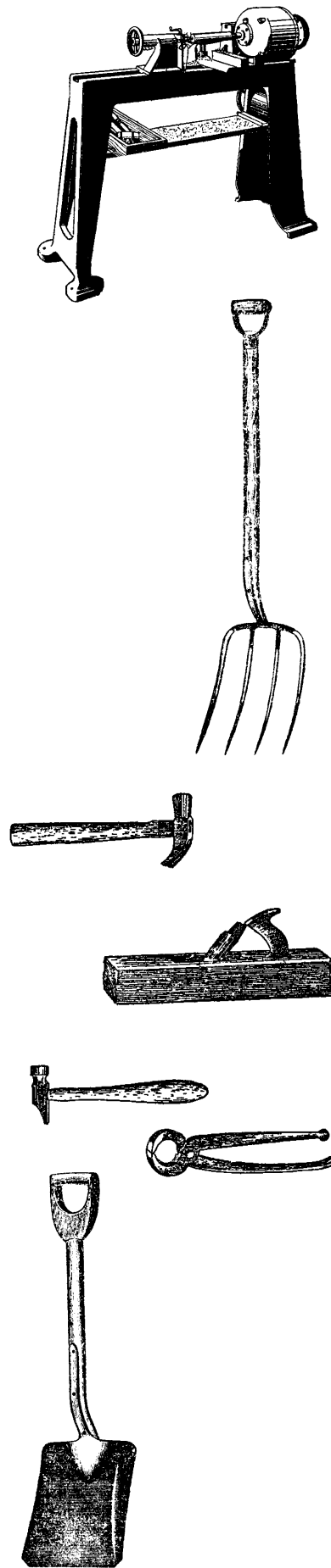
Se realizó una convocatoria telefónica desde el SOL a una charla abierta de información sobre el grupo de reflexión para los aspirantes, donde se explicaron el modo de funcionamiento y los objetivos del grupo. Se conformó un grupo de doce participantes estables.

El grupo fue coordinado por el Lic. Juan Tortorolo y la Psicóloga Social Beatriz Balbesón, con reuniones semanales de dos horas de duración durante el período comprendido entre julio y noviembre del año 2000.

### Desarrollo grupal e indicadores psicosociales

La edad de los participantes promediaba los cuarenta años, la mayoría desempleados a causa de retiro voluntario y cierre de fábricas, el resto eran cuentapropistas y empobrecidos. Casi ninguno recibe o recibió asistencia social.

La asistencia al grupo fue buena a pesar de la desorganización tem-



poral propia de la persona con desempleo. Algunos se equivocaban el día del grupo, se observaba también en el grupo que cumplir con pautas simples llevaba mucho tiempo. La falta de dinero para viajar y el estado del tiempo (lluvia, etc.) eran las dificultades principales que les impedían asistir. El grupo estuvo abierto al ingreso de nuevos participantes y permitía que algunos se ausentaran cuando conseguían alguna changa<sup>2</sup>.

Respecto a la *situación familiar* se evidencian procesos de reestructuración y cambio en su organización producto del desempleo. Héctor (de 42 años) decía: "cuando trabajaba de camillero en el hospital estaba bien, pero ahora que estoy sin trabajo tuve que volver a vivir con mi señora y mis hijas porque la situación no da para otra cosa. Pero la relación entre nosotros no es buena". Otro participante, Miguel (de 43 años), comentaba que "ahora que no trabajo estoy todo el día en casa, discuto mucho con la hija de mi pareja. El padre de ella no está; ella hace cosas que no veo bien y yo tengo que decirselo. Después no me habla, discutimos con la madre. Estando yo con trabajo esto no pasaría porque no estoy en casa, y no me entero". En estos casos se observa que, cuando falta el marco estable y organizador que proporciona el trabajo se intenta reemplazarlo aferrándose al marco estable que proporciona la familia y la pareja(1); pero esta "sustitución" es inviable, imposible de realizar; en consecuencia se instalan en la familia o pareja un estado de reproches y disconformidades.

Respecto a las *representaciones sociales* predominantes es de subrayar la *estigmatización y culpabilización* como fenómeno masivo producto del desempleo(9, 16). Cristina (de 45 años) refiere: "me siento como que somos vacas viejas para el matadero, no servimos para nada". Miguel dice algo parecido: "si uno no trabaja se siente mal y la sociedad te margina, te miran mal, como si no fueras igual a ellos. Perdes el trabajo y perdes todo". Silvia (35 años) da cuenta de esto diciendo que "cuesta conectarse con uno mismo, relajarse; yo vivo obsesionada con el trabajo, me acuerdo del trabajo que tenía, de mis com-



pañeros, tengo todo puesto ahí". Héctor dice: "no se qué hice mal, a esta edad yo no sirvo, no me toman en ningún lado, cada vez me resigno más". Carmen (de 52 años) comenta: "yo tengo bronca, impotencia, la mayor parte del día me siento mal, me siento discriminada".

Durante las primeras reuniones el sentimiento de culpa estereotipado, el aislamiento social y el pesimismo, se expresaban en la dificultad de acatar las consignas de la tarea grupal. Durante la presentación cruzada Carmen no pudo escuchar la presentación de su compañero. Dice: "me ordené cerrar mi mente, es una historia de problemas muy parecida a la mía".

Muchas veces al no poder encontrar los motivos de la falta de empleo se cae en la autoculpabilización bajo la forma de sentimiento de exclusión y marginalización (fatalismo).

Aparecen justificaciones relacionadas con empleos anteriores, culpa retrospectiva de decisiones del pasado que ocasionan perjuicios en el presente. Otra forma de culpabilización es la edad, la falta de capacitación y la imposibilidad de adaptarse a los tiempos a las condiciones laborales presentes o pasadas.

Cuando no existe una política social de conjunto para un problema social las personas tienden a la búsqueda de resoluciones individuales. Uno de los pasos más importantes del grupo de reflexión sobre el desempleo, es la comprensión de que las respuestas individuales a un problema social son ineficaces. La reformulación de problemas sociales en conflictos individuales genera en la mayoría de los casos ratificación de la culpa y exclusión, e induce a la aceptación y legitimación de las situaciones de disciplinamiento social y de mercado.

Cuando el grupo alcanza a comprender la desocupación como un problema colectivo se amortiza el riesgo de exclusión absoluta y la ideación de culpa se modifica.

### Indicadores grupales

En la primera etapa de presentación y explicitación de tareas, se evidenciaron cambios respecto al *narcisismo* y al *sentimiento de identidad* de los participantes. Cristina señala que "yo soy una persona muy cerrada y solitaria pero desde que vengo aquí, dejé de mirarme el ombligo y puedo mirar hacia afuera y ver que no estoy sola en esto". Silvia puede decir que "a mí me hace muy bien venir al grupo, hay pocos lugares para decir lo que uno piensa y veo que todos tenemos muchas cosas en común". Inés (50 años) manifiesta: "yo cuando me voy de aquí, siento que me llevo a cada uno de ustedes y estoy en casa y me vienen a la mente las frases de ustedes". Adriana (30 años) dice que "quería contarles que lo que hablamos acá me dio tranquilidad para la entrevista de trabajo, porque tuve que hacer unos tests psicológicos que me tenían muy nerviosa". Raúl (36 años) lo sintetiza diciendo que "es bueno ver cosas de uno en los otros porque uno aprende y puede modificar".

Cuando se realizaron escenificaciones de pedidos de empleo, se revaloraban los derechos de la persona que busca trabajo, la dignidad y la injusticia frente al maltrato recibido. "Que no tenga trabajo no quiere

decir que no sea persona y tenga derechos" (Miguel).

La pertenencia al grupo se estableció en las primeras reuniones cuando se produjo un mayor grado de identificación entre los miembros y mayor compromiso, y se sintieron integrados al grupo. El grupo en esta etapa tiene función de restablecer funciones identificatorias operando como apuntalamiento de la identidad de los participantes.

"Con el juego de la pelotita disfruté, me encontré con cosas mías que creí que no estaban, como el ser espontáneos" (Carmen). Miguel comenta que "al principio del ejercicio me sentí tenso pero después me relajé porque pensé que acá en el grupo estamos bien".

Las técnicas que incluían juegos(12) mostraron ser una vía importante de expresión simbólica, creación e imaginación del grupo para facilitar la comunicación entre los miembros, y también cuando el grupo se encontraba rígido, cuando no podían "despegarse" del deber superyoico del trabajo. A veces era complicado permitirse jugar, no dejaban de plantearse la utilidad de las actividades desde el punto de vista productivo.

Durante la segunda etapa se avanzó en el proceso de *desculpabilización*.

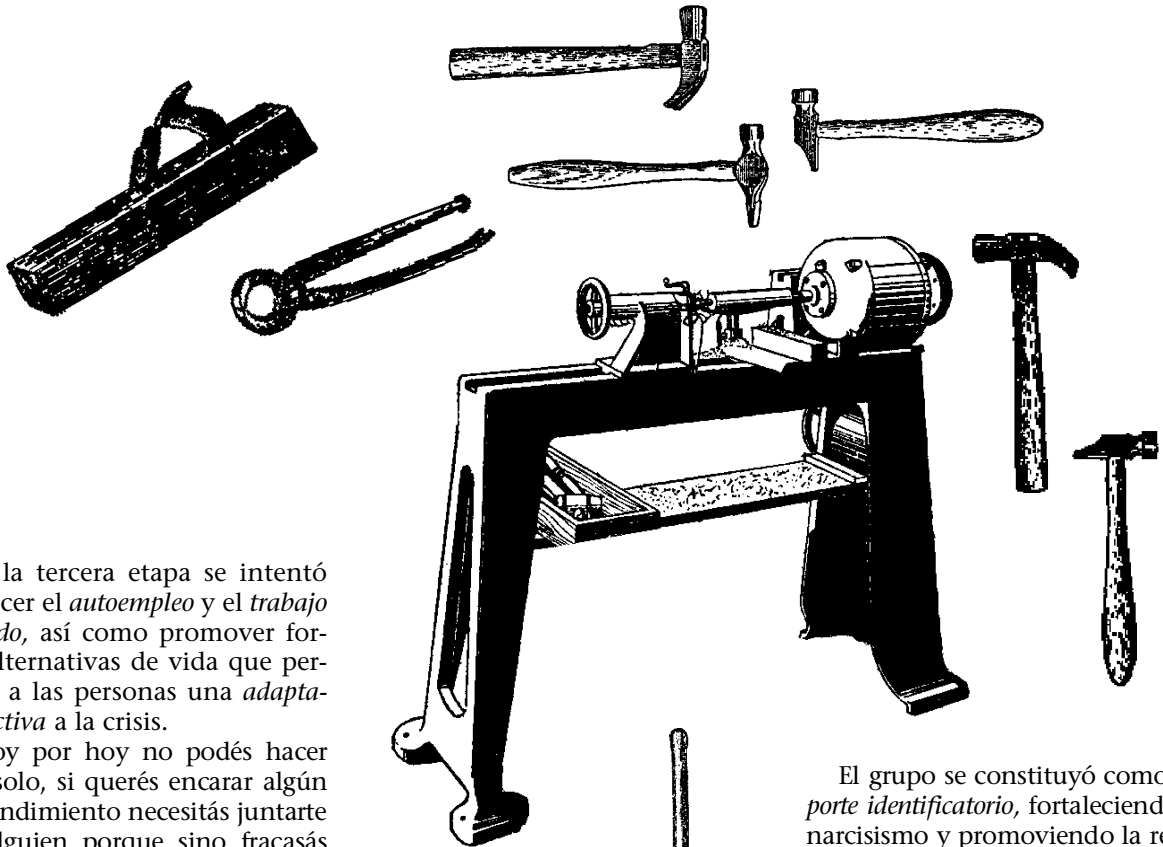
"Nos quieren hacer creer que no servimos para nada pero la culpa es de quienes nos gobiernan que no nos dan oportunidades de trabajar" (Norma, 55 años).

Miguel dice: "cuando llegué al grupo estaba mal, ahora que estoy mejor puedo salir a buscar trabajo aunque sé con lo que me puedo encontrar". "Yo antes me culpaba mucho, como cuando das mal un examen en el colegio; ahora no, no podés confiar en nadie, recién lo estoy empezando a procesar" (dice Cristina). Susana (43 años): "uno nunca cae del todo, es por hacerse la cabeza todo el tiempo que una está así, obsesionada, pero una vez que encontrás algo, salís del fondo".

Como mencionamos antes, uno de los aspectos del proceso de desculpabilización consiste en darse cuenta de la dimensión social del problema individual. Otro aspecto importante de este proceso es reconocer las características del trabajo no sólo como fuente de ingresos sino a nivel de los intercambios sociales que provee y la posibilidad de recuperarlos(17). En los varones, esta pérdida es vivida como trauma debido a la imagen valorativa del trabajo ligada a la masculinidad y al poder(10).

En esta etapa de trabajo también la resolución de conflictos que pudieran actuar como obstáculos a la *empleabilidad* de las personas. Inés cuenta que "el otro día fui a la feria del trueque, ahí se te ocurren cosas para hacer. Se te prende la lamparita para hacer cosas que se pueden vender". Susana dice: "siento que algo comenzó a ponerse en movimiento, estuve terminando unas artesanías que había dejado hace mucho tiempo." Otro integrante del grupo (Norma) refiere que "en los momentos que yo estaba mal y que se venía todo abajo, lo único que podía prestar atención era el canal de cocina de la tele. Ahora, empecé a cocinar de nuevo, a pesar de que no tengo los implementos de cocina que tenía antes. Cocinar me da placer, lo descubrí ahora".

El trabajo grupal permitió redescubrir habilidades y capacidades que se encontraban inmovilizadas, producto de la crisis de desempleo.



En la tercera etapa se intentó favorecer el *autoempleo* y el *trabajo asociado*, así como promover formas alternativas de vida que permitan a las personas una *adaptación activa* a la crisis.

"Hoy por hoy no podés hacer nada solo, si querés encarar algún emprendimiento necesitás juntarte con alguien porque sino fracasás seguro" (Raúl, 36 años).

Maricarmen (de 62 años) plantea: "¿Por qué no creamos una empresa de limpieza o de comidas? Somos un montón, podemos hacerlo; sólo nos falta organizarnos y pensar en brindar algún servicio original." "Cuando llegamos al grupo venía cada uno solitario y ahora pensamos en hacer cosas juntos. Yo quiero centralizar este espíritu en una actividad comunitaria. Yo pensé en hacer una huerta" (Raúl).

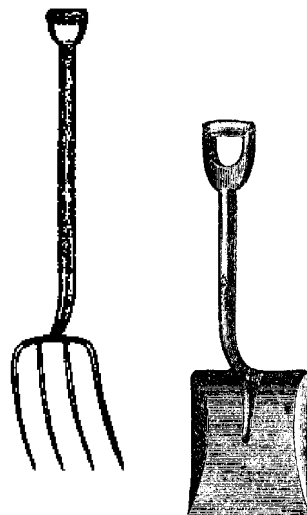
## Conclusiones

El objetivo general del grupo fue ampliamente cumplido: prevenir el daño social a partir de la conformación del grupo como espacio de contención, reflexión y generación de alternativas. El grupo funcionó recomponiendo el tejido social a niveles de una micro red capaz de dar respuesta a problemáticas individuales y sociales y de vincularse en niveles superiores como dispositivo apropiado para las personas afectadas por el desempleo. En palabras de Susana, el grupo funcionó "como un lugar de encuentro para nosotros, más allá de la necesidad".

El grupo se constituyó como *soprote identificador*, fortaleciendo el narcisismo y promoviendo la reflexión de vivencias subjetivas articuladas a representaciones colectivas. Respecto a este punto, una de las controversias que generan estos grupos es la cristalización de seudoidentidades, el "soy desempleado" o "soy fóbico". La identificación común en muchos casos genera alivio y es el primer paso en la constitución de estos grupos, pero puede ser alienante e impedir reflexiones ulteriores sobre la propia subjetividad(25).

El grupo se desplazaba hacia la expresión de *aspectos regresivos*, en especial rasgos depresivos que obstaculizaban la tarea y contribuían al contagio de la patología. La coordinación intervenía intentando inmovilizar los aspectos regresivos, reconduciendo la actividad al aquí y ahora del grupo, trabajando con las funciones del yo conservadas y concentradas en la tarea grupal. Se enfatizaba la importancia del grupo, sus potencialidades como espacio "distinto y propio" del afuera hacia la búsqueda permanente de recursos que permitan una salida a la situación actual.

Se trabajó con insistencia en el proceso de *desestigmatización* y *desculpabilización*. La comprensión y reflexión de los alcances so-



ciales del desempleo y las repercusiones en la experiencia individual son un aspecto fundamental del desarrollo del grupo. Surgieron interrogantes acerca de la dificultad de trabajar de manera autónoma o capacitarse en un trabajo distinto al "trabajo en relación de dependencia" con las connotaciones paternalistas del caso. Silvia dice: "yo era facturista, siempre trabajé en relación de dependencia y no me puedo imaginar otro tipo de trabajo, no podría hacer algo por mi cuenta, vender o algo así". Miguel: "cuando trabajaba en la fábrica vendía productos de limpieza también y era un extra. Pero ahora no puedo pasar por la fábrica, vivo a tres cuadras. Antes escuchaba la sirena y me iba para allá, no me daba cuenta que me habían despedido". Inés le sugiere a Miguel vender unos productos de limpieza que adquirió para racionar y él acepta. Finalmente Miguel no concurre a las reuniones siguientes. Silvia no participó de los proyectos existentes. La pérdida del empleo es una experiencia traumática, produce paralización y desconcierto en el sentimiento de identidad y en los proyectos vitales.

Algunos participantes, por sus características personales(22), complicaban el funcionamiento grupal. La coordinación mantuvo reuniones separadamente con los "casos-problema"; algunos monopolistas de la coordinación y un participante que concurría sin

comprometerse, una vez que fue interpelado por el propio grupo reaccionó conspirativamente y no volvió a concurrir. La admisión al grupo aunque siempre estuvo abierta fue haciéndose más restringida.

Al comienzo de las actividades, la movilización que produjo *el grupo en la institución SOL* se tradujo en demandas aisladas de "contención" por parte de los agentes, también en intromisiones perturbadoras del encuadre que dificultaban la tarea grupal (véase nota 2). Durante el desarrollo del trabajo se redefinieron pautas de funcionamiento, el SOL ocupó funciones como articulador y gestión de proyectos que surgieran del grupo; así facilitó material bibliográfico, puso a disposición el capital social de la institución y se constituyó en un nexo importante con los participantes una vez que las actividades hubieran concluido.

De acuerdo con lo propuesto por Pichon-Rivière sobre el grupo operativo, el proceso grupal atraviesa tres instancias; pre-tarea, tarea y proyecto(20). Esta última etapa consistió en elaborar y planificar estrategias para intervenir en situaciones vitales que permitan una adaptación activa a la crisis.

De este modo, surgieron en el grupo dos *proyectos* que implican trabajo asociado: uno, de Producción de comidas artesanales y, otro, de Huerta orgánica. Otro grupo de participantes estaba trabajando en un proyecto de Abuelas sustitutas ■

## Referencias bibliográficas

1. Aguilar E., *La desocupación: algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales*. Reproducción digital de Psiconet. Foros temáticos, 1996
2. Beccaria L y López N., Reconversión productiva y empleo en Argentina. En *Estudios del Trabajo* 7, 1994
3. Bernard M, Chagel R, Edelman L, Guthman M, Kordon D, L'Hoste, M y Segoviano M., *Conflictos actuales para la conformación de grupos terapéuticos*. Red Informática FLAPAG, 1996
4. Burin D, Karl Y y Levin L., *Hacia una gestión participativa y eficaz*. Ed. Ciccus, Buenos Aires, 1998
5. CENOC., Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil. *Hagamos un proyecto comunitario. Diagnóstico*. Secretaría de Desarrollo Social, 1997
6. CENOC., Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil. *Hagamos un proyecto comunitario. Programación, Ejecución, Evaluación*. Secretaría de Desarrollo Social, 1997
7. Dellarossa A., *Grupos de reflexión*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979
8. Edelman L y Kordon D., Algunos aspectos de la práctica y la teoría de los grupos de reflexión. En *Rev. de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, N° 17. 1994
9. FUNDAIH, Desocupación: individuo, familia y sociedad. En *Rev. FUNDAIH* 7, 1995
10. Galli V y Malfé V., Desocupación, identidad y salud. En *Sin trabajo*, Ed. UNICEF Losada, Buenos Aires, 1996
11. García D., *El grupo. Métodos y técnicas participativas*. Ed. Espacio, Buenos Aires, 1997
12. Gili E y O Donnell P., *El Juego. Técnicas lúdicas en psicoterapia grupal de adultos*. Editorial Gedisa, Barcelona, 1996
13. Grinberg L, Langer M y Rodríguez E., *Los grupos especiales*. En *Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico*. Ed. Paidós, 1 Edición, Buenos Aires, 1957
14. Grinberg L; Langer M y Rodríguez E., *El grupo psicológico. Su aplicación a la terapia, enseñanza e investigación*. Ed. Nova, Buenos Aires, 1960
15. Jahoda M., *Employment and unemployment. A social-psychological analysis*, Cambridge. Cambridge University Press. 1982
16. Kessler G., Algunas implicancias de la experiencia de desocupación para el individuo y su familia. En *Sin trabajo*, Ed. UNICEF Losada, Buenos Aires, 1996
17. Matrajt M., *Estudios en salud mental ocupacional*. Taller Abierto, México, 1994
18. Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M., *Desarrollo a escala humana*. Montevideo. Ed. Norman Comunidad. 1987.
19. Monza A. La situación ocupacional en Argentina. Diagnóstico y perspectiva, en: Minujín A. (Ed.). *Desigualdad y Exclusión*, 1993
20. Pichon-Rivière E., *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985
21. PROGRAMA SOL., *Servicios de articulación para el trabajo como políticas sociales integradas en redes de consejos sociales locales*. Documento mimeografiado, 1997
22. Puget J, Bernard M, Games Chaves G y Romano E., *El grupo y sus configuraciones. Terapia psicoanalítica*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1991
23. Vargas L y Bustillos de N. G., *Técnicas participativas para la educación popular*. S. J. de Costa Rica. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, 1984
24. Yalom Y., *The theory and practice of group psychotherapy*, Basic Books, New York, 1985
25. Zukerfeld R., *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Paidós, Buenos Aires, 1996

# Cambio psíquico en pacientes esquizofrénicos en tratamiento grupal

**Marcela Amenta**

*Psicóloga Clínica. Coordinadora del Equipo de Psicoterapia Grupal, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J.T. Borda", GCBA.*

**Mercedes Campi**

*Médica Psiquiatra. Miembro del Equipo de Psicoterapia Grupal, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J.T.Borda", GCBA.*

**Aníbal Goldchluk**

*Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J.T.Borda", GCBA.*

**Fernando Postare**

*Médico Psiquiatra. Jefe de Sección, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J.T.Borda", GCBA.*

**Erica Hamuy - Verónica Villar**

*Psicóloga Clínica. Miembro del Equipo de Psicoterapia Grupal, Servicio de Consultorios Externos, Hospital "J.T.Borda", GCBA.*

## Introducción

Desde el año 1998, en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Borda estamos realizando una experiencia clínica que consiste en el tratamiento grupal de pacientes esquizofrénicos. Como dijéramos en un artículo anterior(1) entre el 20 y el 30 % de los pacientes que allí se atienden presentan el diagnóstico de esquizofrenia o psicosis relacionadas. Es sabido que el tratamiento farmacológico de ellos resulta muy eficaz en el alivio de los síntomas psicóticos; sin embargo es controvertida su eficacia sobre otros dominios de la enfermedad(2, 3). En nuestra experiencia, la mayor parte de este numeroso grupo de pacientes estaba siendo tratada en forma exclusivamente farmacológica; desestimando por

lo tanto el uso de otros recursos que pudieran mejorar otras dimensiones de la enfermedad. Este problema parece ser similar al del tratamiento de la esquizofrenia en otros centros(4).

El primer observable que advertimos es que los pacientes tenían una alta adhesión al dispositivo –a juzgar por: alto índice de presentismo, muy bajos niveles de deserción y una alta satisfacción– evaluado por una encuesta de satisfacción especialmente diseñada para medirlo(1). Esto que puede parecer obvio, resulta en verdad llamativo. Por un lado una de las características que se adjudican a las personas que padecen esquizofrenia es su dificultad en la obtención y el mantenimiento de los vínculos sociales. Por otro lado, en el caso particular de nuestros pacientes, ellos pertenecen a sectores de muy bajos

---

## Resumen

EL objetivo de este trabajo es examinar el cambio psíquico producido en pacientes esquizofrénicos y otras psicosis relacionadas, a través de un tratamiento grupal ambulatorio en una institución psiquiátrica pública. Un total de 96 pacientes con estas características fueron incorporados a grupos terapéuticos desde el año 1998 en adelante. En el año 2000, 62 de ellos fueron encuestados, usando como instrumento una entrevista especialmente diseñada para tal fin, con el objetivo de investigar los cambios que los pacientes reconocían haber logrado a partir de este tratamiento. Los resultados obtenidos fueron, por un lado, la alta valoración del dispositivo grupal, y por otro que las categorías operacionales más valoradas fueron la facilitación de los vínculos interpersonales, la valorización del escuchar y ser escuchado, el reconocimiento de mejoría y el reconocimiento de lo propio en el otro. A partir de estos hallazgos se postulan los mecanismos propios de estos dispositivos grupales para el logro de los cambios. Como conclusión, el tratamiento grupal en pacientes esquizofrénicos y psicosis relacionadas resulta útil para producir cambios psíquicos de una cualidad diferente a la lograda con los psicofármacos.

**Palabras clave:** Tratamiento grupal – Esquizofrenia – Cambio psíquico – Rehabilitación.

## PSYCHIC CHANGE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS PRODUCED GROUP THERAPY

### Summary

The objective of this paper is to analyze the effectiveness of group therapy to produce psychic change in patients with schizophrenia and other related psychosis. The experience took place in a Public Psychiatric Hospital. It involved 96 patients with this condition who entered different groups from 1998 up to the present. During the year 2000, 66 of them were asked to answer a questionnaire especially designed to investigate the changes that they thought they had gone through during this treatment. On one hand, the results show the high valorization of the group appliance, while on the other hand the most valued operational categories were the facilitation of interpersonal links, the valorization of listening and being listened, the recognition of improvement and the recognition of one's own characteristics in the other person. On account of these discoveries, the mechanisms of these group appliances to produce such changes are postulated. In conclusion, group treatment for schizophrenic patients and related psychosis turns out to be useful for producing psychic changes different from those achieved with psychopharmacological agents.

**Key Words:** Group Therapy – Schizophrenia – Psychic Change – Rehabilitation.

**Cuadro 1. Evolución de la experiencia**

	1998	1999	2000	2001
Grupos Terapéuticos	5	8	8	11
Grupos T. Corporal	-	-	2	2
Nº Pacientes	41	64	66	96
Abordaje Familiar	Multifamiliar	Multifamiliar Psicoeduc.	Multifamiliar Psicoeduc.	Multifamiliar Psicoeduc.
Índice de Abandonos	9,7 %	1.8%	1.6%	
Presentismo	-	90%	80%	83%
Internaciones	1	1	1	3
Investigaciones	Cuantitativo Satisfacción Usuario	Cuali / Cuanti Según Profesionales	Cualitativo según Pacientes	Explicativo <i>Porqué el Cambio</i>

recursos y deben costearse sus viáticos hasta el hospital, muchas veces proviniendo de áreas geográficas apartadas del mismo. Entonces el primer hallazgo clínico del alto presentismo nos hizo pensar que este dispositivo grupal puesto en marcha tenía una original eficacia y adhesión entre los pacientes que padecen esta patología(5).

Constatado esto, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Qué cambios clínicos específicos se producen en los pacientes esquizofrénicos en tratamiento grupal?(5); ¿Cuáles son los mecanismos propios del dispositivo que los producen?(6).

Este trabajo desarrollará:

- La evolución de la experiencia.
- Los resultados de un estudio cuali-cuantitativo sobre los cambios clínicos.
- Nuestras conclusiones acerca de los mecanismos de cambio.

### **Evolución de la experiencia**

A partir de 1998 pusimos en marcha grupos de tratamiento, coordinados por un médico psiquiatra y un psicólogo grupalista, conformados por 5 a 12 pacientes. La prescripción de la medicación se resuelve en los últimos minutos de la sesión, las sesiones son de una hora de duración, con una frecuencia semanal o quincenal.

La tabla 1 muestra el crecimiento de los grupos terapéuticos así como los pacientes enrolados, y la incorporación de dispositivos complementarios que tuvimos necesidad de poner en marcha a raíz de efectos clínicos producidos por los grupos. Así por ejemplo, la reunión multifamiliar y el espacio familiar con orientación psicoeducacional fue una respuesta a las constantes demandas de los familiares respecto de la evolución de los pacientes, y coincidió con nuestro criterio de incluir a los familiares en el dispositivo asistencial para personas tan dependientes de su entorno. El espacio de terapia corporal, a su vez, tuvo por finalidad incorporar una respuesta terapéu-

tica específica vinculada con la particular representación del cuerpo en la psicosis. Véase también en la tabla la escasa deserción, el alto presentismo y un bajo porcentual de internaciones.

Toda esta experiencia cuenta desde el inicio con una reunión semanal, en la cual participaban todos los terapeutas del equipo. En esta reunión se cumplen funciones de monitoreo, supervisión, intercambio y determinación del tema anual de investigación. También resultó sorprendente para nosotros la alta adhesión que convocó este espacio, la participación, su perdurabilidad a lo largo de 5 años y su crecimiento en este período. Colegimos que esta reunión ofrece un ámbito apropiado para reflexionar sobre la experiencia, aprender nuevas habilidades en el manejo de los grupos tomando los ejemplos vertidos y brindar una continencia grupal para los efectos de las psicosis y del manicomio sobre cada uno de los terapeutas. Concluimos que esta reunión es imprescindible para poner en marcha un dispositivo de estas características.

### **Resultados de un estudio cuali-cuantitativo sobre los cambios clínicos observados**

#### *Cambio subjetivo*

La noción de cambio psíquico es una de esas ideas que parecen fácilmente comprensibles pero que provocan una serie de complicaciones cuando uno se dispone a definirla. En el uso corriente decimos que una persona cambió cuando sus patrones de reacción hacia estímulos semejantes, sus actitudes motivacionales, están distintas al modo en que se lo identificaba previamente. Es de suponer que este tipo de cambios observables, corresponden –cuando son permanentes– a modificaciones en la estructura subjetiva: a cambios en sus modalidades defensivas, y a cambios de la capacidad de integración.

A partir de la mera impresión clínica, fuimos observando que los pacientes presentaban cambios po-

sitivos. A la vez pensamos que estos cambios observados produjeron una realimentación positiva de la experiencia. De hecho, el Equipo Terapéutico Grupal de Esquizofrenia mantiene un desempeño constante y ascendente a lo largo ya de 5 años, lo cual constituye, por muchas razones, una experiencia inusual en nuestro medio(1).

Queremos ser claros en la idea de lo que es para nosotros el cambio psíquico como consecuencia del tratamiento grupal. Para ello comentaremos dos ejemplos clínicos:

Un paciente concurría al hospital absolutamente desaliñado; llamaba la atención en los pasillos por su aspecto desprolijo y hasta bizarro. A lo largo del trabajo en grupo, sus compañeros le fueron ofreciendo recursos para mejorar su aspecto personal. Desde comentarios críticos o valorizaciones cuando estaba mejor hasta llevarle elementos de higiene. El resultado fue que el paciente mejoró notablemente su aspecto personal. Es esto lo que llamamos la expresión en el comportamiento de un cambio psíquico: un cambio en sus conductas de acicalamiento, las que están basadas en una mayor integración de las áreas mente-cuerpo, organismo-cuerpo, cuerpo y otro social. Ello como efecto de intervenciones de sus pares en el marco del dispositivo grupal. Otorgamos especificidad a esta intervención en contraste con lo que podrían ser los efectos terapéuticos farmacológicos.

Otro paciente vivía en las calles, se dormía durante las sesiones grupales. Luego de tres años de tratamiento, cambió su participación en el grupo, no duerme ya durante las sesiones, se implica y participa. Consiguió un lugar donde vivir, y pudo transformar su deambular en la calle en un trabajo organizado de venta ambulante. Valen para este paciente las mismas consideraciones que hicimos en el ejemplo anterior, también en este caso sus compañeros le hacían notar su falta de arreglo, el que se durmiera, y lo estimulaban para expresarse dentro del grupo, y llegaron a ofrecerle lavarle la ropa como medida de cuidado. También aquí observamos un



cambio psíquico el cual se mantiene hasta hoy, efecto distinto al alcanzable a través de la medicación, y que podemos describir como una "egodistonización" de las conductas estereotipadas en la esquizofrenia.

Nuestro problema era como llevar esta mera impresión clínica a datos más objetivables y transmisibles, además de verificar que dichos cambios observados por nosotros coincidieran con el registro personal de los pacientes acerca de sí mismos.

Debemos decir que los cambios a los que hacemos referencia no siempre estaban vinculados con los síntomas positivos de la enfermedad. Tenemos la idea de que los Grupos Terapéuticos (GT) tienen una escasa capacidad de modificación de la sintomatología productiva cuando están presentes en la experiencia de un paciente. Sin embargo, sí actúan sobre componentes secundarios de estos fenómenos, como son su contención, la atenuación de su vigor, y la disminución del refuerzo que produce el estrés interpersonal. Los GT demuestran mayor acción en aquellas dimensiones clínicas de la esquizofrenia en las cuales los psicofármacos tienen una eficacia más controvertida. Es decir aquellos que podrían agruparse bajo los síntomas negativos y/o de psicopatología general(7), tales como: retraimiento social, apatía, embotamiento afectivo, pensamiento estereotipado, fluidez en la conversación, pobreza de contacto, y de psicopatología general: ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos, falta de cooperación, depresión, desorientación, falta de atención, falta de juicio y trastorno de la voluntad.

En el año 2001 nos propusimos constatar si los cambios observados por nuestro equipo coincidían con los cambios experimentados por los propios pacientes. Dado que este fue el objetivo, decidimos utilizar métodos de investigación cuali y cuantitativos.

Mientras el cuantitativo se basa en escalas y tablas; y se dirige a la medición de variables objetivas; el otro apunta a la experiencia de los propios sujetos, actores de la realidad(8) (véase Cuadro 2).

**Cuadro 2. Metodos de Investigación****Método Cuantitativo**

- *Positivismo lógico*: "busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos".
- Medición profunda, aguda y controlada.
- Objetivo.
- Orientado a la comprobación, confirmación, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo.
- Orientado al resultado.
- Fiable: datos y repetibles.
- Asume una realidad estable.

**Método Cualitativo**

- *Fenomenología y comprensión*: interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.
- Observación naturalista y sin control.
- Subjetivo.
- Orientado a los descubrimientos exploratorios, descriptivo e inductivo.
- Orientado al proceso.
- Válido: datos reales, ricos y profundos.
- Asume una realidad dinámica.

**Metodología**

Se realizaron 66 entrevistas grabadas de acuerdo con el modelo de entrevista que puede observarse en el Cuadro N° 3. La toma de las mismas estuvo a cargo de profesionales del Equipo, no siendo éstos los terapeutas tratantes.

Analizando el material, nos propusimos establecer una clasificación de los testimonios según las argumentaciones.

El primer paso del análisis fue extraer de los diferentes testimonios argumentos claves que agrupan los diferentes modos de enunciar unidades temáticas. A estos argumentos claves los llamamos categorías operacionales y esto constituye el aspecto cualitativo de la metodología.

Una vez definidas las categorías operacionales, determinamos con qué frecuencia ellas aparecían en los testimonios de los pacientes, lo cual conforma el aspecto cuantitativo de la metodología.

En un tercer paso, procedimos al entrecruzamiento de datos para investigar si cada categoría operacional correlacionaba con la frecuencia de sesiones, tiempo de tratamiento y constitución de los grupos. De hecho, los diferentes grupos no eran homogé-

neos: estaban integrados por pacientes con diferentes etapas de evolución, grado de deterioro y recursos yoicos (englobando con esto defecto, capacidad elaborativa, iniciativa e integración social)

A continuación definiremos las categorías operacionales determinadas.

*Facilitación de vínculos interpersonales*, refiere a todos aquellos enunciados que hacen mención de inicio, o mejoría en las relaciones interpersonales, con pares, familiares u otros.

- "Me ayuda a expresarme más lo que siento y todo... me ayuda a hablar con la gente normal, los amigos del barrio... A relacionarme más con la gente normal".
- "El grupo me ayuda a entenderme con otras personas y yo los entiendo a ellos y ellos me entienden a mí".

*Reconocimiento de mejoría*: alude a una serie de enunciados de superación de momentos anteriores, en los cuales, con o sin conciencia, padeció fenómenos desorganizativos psicóticos y/ o estados anímicos probablemente depresivos o ansiosos con escasa autoestima.

**Cuadro 3. Modelo de entrevista semidirigida****Entrevista tipo**

Apellido y Nombre:

Historia Clínica N°:

Edad:

Grupo:

1. Desde (fecha) usted está realizando un tratamiento grupal ¿Cómo le está yendo en esta experiencia?
2. Nos interesa conocer. ¿Qué beneficios o cambios positivos ha encontrado a partir del tratamiento grupal?
3. ¿Qué dificultades o aspectos negativos encuentra en este tipo de tratamiento?
4. Anteriormente usted ha realizado tratamientos individuales, y desde (fecha) un tratamiento grupal. ¿Qué diferencias encuentra entre uno y otro? ¿En qué le sirvió uno y otro?
5. ¿Quisiera agregar algo más?

- “Se me fue bastante el perseguiamiento en el grupo”.
- “Estoy menos deprimido”.
- “Tengo más seguridad en mi misma”.
- “Parece que puedo hablar mejor ante los demás”
- “... Hablar un poco más frente a la gente”.

*Valorización del escuchar y ser escuchado:* referencias a una serie de enunciados que aluden al valor de la expresión verbal, no sólo en su dimensión de comunicación, sino en su función de manifestación de la subjetividad y de la modificación que la subjetividad es capaz de lograr a partir de la palabra del otro.

- “El hablar me hace cambiar las ideas”.
- “Grupal es poder integrar más posibilidades de intercambiar con los demás e intercambiar pensamientos”.
- “En el grupo puedo intercambiar ideas, puedo ayudar intercambiando ideas, como me pueden ayudar a intercambiar ideas.”

*Reconocimiento de lo propio en el otro:* alude a una serie de enunciados, en los cuales se hace referencia a características propias encontradas en el otro. Este es un punto particularmente significativo en las psicosis, dado que trae como consecuencia un incremento en el *insight* y alivia la experiencia de sentir que los síntomas psicóticos son personales y únicos.

- “Se escuchan otras experiencias, otras vivencias y yo las comparo con las mías.”
- “Escucho que las cosas que me pasan a mí no me pasan a mí solamente, sino que le pasan a los demás, experiencias similares”.

*Autonomía:* alude a los enunciados que refieren al comienzo de una actividad nueva, y a necesitar menos la función organizativa del otro para realizar actividades cotidianas.

- “Yo empecé a trabajar, por ejemplo apenas estuve en el grupo, me rehabilité en la sociedad y en el trabajo”.



*Valorización del tratamiento combinado:* alude a enunciados que refieren a apreciaciones de la modalidad de atención en forma conjunta en coterapia médico psiquiatra-psicólogo.

- “Hay más charla, más atención. Atención siempre me tuvo el doctor, pero es más... socialismo”.
- “Yo antes me atendía con el doctor nomás y charlábamos 15 minutos, en cambio tenemos una hora y se charlan muchas cosas, cosa que no se hace con el médico cuando te atiende solo”.

**Características negativas:**

*Frasas que aluden a una serie de enunciados que califican negativamente la experiencia grupal.* Tales como las que refieren a la añoranza de una relación diádica con el médico o al sentimiento de intromisión que representa estar con otro,

- “Me gustaba más cuando venía solo... era más cómodo. No sé, en grupo demasiada gente”.
- “Siento más cómodo en individual, no puedo controlar todo en el grupo”.
- “Es mucho lo que hablan los pacientes, yo no puedo hablar así tanto como ellos”.

A nuestro juicio estos comentarios negativos constituyen un síntoma de la patología. Si bien los hemos tomado en cuenta, no determinaron para nosotros la exclusión de un paciente del grupo, al contrario conforman un objetivo terapéutico a lograr con estos pacientes.

Luego de cinco años de tratamiento aquellos pacientes que enunciaron estas categorías negativas continúan en los grupos; es decir estas categorías no parecen predictoras de adhesión al dispositivo. En cambio otros que calificaron positivamente la experiencia la abandonaron.

La frecuencia de aparición que encontramos en estas categorías operacionales se detallan en el cuadro 4.



**Cuadro 4. Porcentajes de las categorías operacionales****Entrevista tipo**

• Facilitación de vínculos interpersonales (Pares 42%, Afuera 22%, Familia 15%)	79 %
• Reconocimiento de mejoría	63%
• Valorización del escuchar y ser escuchado	62%
• Reconocimiento de lo propio en el otro:	42%
• Autonomía:	29%
• Valoración del tratamiento combinado:	25%
• Aspectos negativos:	5%

**Conclusiones del Estudio Cualitativo**

Una primera sorpresa del trabajo fue que habiendo formulado una pregunta abierta, las respuestas coincidían en argumentaciones similares, las que hemos descripto más arriba. Lo que podría ser predecible, probablemente influido por nuestros propios prejuicios sobre la enfermedad, es que ante preguntas abiertas obtuviéramos un alto índice de respuestas disgregadas, idiosincrásicas o tangenciales; y que por lo tanto fuera muy difícil establecer categorías operacionales preponderantes.

Por otro lado, también fue sorprendente el hecho de que el 95% registraran cambios positivos a partir del tratamiento grupal; lo cual ratificaba la valoración positiva que otorgaban al dispositivo. Las mejoras reconocidas aluden a dimensiones clínicas afectadas por la esquizofrenia como la dificultad de estar con otros, la falta de *insight*.

No encontramos respuestas que hagan referencia a la reducción de los síntomas positivos: ningún paciente hace mención a sus alucinaciones o a sus delirios como aquello que había sufrido una modificación durante el tratamiento.

En cambio hay una alta *valoración del escuchar y ser escuchado* como instrumento de modificación.

Relacionando el alto *reconocimiento de mejoría*, la alta prevalencia de argumentos vinculados con el beneficio de estar con otros, la baja deserción y el alto presentismo inferimos una alta valoración del dispositivo grupal.

Otras de las categorías con alta prevalencia fueron *reconocimiento de lo propio en el otro y vínculos con pares*, siendo ambas específicas de los dispositivos grupales, lo que favorece el desarrollo de vínculos fuera del espacio terapéutico grupal y su autonomía.

Encontramos la tendencia a una mayor valoración de cambio en aquellos sujetos con mayores recursos yoicos.

Si bien, desde el punto de vista de los pacientes la frecuencia de sesiones no incide en el registro de cambio, desde los profesionales la mayor frecuencia influye en la facilitación del entramado grupal y las posibilidades de elaboración.

**C. Nuestras conclusiones acerca de los mecanismos de cambio**

El hecho de que los resultados confirmaran nuestra impresión clínica, nos llevó a tratar de establecer cuáles eran los mecanismos propios del dispositivo grupal que posibilitaron los cambios.

Abordar esto nos enfrentó con un desafío conceptual complejo. Utilizamos términos y conceptos que reconocen diversas fuentes y orígenes. El uso de los mismos obedece a la necesidad de recurrir a los términos que mejor explican la situación a describir. Esto no implica adhesión excluyente a ninguna de las escuelas o teorías existentes. El criterio científico es integrar las diversas herramientas y marcos conceptuales.

Diversos autores se han ocupado de dilucidar precisamente cuáles son los mecanismos de cambio que justifican los efectos terapéuticos producidos en los grupos.

Así, I. Yalom(9), define once factores operantes: instalación de esperanza, universalidad, impartir información, altruismo, recapitulación colectiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, aprendizaje interpersonal, cohesión grupal, catarsis y factores existenciales.

Estos factores son válidos tanto para grupos de pacientes psicóticos como para otros trastornos en general. La única precisión que propone para grupos de psicóticos es la oferta de mayor continencia de los síntomas de la enfermedad y de las vicisitudes que ellos producen en el área interpersonal.

Lucie Riou(10) comentando las actividades grupales que incluyen una tarea específica como objetivo, dice que facilita salir de la soledad, reditúa en la asignación de un lugar propio, obstaculiza la experiencia de la soledad frente al delirio, y que el psicótico aprende a negociar y discutir con otro. Para esta autora a través de estos talleres grupales se realiza un trabajo de restauración del orden simbólico.

Kanas(11) considera como objetivos de los GT con pacientes psicóticos adquirir estrategias para el afrontamiento de síntomas, mejorar las relaciones



interpersonales y focalizar en las problemáticas actuales. Él postula que los GT tienen ingredientes que son eficaces para conseguir estos objetivos. A partir de que el GT se desarrolla en un marco de seguridad y confianza, el hablar de las problemáticas actuales promueve un nivel de intercambio inédito para sujetos habitualmente aislados, y genera la posibilidad de improvisar nuevos modos de relación. Y al intercambiar sobre la experiencia de los síntomas se posibilitan nuevas formas de afrontamiento de los mismos. Kanas aclara que el paciente esquizofrénico puede hablar de estas experiencias con mayor confianza con aquellas personas que identifica como habiendo tenido experiencias similares a las de él.

E y P Lemoine(12) trabajaron con grupos pequeños, de no más de cuatro personas, con una perspectiva psicoanalítica psicodramática y valoraron el efecto terapéutico de la identificación y del lazo social que se logra mediante este dispositivo.

M. Mannoni(13) subrayó la función de alojamiento y extremó su argumento afirmando que las psicosis no tienen tanta necesidad de ser curadas sino de ser recibidas.

Dolores Rico Bodi(14) en un trabajo que desarrolla este tema específicamente citado, basándose en los factores terapéuticos des-

criptos por Yalom (ver más arriba), destaca que los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia preponderantemente son:

1. la cohesión grupal,
2. la facilitación del aprendizaje interpersonal,
3. la identificación con otros miembros del grupo o con los terapeutas,
4. la instalación de la esperanza.
5. el *Insight*.

Agrega que en los pacientes más estables y con mejor evolución, el *insight* puede ser un factor tan provechoso como en los grupos de pacientes no psicóticos. En cambio los pacientes con menores recursos yoicos y menor número de sesiones de tratamiento valoran más la instalación de esperanza y la identificación.

Fernández Muñoz y otros, valoran que el grupo terapéutico promueve el placer de pensar en sujetos para los cuales el pensamiento es una causa de padecimiento(15).

Para nosotros los factores terapéuticos operantes en los grupos terapéuticos con pacientes esquizofrénicos son los siguientes:

1. el alojamiento,
2. la presencia de pares,
3. el soporte transferencial, y
4. la promoción de un orden simbólico inicial mínimo y confiable.

### 1. El Alojamiento

Hay consenso en que las psicosis tienen particular necesidad de ser recibidas. De allí los numerosos espacios que se habilitan en los dispositivos terapéuticos para cumplir con ello: talleres de trabajo, de arte, centros de día. Esto resulta una respuesta a la incapacidad del paciente psicótico para generarse sus propias redes sociales en razón del trastorno que padece y de hecho contrarresta los fenómenos de exclusión social que el ser psicótico conlleva.

Ahora bien, ¿qué forma de alojamiento peculiariza a los GT? El alojamiento en un espacio de palabra. Se trata de un espacio que valora lo que el paciente psicótico dice y está atento al sentido que porta. Esto produce un efecto de narcisización en un sujeto en el cual esta función unificadora está comprometida.

La otra dimensión del alojamiento es la que recibe a lo extraño. El efecto es la disminución de la reticencia y el ocultamiento. Por ejemplo pacientes con ideación paranoide después de un largo tiempo en el que son testigos de cómo otros pacientes hablan de su desconfianza se deciden a expresar los contenidos de desconfianza que le son propios.

El grupo le posibilita al paciente salir de su soledad, otorgándole un lugar donde pueda transitar su subjetividad y coexistir con otros.

### 2. La presencia de pares

Este factor tiene un alcance específico en los GT de pacientes esquizofrénicos. En la medida que este encuentro con otros es aprovechado adecuadamente por los terapeutas, el resultado es la posibilidad de discriminación yo-no yo y la adquisición de habilidades sociales. Los pacientes obtienen capacidades como: saludarse, reconocerse, recordar el nombre de sus compañeros, en fin, todo lo que implica el reconocimiento de la alteridad. Esto contrarresta las insuficiencias que los síntomas negativos tales como el retraimiento y el desinterés promueven.

A la vez, el encuentro entre pares produce un efecto muy sorprendente y particular de estos grupos como es el hecho de que cada paciente reconoce lo psicótico (alucinaciones, delirios, autoreferencias) en un compañero, siendo que por la falta de *insight* no lo reconoce en sí mismo. Un paciente del grupo lo dijo claramente: "Hasta los 37 años no supe que había otros que les pasaba lo mismo que a mí" (refiriendo a sus alucinaciones y a sus ideas persecutorias).

El efecto de este mecanismo es una identificación: un "a mí me pasa lo mismo". Para nosotros esto tiene el valor no solo de mejorar el *insight*, sino que representa la puerta de entrada a un "nosotros", germen de un lazo social.

En esto vemos que estos grupos son diferentes a otros grupos monosintomáticos donde la identidad con el síntoma (alcohólicos, anoréxicos, adictos) es previa a la incorporación al grupo. Acá el "*Moi aussi*" (yo también)(16) se constituye como un efecto del trabajo del grupo. Este momento de constitución del "*Moi aussi*" es un momento del tratamiento que lue-

go debe dar lugar a la aparición de la singularidad basada en la propia historia.

No solo se comparten las experiencias sintomáticas sino las diversas vicisitudes por las cuales transita un paciente psicótico: internaciones, exclusión social, vulnerabilidad al estrés, exacerbaciones; la dependencia de los familiares-sostenes cuya pérdida se vive como causa de incertidumbre, así como compartir la dificultad del acercamiento al otro sexo y el manejo del dinero.

El encuentro con pares y el compartir las experiencias, produce un efecto identificatorio; se van adquiriendo habilidades en el afrontamiento de cuestiones de la vida diaria. Un paciente, quien vivía con su madre y no salía de su habitación, mantuvo una actitud reticente en su grupo a lo largo de un año; otro ponderaba los beneficios de las caminatas y las salidas al aire libre. El primero parecía estar encerrado en su mundo paranoico y escuchaba estas expresiones sin comentarios. Tiempo después los coordinadores se enteraron que ya desde hacia algún tiempo, el paciente reticente salía diariamente de su casa a realizar caminatas. Del mismo modo, al tiempo de escuchar a una compañera hablar con frecuencia de los conflictos que ella tenía con su madre, él, identificado con este aspecto de su compañera, comenzó a hablar de su propia conflictiva con su madre. Esto tomó especial valor para nosotros en tanto teníamos la experiencia de estar con alguien cuya reticencia lo convertía en impenetrable.

### 3. El Soporte Transferencial

El grupo ofrece un mayor soporte transferencial. Las transferencias se despliegan sobre los objetos ofrecidos, coordinadores, pares, e institución. La variedad objetal permite que lo masivo, fragmentado y escindido de las psicosis tenga distintos depositarios, posibilitando el trabajo terapéutico. Así es como las crisis bajo este entramado transferencial no tienen las mismas características que aquellas bajo tratamiento farmacológico exclusivamente. Integrar un grupo da la posibilidad de presenciar desestabilizaciones y mejorías en otros compañeros, encontrarse con la idea de que es posible superar las crisis, trabajar sobre el lugar de la medicación, el abandono de la misma y sus consecuencias, la experiencia de las internaciones y distintos recursos para aliviar el padecimiento. Así es como se amplía el caudal representacional y se va consolidando un espacio de mayor sostén. El ser testigo del especial abordaje que un terapeuta grupal hace de las expresiones de un integrante del grupo, ofrece sustratos identificatorios: la función analítica y los aspectos trabajados en la intervención.

Por otro lado, el trabajo en equipo y el contacto sostenido con los pacientes brinda otra posibilidad de intervención a los terapeutas. Hay un conocimiento más sutil del paciente en distintas dimensiones.

La clínica individual con pacientes graves es compleja. El problema "a solas" consiste en sentirse arrasado por la locura, lo fragmentado, lo masivo. El "a solas" vale tanto para el paciente como

para el terapeuta. La coordinación en coterapia ayuda también a compartir el peso de la psicosis. Se impone trabajar sobre los efectos de la locura sobre nosotros mismos. Se vuelve indispensable la constitución de un equipo clínico con capacidad crítica y solidaridad para sostener el fenómeno psicótico. Hacen falta varias espaldas para ello; de lo contrario surgen actitudes ya conocidas: aburrimiento, hastío, desaliento y hasta internaciones apresuradas. Se actúa la fragmentación del paciente. Este entramado identificatorio y transferencial y las posibilidades que se generan a partir del mismo fue valorado por un paciente en una frase: "En un tratamiento individual uno comenta un poco más de su intimidad, pero llega un momento en que eso se corta, en que la relación con el psicólogo se para; en cambio esto sigue, porque uno escucha cosas de otro y ahí va haciendo combinaciones".

#### **4. Construcción de un inicial orden simbólico confiable**

En las psicosis no existe la posibilidad de justificar las propias vidas a partir de leyes y mitos comunes, éstas son vivenciadas como imposiciones del otro para su satisfacción. Lo cual produce que se manejen con leyes singulares y propias.

El grupo permite construir reglas comunes, normas que nos afectan a todos por igual (no fumar, respetar horarios, avisos en caso de ausencias). Este encuadre da un sentido al intercambio entre los distintos individuos. Dicha construcción permite al paciente tener una posición frente a las mismas, siendo esto necesario para poder estar con otros. Posibilita la constitución de un inicial orden simbólico mínimo y confiable.

La historia del psicótico se caracteriza por la ausencia de un tercero significativo. La presencia de pares sirve como disparador para el trabajo con la terceridad en escena.

Aquello que está dañado en el funcionamiento psicótico es precisamente el código que regula el intercambio entre el yo y el otro, código que a su vez es el vínculo que liga a las personas entre sí.

#### **Conclusiones finales**

El tratamiento de la enfermedad esquizofrénica requiere de dispositivos asistenciales que incluyan diversos recursos terapéuticos que apunten a las diferentes dimensiones del trastorno. En nuestra experiencia, la puesta en marcha de un procedimiento grupal con esta población de pacientes ha demostrado capacidad para lograr la adhesión duradera tanto de los pacientes como de los profesionales que trabajan en ella. Esto resultó sorprendente en un medio como el nuestro influido ideológicamente por la alta valoración de las psicoterapias individuales. A la par

implicó una superación de una práctica corriente que consistía en tratar la esquizofrenia casi exclusivamente con psicofármacos.

Alrededor de este procedimiento grupal, se generó, por un lado, una creciente inclusión de pacientes, de nuevos grupos y de profesionales en la experiencia; y, por otro lado, la promoción de nuevas instancias que comenzaron a funcionar en red con los GT. Nos referimos a los grupos de familiares y a los de trabajo corporal.

Desde el punto de vista de la relación costo-beneficio, consideramos que este dispositivo es efectivo teniendo en cuenta la cantidad de horas profesionales asignadas, el número de pacientes y grupos familiares atendidos y los resultados y la satisfacción obtenidos.

Lo central de nuestra investigación consiste en que los GT fueron capaces de producir cambios subjetivos en los pacientes que eran observables por nosotros a nivel de la impresión clínica global y que pudieron ser registrados en los propios pacientes a partir de un método cuali-cuantitativo. Estos cambios se produjeron en dimensiones clínicas que no son accesibles a la medicación habitualmente empleada en la esquizofrenia. A la par, ratificaron la idea de que las relaciones sociales juegan un rol en la recuperación clínica global del paciente(17).

Nosotros creemos que este procedimiento es factible de ser implementado en otros ámbitos asistenciales que reciben un alto número de consultas de pacientes esquizofrénicos. Su implementación debe estar sostenida en una fuerte convicción de la eficacia posible, en la permeabilidad de un equipo terapéutico para trabajar interdisciplinariamente y en una disposición para la capacitación y supervisión continua de la experiencia.

Contrariamente a lo que podría suponerse, no hemos tenido problemas en la coordinación de los GT: no hubo situaciones de violencia, impulsividad o actuaciones que impidieran la continuidad de alguno de los GT. En cambio, ellos contuvieron situaciones extremas como el suicidio, la descompensación o la reinternación de alguno de los integrantes sin disolverse y encontrando respuestas solidarias y elaborativas frente a estas situaciones traumáticas.

No encontramos que los GT demuestren beneficios en relación con reducción de desestabilizaciones o de reinternaciones. Parecería que esta variable es sobre todo dependiente de los psicofármacos(18), a juzgar por el alto número de desestabilizaciones y reinternaciones que tuvimos este año a raíz de la carencia de neurolepticos, consecuencia de la falta de suministro de tales recursos por la crisis que atraviesa nuestro país.

Tampoco podemos afirmar que los cambios registrados sean duraderos, es decir que persistan aún cuando el GT haya finalizado. La duración de los GT y su eventual finalización es para nosotros un tema a investigar ■




---

**Bibliografía**

1. Amenta M, Campi M, Goldchluk, A, Kirschbaum W, Postare F, Villar V., Tratamiento grupal ambulatorio de pacientes esquizofrénicos y otras psicosis deficitarias. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* Volumen XI N° 40. Junio-Julio-Agosto. 2000
2. Kapur S, Remington G., Dopamine D2 receptors and their role in atypical antipsychotic action: still necessary and may even be sufficient. *Biological Psychiatry*. Volume 50, Issue 11. December 2001.
3. Carpenter W., Evidence-Based Treatment for First-episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158:1771-1773..
4. Young A., Sullivan G, Burnam A, Brook R., Measuring the Quality of outpatient Treatment for Schizophrenia *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:611-617
5. Abalos A., Amenta M., Campi M, Cracco V, Espósito A., Giannella A, Goldchluk A, Hamuy E, Postare F, Villar V., "Cambio subjetivo en pacientes esquizofrénicos con tratamiento grupal". Presentado en el *Congreso Argentino de Psiquiatría*. APSA. 2001.
6. Abalos A., Amenta M., Campi M, Espósito A., Giannella A., Goldchluk A, González A, Hamuy E , Lazpiur E, Postare F, Villar V., Eficacia de dispositivos grupales en las Psicosis. Presentado en el *Congreso Argentino de Psiquiatría*. APSA 2002
7. Kay S, Opler L, Fiszbein A., The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13; 261-276
8. Cook T y Reichardt E., *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación*. Editorial Morata. Madrid 1986.
9. Yalom I., *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Fourth edition Basic Books. New York, 1995.
10. Riou, L., "Las Actividades" en Apollon W., Bergeron D. Cantin L., *Tratar la Psicosis*. Polemos Editorial Buenos Aires 1997.
11. Kanas N., Group therapy for schizophrenic patients. *American Psychiatric Press* Washington 1996.
12. Lemoine P, Lemoine E., "La Identificación" en Lemoine E, Lemoine P *Teoría del Psicodrama* Gedisa, Barcelona 1979
13. Mannoni M., *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Editorial Nueva Visión, Bs. As 1998.
14. Rico Bodi D., Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Volumen 12, 1998.
15. Ingelmo Fernandez J., Muñoz Rodríguez F., Ramos Fuentes M., Sobre la eficacia de la psicoterapia grupal analítica con principios técnicos específicos en el tratamiento de la esquizofrenia crónica. *Psiquis*. 1992(9)356-370
16. Recalcati M., Une application de la psychanalyse à la clinique du groupe: l'homogène et l'aléatoire. *Mental* N° 10 Mayo 2002
17. Breier A., Strauss J., The Role of Social Relationships in the Recovery from Psychotic Disorders *Am J Psychiatry* 141:949-955, 1984
18. Schooler N, Keith S, Severe J., Relapse and Rehospitalization during Maintenance Treatment of Schizophrenia *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:453-463.

# Entrevista a Armando Bauleo

por Alejandro Vainer

**A**rmado Bauleo es uno de los pioneros de los trabajos grupales en el país. Actualmente reparte su tiempo entre Italia y la Argentina. Se formó como psiquiatra en la primera Residencia de psiquiatría que hacia fines de los 50 comenzó en el actual Hospital "Borda". Fue discípulo de Enrique Pichon Rivière y formó parte de la Escuela de Psiquiatría Social –que luego tomó el nombre de Escuela de Psicología Social–. Fue miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Fundó el grupo Plataforma, que en 1971 –con el grupo Documento– dejaron la APA por motivos ideológicos. En 1974 fue uno de los primeros que tuvo que exiliarse, junto a Marie Langer, debido a las amenazas de la Triple A. Tiene una profusa bibliografía sobre grupos entre los que se cuentan diversos artículos y libros tales como *Ideología, grupo y familia (1970)*; *Contrainstitución y grupo (1977)*; *Notas de psiquiatría y psicología social (1988)*, *Clínica grupal y clínica institucional (1990, en coautoría con Marta de Brasi)*, y *Psicoanálisis y grupalidad (1997)*. Esta entrevista se realizó en Buenos Aires en Septiembre de 2002.

**Vertex:** *¿Cómo empezaste a trabajar con grupos?*

**Armando Bauleo:** Nunca me pregunté qué iba a hacer. Yo quería estudiar Psiquiatría dinámica, entonces fui a los cursos de [Enrique] Pichon [Rivière] en la Escuela de Psiquiatría Dinámica. Ahí estaban José Bleger, Edgardo Rolla, David Liberman y otros. Allí, después de terminar la clase, era necesario pasar a un grupo. Así, de repente, nos vimos todos en un grupo operativo, del que nunca habíamos oído ni leído, ni nada. La idea era que después de las clases teóricas era necesario formar parte de un grupo. Ahí las interpretaciones de los coordinadores no eran sólo acerca de la información dada sino sobre los problemas que emergían dentro del grupo. En el grupo conversábamos, discutíamos y se interpretaban las relaciones afectivas que íbamos creando entre nosotros y en relación con la coordinación. Es decir, también la transferencia grupal. Si esos eran grupos operativos o terapéuticos no lo podría decir. Uno iba aprendiendo que al estar en grupo aprovechaba más, porque además de la información estaba la discusión grupal y no quedaba aislado cada uno. Así la información iba circulando entre nosotros ya que cada uno iba pasando su opinión sobre lo que habíamos escuchado. Eso se repitió más adelante cuando Pichon Rivière nos daba Psiquiatría Social directamente en un grupo operativo. Nosotros aportábamos el material que traíamos o que nos había sucedido con pacientes y a partir de ahí se desarrollaba el grupo. Entonces, no

podría decir que elegí el grupo, sino que me vi inserto en grupos... Así empezó la cosa grupal por lo menos para mí.

**Vertex:** *¿Cuándo comenzaste a coordinar grupos?*

**A. Bauleo:** Después llegó un momento en que uno empezó a aprender. Estuvimos después una serie de años en grupos con Pichon como coordinador. Al principio había estado con Rolla, después con Bleger y al final con Pichon. Nosotros fuimos aprendiendo grupos en esa situación. A la vez era Becario del Instituto Nacional de Salud Mental, que era la primera Residencia en Psiquiatría que se hizo en el Hospicio. Ahí también tenía un grupo con Mimi Langer. Todos los becarios estábamos en grupo y hablábamos de lo que nos pasaba, de nuestros compañeros, del estar en el manicomio. Planteábamos los problemas que teníamos atendiendo a los pacientes o la relación entre nosotros. Todos estos no eran pedidos. Nunca dije: "quiero estar en un grupo", por el contrario, me vi en ese enjambre y parecería que el grupo era útil desde el momento en que cada uno iba conociendo las opiniones de los otros. Todo era en grupo. Resultaba natural que fuera así. Me fui metiendo en un pensamiento grupal sin grandes esfuerzos ya que parecía natural que hiciéramos eso mientras estudiaba psiquiatría o psicología social. Así fuimos pensando que sin eso no se trabajaba, no se aprendía, y que había que aplicarlo porque era útil. No porque lo habíamos

pensado con grandes teorías, sino porque habíamos estado inmersos en nuestra formación. La formación era grupal. Era una corriente tan distinta de la tradicional psiquiátrica del manicomio, en donde estaban Juan Betta, Omar Ipar y todos aquellos que todavía tienen esa misma vieja idea de la psiquiatría.

Entonces empecé a coordinar después de un cierto tiempo, porque no era ni es fácil. Todos nosotros teníamos la idea de que era necesaria la formación. Hasta el día de hoy muchas veces, y no solamente acá, un tipo se anima a coordinar grupos por ser analista sin pensar en su formación en grupos. Otras veces directamente la gente se mete a hacer grupos porque le gusta o porque le interesa estar en una situación colectiva, pero no tiene una formación. Fue una ventaja que nosotros empezáramos a estudiar grupo y además a supervisar. Quien más se encargaba de este tipo de cuestiones era Pichon Rivière a través de la Escuela (de Psiquiatría Social). Era a quien uno iba a ver para perfeccionar los trabajos con los grupos. Todos nosotros teníamos la idea de que había que supervisar. A ninguno se nos ocurría hacer una práctica sin supervisión. Había un contexto profesional y cultural por el cual al comenzar una práctica determinada era una obligación implícita ir a supervisar.

Primero empecé a coordinar grupos operativos en la Escuela y, más adelante, grupos terapéuticos directamente en el Hospital Psiquiátrico con pacientes psicóticos internados. Más tarde en la calle y en el consultorio. Ahora cuando voy al hospicio sigo haciendo grupos. El año que viene tengo que retomar los grupos de admisión en el Hospital Borda. Creo que los grupos en la admisión nos permiten observar más que si los hacemos en forma individual. Esa es mi convicción.

**Vertex:** *En la Buenos Aires de hoy tenemos largas listas de espera...*

**A. Bauleo:** No puede haber listas de espera con gente que está angustiada, ansiosa, desesperada. A un tipo que está ansioso, que tiene una fobia desencadenada o que está en crisis, yo no le puedo decir que lo voy a ver dentro de dos meses. *Es interesante cómo se resisten los servicios a admitir que se podrían hacer grupos de admisión y hacer desaparecer las listas de espera;* hacer entrar a los pacientes que expresan una demanda determinada sobre su estado y su sufrimiento en un grupo que permitiese empezar a trabajar con ellos la problemática que los aflige. Esto lo estamos haciendo y lo hicimos en un hospital psiquiátrico por años. Yo empecé en el Hospital Pirovano hace más 25 años.

**Vertex:** *Estas experiencias son prácticamente desconocidas hoy en día.*

**A. Bauleo:** No se conocen, pero yo lo sigo haciendo en Italia. El dispositivo es el siguiente: se hace pasar a los pacientes nuevos que vinieron, sean veinte, diez, ocho. Los pacientes saben que tienen dos horas de grupo conmigo y con otro profesional. Se les decía: "Parecería que Uds. vinieron acá porque Uds. necesitan de este servicio". Algunos podían decir que los trajeron... "Pero si los trajeron, será por algún motivo que hizo que los trajeran." Es interesante porque se sigue pensando aún hoy que el psicó-

tico es totalmente psicótico o que el neurótico es totalmente neurótico. Pero también hay una parte sana o conectada con la realidad que hace que él la comprenda una parte de esta realidad. Cuando uno le dice "Uds. vinieron acá...", y decían "me trajeron", les decimos "sí, pero hizo algo para que lo trajeran, gritó, hizo un lío, no diga que lo trajeron, Ud. se hizo traer!" Todo esto llevaba a una conversación entre todos. "El doctor tiene razón"; "el doctor no tiene razón". Así empieza el grupo.

Estos son grupos para todos los pacientes que arriban al servicio, aunque después algunos se vayan a su casa y otros queden internados. Todos pasan por el grupo de admisión. Después vamos a ver quién tiene que quedar internado, quién vuelve a la casa y queda con un tratamiento ambulatorio. Eso se ve después del grupo.

**Vertex:** *¿Es mejor que una admisión individual?*

**A. Bauleo:** Es mucho mejor. Si yo tengo que esperar dos meses para la admisión individual o un mes, yo ya no sé qué voy a contar...

**Vertex:** *¿Y si no tuviera que esperar?*

**A. Bauleo:** También. Porque no sólo yo hago un diagnóstico, sino también lo hace el grupo. Es interesante ver cómo los otros pacientes ubican al paciente que vino. Cada uno ubica al otro mucho mejor de lo que uno pudiera pensar. Le dice: "¿Qué te sucede? ¿Por qué viniste?" Los diálogos que se establecen entre ellos, o los silencios o las miradas, permiten un diagnóstico mucho más preciso que el que uno podría hacer individualmente. No solo te cuentan lo que les está pasando sino que actúan lo que les está pasando, lo "dramatizan", en términos más modernos.

**Vertex:** *¿Qué diferencias notás en la forma de trabajo de la década del 60 a hoy?*

**A. Bauleo:** Ahora pocos Servicios hacen psicoterapias de grupo. Habría que diferenciar entre grupos terapéuticos, de autoayuda y de psicoeducación. Habría que discutir qué consideran los que hacen esos grupos como aspectos terapéuticos a las personas que están en el grupo. Yo puedo hacer un grupo de cualquier cosa pero tengo que pensar si dentro de eso hay o no un elemento terapéutico. Muchas veces veo que algunos hacen grupos pero no sustentan por qué lo hacen o para qué sirven, o cómo acciona dentro de ese grupo el aparato psíquico de cada uno de los participantes. El grupo de admisión nos ofrece una primera posibilidad que es directamente una situación colectiva en la cual los procesos de proyección, introyección e identificación son muy notables; uno puede directamente observarlos, escucharlos, sentirlos. Eso ya te permite ver cómo el grupo tiene un funcionamiento; que uno está presente y le hizo de continente a ese grupo; pero por el otro lado el grupo crea una red, un espacio que hace que en determinado momento hablen de ellos. No creo que la historia individual se cuente sólo cuando uno ve al paciente individualmente. Creo que aparece en los grupos, lo que pasa es que aparece de otra manera a través de las situaciones grupales. Siempre estuvo la fantasía, la hipó-

tesis y el prejuicio de que en lo individual uno hablaba de sí y en el grupo no. Pero si no habla de sí, ¿de qué habla en el grupo? No tiene otra cosa que hacer que eso. Forzosamente el tipo va a contar su historia, pero de otra manera, de acuerdo a los requerimientos del grupo, a su funcionamiento, a cómo es el código verbal, de acuerdo a los liderazgos que juegan ahí. No solo cuenta la historia, sino que la "teatraliza" dentro del grupo. Lo que pasa es que hay que tener un buen oído y también una buena vista. Más de uno se tendría que comprar anteojos para ver a los pacientes...

**Vertex: ¿Qué sería terapéutico en un grupo?**

**A. Bauleo:** Nosotros siempre tenemos un modelo del efecto terapéutico desde una idea muy propia del modelo médico: terapéutico es darle una pastilla y que se cure. Pero entendemos que en psiquiatría, psicopatología, psicoterapia, psicología, hablar de curación de esa manera es una cosa inútil. La curación es otra cosa; es que el tipo más o menos logre trabajar en su ambiente, tenga menos angustia, que pueda tener vínculos amorosos. Por momentos ni es necesario que no tenga más delirios o alucinaciones. Todo eso tenemos que pensarlo porque la cura no es solamente un paciente ideal. *El paciente curado es quien se las rebusca bien en la vida, dicho en términos de barrio.* El individuo que más o menos sabe convivir y no hace grandes litigios, que sabe tener a su lado una persona con la cual tiene un aprecio, un acercamiento, sabe establecer ciertos vínculos y puede trabajar.

Si uno trabaja puntos particulares del paciente que empiezan a emerger dentro del grupo, para esto es necesario tener una formación. Yo puedo tomar en consideración cierto tipo de elementos que van diciendo los pacientes en relación con todo el grupo, es decir, que los grupos resuenan en ese conflicto que se está planteando. Pero además la interpretación va no solamente a ese grupo, sino también al sujeto que le hace pensar qué está pasando en esa situación. O sea, lograr un *insight* a través de ese trabajo colectivo. Eso sería un paso más adelantado que



siempre esperamos que logren comprender los que se forman. La diferencia entre los que están formados y los que no están formados es este punto. Ya es terapéutico el espacio y tiempo, da contención, un *holding*. Lo otro sería que además de eso uno trabaje los emergentes que van surgiendo en el proceso grupal. Aquí estamos en otro nivel de trabajo y de complejidad.

**Vertex: ¿Qué indicaciones y qué contraindicaciones ves para el trabajo con grupo?**

**A. Bauleo:** En esto me guío por el trabajo que estamos haciendo en los hospitales psiquiátricos pero que era una idea de Pichon. Además nosotros después lo verificamos en la práctica. *No hay indicaciones y contraindicaciones para un grupo.* La gente empieza en grupo y nosotros vemos cómo se queda o cómo se va. Los grupos de admisión, nos permiten ver quién puede quedarse y quién no puede quedarse en un grupo. No es que digamos "estos se aceptan y estos no". El problema es de los pacientes, hasta dónde soportan o no soportan el grupo, hasta dónde pueden establecer vínculos colectivos, hasta dónde es necesario que esperen un cierto tiempo más después de incluirse, hasta dónde tienen comportamientos que muestran que no se quieren incluir, hasta dónde están totalmente fijados, estereotipados, como para que dentro del grupo se conviertan en una piedra. Es la dinámica del grupo la que dice quién se queda y quién se va. Nosotros en eso somos muy cuidadosos. Durante años se determinaba desde afuera quién participaba y quién no, quién era agrupable o no. Yo no sé quién es agrupable y quién no. He observado gente que en la entrevista individual nunca hubiese pensado que podía entrar a un grupo. Después pasaba otra cosa. Un tipo que en individual había visto como alguien que parecía "un animal feroz" en el grupo era un "corderito". El grupo lo puso en orden en dos minutos. Esto lleva a que uno no pueda hacer diagnósticos definitivos por fuera de la situación grupal. El diagnóstico más claro lo hago dentro de la situación grupal, porque allí se da una movilización de las es-



estructuras inconscientes que no se dan en lo individual. W. Bion lo había dicho de entrada: en un grupo se dan cualidades del sujeto que no se ven en lo individual. Es uno de los principios de su libro *Experiencias en Grupos*. Lo extraordinario es que tanto se nombra a Bion pero nunca se le da el valor a sus postulaciones. El grupo puede tanto poner en orden a alguien en dos minutos o hasta excluirlo. Le dicen que “no se puede conversar con vos”, “cada vez que hablamos algo vos querés imponer tu opinión”, expresiones que son imposibles o impensables de manifestar por el terapeuta. Un terapeuta en último caso tendría que esperar, interpretar, pensar si se lo dice o no se lo dice. Esta es una de las ventajas de la situación grupal por sobre el trabajo individual con un paciente. Los otros pacientes son el “segundo terapeuta”. El primer terapeuta es el coordinador y el segundo es la estructura grupal, no un paciente en particular sino la estructura que arma el grupo.

Por todo esto nosotros no determinamos para quién es el grupo o para quién no es el grupo. Yo diría: “no lo sé, tengo que verlo en el grupo”. La definición la hago *a posteriori*, jamás *a priori*. Porque, ¿cómo se puede saber si alguien es para un grupo si se lo ve en individual? Es distinta una relación de dos que una relación de 8 o de 10. En los “viejos grupos” los norteamericanos intentaban buscar las patologías contrastantes para armar el grupo armónico. Eso de mezclar obsesivos con histéricas, por ejemplo. Pero el grupo armónico está en la cabeza del terapeuta. Yo no tomaría ese criterio. La identidad del paciente y su sintomatología no me interesan anteriormente. Porque el grupo no lo armo yo, lo arman ellos. Solamente les doy el espacio, el tiempo, el rol y mi interpretación. Una cosa es el encuadre y otra cosa es cómo se organizan. “En este grupo nosotros no queremos hacer esto”. No lo hagan! “Yo de ciertos problemas no voy a hablar”. No hable! “Acá no tengo confianza, que este tipo no esté acá adentro...”. Después vamos a ver... Yo veo qué sale, porque sigo manteniendo un criterio psicoanalítico. Los problemas no son en la conciencia sino en el inconsciente. Espero un poco a ver cómo se organizan. Si no parecería que tengo que orientar al grupo y eso ya me saca del rol de coordinador para ser directamente líder. Si nosotros organizamos el grupo y decimos cómo se tienen que comportar ya no somos más coordinadores sino líderes. Recordemos lo que decía Bion: “Me miran todos a mí, parecería que yo tuviera que hacer algo”. Perfecto, el supuesto básico de dependencia. Está esperando que él les diga: “Hablen de sus conflictos”. ¿Por qué les voy a decir esto o lo otro? Es por esto que es importante la formación del terapeuta. No es problema del grupo, sino de la contratransferencia, para decirlo de alguna manera. El problema sería si el que coordina el grupo tiene los elementos suficientes para controlar su propia ansiedad o para instrumentarla.

***Vertex: ¿Cuál considerarías una buena formación para coordinar un grupo?***

**A. Bauleo:** Un coordinador de grupo tiene que estar algunos años en grupo terapéutico o en un grupo operativo “al viejo estilo”, con un coordinador que no opine. La vieja herencia pichoniana, la más dura,

en la que se interpreta una o dos veces en una sesión. El ideal de ese grupo es que uno lo inicie y que al final de una hora y media no te vean, ni interpretaste. El grupo trabajó solo durante la hora y media sus temas más urgentes y candentes y el coordinador solamente les dio el *holding*. Esos grupos crecen porque se llega a lo que tanto Bion como Pichon insistieron: la cooperación. Entre ellos se interpretan, se solidarizan; verdaderamente cooperan entre ellos.

Además para la formación es necesario estudiar y discutir, porque hay bastante material sobre grupos. Y participar de la mayor cantidad de grupos posibles. Nosotros participábamos de un montón de grupos: grupos de formación, grupos terapéuticos, de discusión de problemas que pasaban, etc. El coordinador tiene la tranquilidad de tener en mente el funcionamiento de un grupo, no de ese grupo sino de cualquiera.

***Vertex: Frente a la catástrofe social actual, ¿cuáles considerarías que son las ventajas de los abordajes grupales?***

**A. Bauleo:** Primero, por retomar el problema de la cooperación y la solidaridad. Trabajar con grupos en los cuales ellos puedan establecer vínculos entre ellos y puedan establecer directamente una cooperación en los problemas que están teniendo. Si puedo reunir gente de distintos lados en grupos que trabajan sobre determinados temas puede ser que permita observar lo que está pasando y cómo nos afecta. Segundo, es que los servicios de atención –no solo los psiquiátricos sino los sanitarios en general y los educacionales (tanto públicos como privados)– tendrían que tener una perspectiva grupal.

Lo interesante es que desde las asambleas barriales empujen a pensar hasta dónde los vínculos grupales pueden ayudar. Por eso yo creo que hay que apoyar, ayudar, y no dejar solamente que se agoten. Esto sería para mí un problema: ¿cómo presentamos situaciones que los sigan estimulando? En los hospitales tendría que haber instancias grupales. Desde hace un tiempo se hacen grupos adentro del Hospital Pirovano. Muchos lo criticaron. Pero mueve a la comunidad y permite que el hospital no aparezca como extraño. El servicio sanitario empieza a estar más en relación con la gente porque la gente ya está ahí. Es un buen plan para este momento, porque la gente discute en grupos. Con las escuelas viene el otro problema. Sin las escuelas no hay programas preventivos. Porque estos no son solamente problemas de sanidad, sino también educacionales y políticos. Cualquier programa preventivo tiene que incluir las escuelas y los trabajos. Allí pensaría en grupos para la discusión. Nada más ni nada menos que retomar las ideas que teníamos con José Bleger en la Cátedra de Psicohigiene en los '60. La prevención y la psicohigiene están en la frontera entre la profesionalidad y la política.

¿Qué es hacer prevención? Hablar con el intendente, ir a los barrios, a las escuelas, etc. Después se ve qué grupos se tienen que armar para que trabajen. Sino, ¿qué es? ¿Que yo por la calle diga: “cuidado con las relaciones sexuales” o “no fume...”? Nadie quiere asumir a fondo el problema de la prevención. Es participar en política porque le tengo que decir al intendente



te qué se hace. Me va a decir que no tienen los recursos económicos para llevarlo adelante, pero es mentira. Los planes también se hacen con gente voluntaria o pidiendo recursos a la comunidad. Y además ellos tienen dinero para otras "cosas" pero no para una campaña preventiva. Tenemos que ver cuál es el empeño político. La prevención está en ese borde.

El otro tema en la atención son las internaciones. Solamente se trabaja en grupos en la "resocialización". En realidad se tiene que trabajar grupalmente desde el inicio de toda internación. Si el trabajo empezara antes pasarían otras cosas. Desde el primer día hay que prepararlos para salir y esto no sucede. Los grupos ofrecen una contraparte que la familia no te dio: el tipo habla y lo escuchan, nadie le deposita nada porque ni lo conocen. Empieza un juego distinto.

**Vertex:** *En muchos casos se le tiene miedo a los grupos porque dicen que los pacientes se movilizan mucho.*

**A. Bauleo:** ¿Y para qué están adentro? ¿Para movilizarse! Sino ¿para qué los internamos? ¿Para que se tranquilicen?!

**Vertex:** *Es la ideología imperante.*

**A. Bauleo:** Ahí está el error. Por-

que lo que se piensa es que duerman, se les da un sedante, se los idiotiza. No sé por qué hay que idiotizar a los pacientes, por qué tienen que dormir. No se sabe cuál es la idea dentro de todo esto. Todos te podrían asegurar que se hace eso para que el paciente no siga con su angustia, o no siga gritando con sus alucinaciones. Lo hemos visto con pacientes que participaron en los grupos de admisión. Venían y gritaban. Y los otros le decían: "Para qué gritás si te escucho lo mismo", o decían: "¿Por qué tenés que gritarle?" "Porque no soporto que me digan esto". Ellos lo decían, no el terapeuta. O sea, que se transforma el comportamiento en la Sala, porque después de haber estado en el grupo se van aprendiendo métodos de comunicación y de socialización. Alguien decía que a los que estuvieron en grupo desde su entrada, les va a ser todo más fácil, tanto la psicoterapia como estar internado. Ya aprendieron a estar en una situación colectiva. Pero el prejuicio está. La imagen es que atender individualmente

otorga fuerza a la identidad de psiquiatra o de psicoanalista. La secuencia tendría que invertirse: primero grupos, después psicofármacos y, en última instancia, individual si es necesario.

**Vertex:** *¿Qué te parece que pasó en Argentina? Por lo que decís, parece que pasamos de un auge de lo grupal a una actualidad en la que hay una escasa formación y trabajo en grupos en Salud Mental.*

**A. Bauleo:** Por un lado yo hablaría del Terrorismo de Estado y del exilio, de cómo nos tuvimos que ir muchos de nosotros. Pero no quisiera quedarme solamente en esto. Acá vienen una serie de problemas que no están claros.

Primero, ¿Hasta dónde la cuestión grupal no se banalizó después del Terrorismo de Estado? Lo que aquellos prohibieron quedó como sustrato y se banalizó: hacer grupos no es verdaderamente hacer psicoanálisis, por ejemplo. En realidad nosotros sabíamos antes del Terrorismo de Estado que los grupos tenían que ver con el psicoanálisis. Y eso se desvirtuó.

Segundo, los profesores de la Universidad jamás tomaron el problema de la Historia. No la historia de San Martín, sino la historia de lo que fue el psicoanálisis o los grupos. En cambio metieron otras corrientes extranjeras para tapar todo eso. No sé si por su ignorancia o porque no quisieron hacerse cargo de la historia.

**Vertex:** *¿A qué llamás corriente extranjera?*

**A. Bauleo:** Al lacanismo. Directamente la historia quedó como en el aire. Voy a la Facultad de Psicología y la gente no conoce qué pasó, no sabe cuáles fueron los pioneros, los que empujaron, los que pensaron una serie de cosas, los tipos de psicoterapias, la psiquiatría dinámica, un psicoanálisis operativo como lo llamaba Bleger. Nada de eso. Uno se encuentra con la Facultad y se queda medio asombrado. ¿Estos profesores de dónde salieron? Porque algunos profesores no son tan inocentes, también tienen su cierta edad. Saben de las cosas anteriores. No son niños. Más de uno tiene más de 50 años y sabe muy bien lo que pasó acá. Se trató de borrar consciente o inconscientemente.

Hay huecos de memoria. El asunto es qué pasó con la transmisión acá. Yo me llevé una sorpresa con Ramos Mejía. En "Multitudes argentinas" de 1910 critica a Le Bon antes que Freud escribiera "Psicología de las Masas", que es de 1921. Ya había una corriente cultural. Después se profundizó el psicoanálisis, y en eso tuvo mucho que ver la cultura y no solamente con la práctica profesional. Eso lo hace sobrevivir hasta ahora. Pero no sólo en Psicología. La psiquiatría que se sigue dando en la Facultad es la vieja psiquiatría. Y tampoco se toma la historia. Tenemos una tradición en el uso de psicofármacos. Pichon, y no solamente él, ya había hablado en sus trabajos de los psicofármacos y de

su función. Hasta en eso tenemos una tradición. Pero eso en psiquiatría no se trabaja. No es solamente un problema de moléculas, aunque sabemos que el organismo está hecho de moléculas sino también cómo ellas se ordenan en la memoria. Allí hay también una ruptura de la tradición.

**Vertex:** *¿La falta de tradición contribuye a que no exista una "corriente grupalista"?*

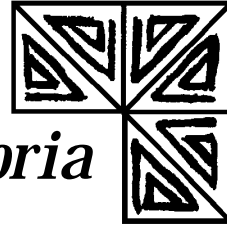
**A. Bauleo:** Ni una corriente psiquiátrica fuerte o una corriente psicológica fuerte. No están. ¿Hay una corriente como la de Basaglia en Italia o como la "psiquiatría del sector" en Francia? Si no se sabe siquiera lo que pasó. Acá se había empezado una psiquiatría enfrentada a lo manicomial desde afuera y desde adentro. A lo sumo a veces se menciona a Goldenberg y el Servicio de Lanús. Pero no es un problema de un servicio sino de una concepción. El problema es que se cortó toda una orientación cultural, mental y profesional.

**Vertex:** *Vos vivís la mayor parte del tiempo en Italia. ¿Ahí se trabaja con esa ideología?*

**A. Bauleo:** Trabajé un tiempo con Basaglia y ellos acogieron muy bien toda la bibliografía de Pichon Rivière y de Bleger. Saben más ellos de Pichon y Bleger que toda la República Argentina. Les pareció que era un avance total. Ellos estaban asombrados de que un argentino en Latinoamérica, tuviera postulaciones que eran anteriores a las del mismo Basaglia en el campo de la antipsiquiatría. Cuando le hice leer a Pichon Rivière y a Bleger, Basaglia se quedó asombrado de que eso pasara acá en los años 60. Esto en la Argentina no se tiene en cuenta. ¡Si nosotros fuésemos franceses o italianos tendríamos cierta veneración por esa historia! No digo que seamos mejores que otros. Simplemente que todavía hay una tradición no aceptada, olvidada, reprimida, banalizada y estupidizada.

Pongamos un ejemplo más claro. Si vamos a un servicio psiquiátrico cualquiera y le preguntamos: "¿Uds. utilizan los grupos?" Si a mí me dicen "Sí, tenemos un grupo terapéutico", no me interesa. *El problema no es que haya un grupo sino que haya una "ideología grupal"*. Si yo creo que el paciente es un emergente de un grupo familiar, que los grupos terapéuticos permiten una colectivización de las enfermedades, si los síntomas pueden ser tratados grupalmente, si pienso que directamente la prevención se hace a través de ciertos ejercicios o prácticas grupales, si pienso que no puedo hacer una terapia individual o farmacológica si no pienso en una situación grupal de esa terapia. El problema es la concepción. Acá no fue solamente atender los pacientes en grupo. Era una concepción y una ideología que permitió repensar la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis ■

*el rescate y la memoria*



# Historia y evolución de la psicología y la psicoterapia de grupo en la Argentina

*L. Grinberg; M. Langer; J. Mom; J. Morgan; J. Puget; J. Usandivaras*

*Como resultado de un intenso movimiento de ideas y prácticas (ver en este número la Introducción al Dossier y la entrevista a Armando Bauleo) a principios de los '60 fue creada una Asociación dedicada al estudio y psicoterapia de los grupos. La misma contó, inmediatamente, con una publicación propia dirigida por Janine Puget. Como se puede apreciar en el artículo que presentamos a continuación colaboraban en ella importantes colegas pioneros en el tema. Agradecemos a la Dra. Puget y a su actual Director, el Dr. Carlos Pachuk la autorización para reproducir el artículo publicado en el Número 1 de la Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.*

Un equipo se reúne hoy para realizar una tarea: "Contar la historia y la evolución de un grupo de investigadores con la finalidad de ser publicada a manera de introducción del primer número de una revista científica, símbolo de un nuevo medio de comunicación e intercambio de dicho grupo".

El equipo está formado por seis miembros fundadores pertenecientes a distintas generaciones, con distintos esquemas referenciales pero con un interés común, a saber: investigar, conocer y curar

lo que ocurre dentro del hombre, que le dificulta o imposibilita su relación con el prójimo, con el mundo externo, con la sociedad.

Tanto para reunirnos como para contar una historia vivida oscilaremos entre mecanismos formales y subjetivos. ¿A dónde vamos con esta introducción? Pues solamente a hacerles seguir simultáneamente la historia de la Psicoterapia de Grupo en la Argentina, y nuestra historia al escribir este trabajo.

¿Cuál es la definición que de la palabra historia da la enciclopedia? Historia es la narración y expo-

sición verdadera de los acontecimientos pasados y cosas memorables; o es fábula, cuento, narración, chisme, etc...

Exposición verdadera y narración inventada es el significado de "historia" en nuestro "aquí y ahora". Relataremos en el presente acontecimientos pasados aceptando el interjuego de dos realidades. La realidad "verdadera" podrían ser fechas(1) y la realidad inventada podrían ser el valor que de memorables o significativos atribuimos a ciertos acontecimientos.

Veamos la definición de evolución: es el desarrollo de las cosas por medio del cual éstas pasan gradualmente de un estado a otro; o sucesivas etapas en el proceso del crecimiento y desarrollo de un órgano hacia formas más diferenciadas.

Evolución en nuestro "aquí y ahora", es ser pequeño y muy aislado, crecer, y llegar a la diferenciación, a un nivel más maduro de comunicación, con el objeto de que lo sea cada vez en mayor grado.

La fluctuación entre lo formal y lo no formal permite la comprensión, la evolución, así como la emergencia de lo subjetivo, de los matices. En cambio la rigidez lleva a la psicosis, al aislamiento.

El por qué de nuestra tarea está determinado por una multiplicidad de factores que nos lleva a expresarles hoy un aspecto de nuestra historia. Nos preguntamos: "¿cuándo, por qué, quién comenzó o comenzamos?" "¿Qué comenzamos?" Por supuesto no hemos inventado a los grupos humanos ni a su psicología, los conocíamos. Por otro lado en un momento cada uno de nosotros comprendió, "descubrió" que esos grupos humanos tenían relación y podían ser un medio de expresión para nuestro profundo deseo de vivir, progresar, integrando éste a nuestra vocación de curar.

Ahora ya podemos contestar parte de nuestras preguntas. El comprender y el adquirir una técnica son procesos en algo similares. Comenzamos a utilizar una técnica, a metodizar nuestra labor, dándoles un carácter de técnica personal y grupal.

¿Dónde y quién comenzó aquí en la Argentina? Ya esta pregunta lleva implícita una definición de marco referencial, de época, de exclusión y de inclusión.

Al hacerles seguir las vicisitudes de la historia de este artículo queremos darles la vivencia de un momento, resumen en el presente de una historia y evolución pasada y tal vez futura.

Comenzamos o comenzó (en términos de nuestra historia es equivalente) el Dr. E. Pichón Rivière en el hospital de Neuropsiquiatría en 1947 organizando grupos terapéuticos con enfermos hospitalizados, siguiendo la técnica de Schilder. ("Usó" el grupo hospitalario como medio terapéutico con "algo", una técnica, y "alguien" Schilder). Esta primera experiencia terminó por razones externas al tema que nos concierne y también, esto formulado hipotéticamente,

por razones internas relacionadas con el hecho de ser una primera experiencia.

Aisladamente los Dres. Rodrigué y Luchina se unieron intercambiando opiniones, dudas e hipótesis al grupo existente en el Servicio Pinel dirigido por el Dr. Krapf, donde los Dres. Morgan, Resnik y Usandivaras utilizaban técnicas terapéuticas grupales con los enfermos de la sala. Lógicamente la comunicación intragrupal ya existente en el equipo de trabajo resultó muy estimulante científicamente. Si hablamos en términos de historia y evolución ya no podemos tomar ambos acontecimientos como aislados, pudiéndose observar cómo se produce la asimilación de conocimientos teóricos en el individuo a través de la paulatina formación de un grupo. En aquel entonces no podía haberse hablado de la actividad de ese grupo sino de la aplicación que varios individuos hacían de técnicas diversas, adquiridas de diferentes fuentes con una misma finalidad: curar enfermos internados.

Otras personas se interesaron poco a poco por lo que cada una de las anteriores hacían y rápidamente pareció nacer un grupo de estudio, apasionado, que se reunía todos los lunes para investigar, intercambiar opiniones, confrontar ideas mediante controles de casos, comentarios, etc. Esta secuencia nos permite comprender la diferencia entre una historia con evolución progresiva y una historia paralizante.

En términos históricos es también interesante que refiramos nuestro comienzo a un medio hospitalario. Cabe preguntarse por qué. El hospital es un medio donde el tema central es la enfermedad, dentro de un marco que tiene razón de ser en función de la existencia de la misma; donde el médico realiza una labor social de intercambio profesional con muy pocos o ningún fin lucrativo y donde su trabajo representa, económicamente hablando, un parte. Allí, por lo tanto el dar y el recibir, aprender y curar son procesos incesantemente integrados y grupales.

Volviendo, o siguiendo con nuestro grupo de los lunes, vemos cómo nuestro interés por el tema, la cantidad de integrantes, la necesidad de compartir experiencias similares y diferentes, un determinado nivel caracterológico y de formación científica común (éramos todos psicoanalistas) nos permitió llegar a evolucionar. Sin embargo, en este pequeño grupo de estudios no participaba todo nuestro comienzo histórico. Además crecíamos, surgían cambios, nuevas necesidades, personas ajenas a nuestro grupo que querían ingresar a él y nos vivían como sociedad secreta, etc. A raíz de esto surgían ciertas tensiones.

En ese momento algunos de nosotros intervinieron en el 1er. Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo en Toronto, 1954, leyendo trabajos, participando en grupos de experiencia, estableciendo contactos personales que trajeron de vuelta al grupo de estudios traducidos como formal invitación de parte de la A.G.P.A.(2) de consti-

1. Aunque comprobamos que ni las fechas o el recuerdo de ellas es verdadero. A menos que agreguemos "verdadero para cada uno".

2. *The American Groups Psychotherapy Association, Inc.*

tornos en Asociación Argentina, lo que hicimos creando en 1955 la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

Probablemente la objetividad que nos dio el co-tejo con el mundo externo, nuestra necesidad de mayor difusión, el problema de la no integración al grupo de los lunes de algunos componentes de nuestra historia, la búsqueda de elaboración de las tensiones creadas, fueron también factores determinantes del nacimiento exitoso y oficial de la A.A.P.P. de G. Nuevamente lo formal fue una solución a múltiples problemas internos en términos de la evolución de un grupo el que pudo así adquirir mayor independencia, porque ésta ya no significaba pérdida del pasado sino enriquecimiento.

Es así como al año siguiente dimos nuestro primer curso, cuyo resumen encontrarán en la parte correspondiente de esta revista. El interés que despertó nos estimuló, siguiendo la regla de la interrelación entre el dar y el recibir, para organizar, algún tiempo después, el segundo curso.

Para ese entonces ya habíamos quedado reconocidos y afiliados a la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo en el Segundo Congreso de Zurich y también nuestra Sociedad se había ampliado. (Paralelamente, es interesante notar que en el Primer Congreso Internacional había 250 inscriptos, en el Segundo Congreso 550).

El éxito de esta fase evolutiva dio comienzo a una interesante etapa de interjuego grupal entre los que deseaban aprender la psicología y la psicoterapia de grupo (volviendo a repetir nuestras primeras etapas) y nosotros, de quienes exigían enseñanzas y la comunicación de nuestras experiencias.

Esta situación nos llevó a preguntarnos quién manejaba a quién, o si había necesidad común a todos lo que hacía cada vez más necesario comunicarnos y organizarnos. En esa época y por ello surgió la idea y la realización del 1er. Congreso Latino Americano de psicoterapia de Grupo. Esto representó la culminación y a la vez el símbolo de una etapa muy importante en nuestro desarrollo. El Congreso fue un hijo muy grande que había nacido de nosotros, al cual dimos energía que ni sabíamos conscientemente poseer. Nos ocupamos de él desde diferentes ángulos, atendiendo las necesidades científicas, así como las administrativas y sociales. El Congreso nos sirvió de puesta al día y nos permitió luego abandonar, en términos evolutivos, una parte de nuestras actividades para dedicarnos más profundamente e intensamente a otras como ser: conferencias, cursillos, hospitales y organización de servicios.

La actividad hospitalaria pasó por una evolución interesante, paralela y diferente. En ella, como ya mencionamos, comenzaron los primeros grupos terapéuticos. Pero si el hombre es cuerpo y mente, si el grupo está formado por un conjunto de distintos individuos, debían entrar las técnicas

grupales en servicios hospitalarios no solamente psiquiátricos.

En las primeras épocas hablamos de tareas aisladas en hospitales, como ejemplo del cambio y saltando etapas nos referiremos ahora a la reorganización del Instituto de Neurosis bajo la dirección científica de uno de nosotros y colaboración ya en forma de controles, ya como terapeutas, observadores, etc. de otros. Allí se organizaron 30 grupos terapéuticos, que luego bruscamente, y por factores externos debieron interrumpir la labor(3).

Sería fácil hablar de esta u otra interrupción en términos de fracaso nuestro o de los demás, pero esta actitud resultaría estéril para la comprensión histórica de nuestra evolución. El hospital es una entidad muy particular en el cual se reúnen, en un mismo ámbito una innumerable cantidad de grupos diferentes, entremezclados, adversos y amigos, que deben enfrentarse constantemente con la enfermedad, con la curación y con la impotencia para curar; que deben aceptar concientemente que los enfermos son los que están internados, pero que los que atienden a los enfermos son a su vez enfermos en su relación con el hospital, entre ellos, o con el enfermo en sí.

La complejidad de este problema nos hace suponer que la corta vida de la investigación terapéutica realizada en el Instituto de Neurosis así como la de otras experiencias anteriores no fue debida a un fracaso como ya dijimos, sino que fue el resultado de una "utilización" de la agresión externa despertada por nuestras técnicas, como freno y protección de las mismas; una expansión y divulgación prematura les hubiera quitado jerarquía y por ende desvalorizado las experiencias realizadas. La aceptación de las limitaciones en el momento adecuado es señal del triunfo del amor sobre el odio.

La prueba de ellos la vemos en la evolución ulterior, ya que hoy en día en múltiples servicios hospitalarios funcionan equipos terapéuticos que utilizan las técnicas grupales en sus salas "curando la enfermedad" de cada equipo o grupo de las mismas.

No queriendo dar una larga lista de nombres ya que no hemos adoptado este método histórico, sólo mencionaremos algunos de los hospitales en cuyos numerosos servicios se aplican técnicas grupales que toman en cuenta los elementos anteriormente citados. Estos son el Hospital de Niños, el Ramos Mejía, el Hospital de Neuropsiquiatría, el Hospital Británico, etc...

Volvamos ahora a nuestro grupo de estudios, allí donde lo habíamos dejado. Después del Primer Congreso Latino Americano aparentemente no nos ocurría nada. Nos reuníamos en torno a temas formales como ser: sesiones administrativas, asambleas o presentaciones de trabajos para candidatos o miembros. Aquí nuevamente pensamos en un fracaso científico de nuestro grupo.

Sin embargo, nos reunían de afuera para adentro, pues éramos una entidad ya conocida, pidiéndonos cursos, información, etc., y por otro lado nos dedicábamos intensamente en pequeños grupos o aisladamente (de nuevo) a investigar temas que nos

3. Recordar que ya atribuimos a factores externos la interrupción de la primera experiencia de 1947.

interesaban. O sea que se dirigían a nosotros como a un grupo y los integrantes de éste se sentían aparentemente desvinculados entre sí para sus actividades científicas y de investigación.

Antes del Segundo Congreso hubo un reencuentro del viejo grupo de estudios, cuyo tema fue implícitamente la aceptación del tiempo pasado. Queríamos investigar qué había hecho cada uno con los términos básicos que antes manejábamos con absoluta seguridad de su significado y de los cuales, hoy en día, dudábamos. Nos propusimos cotejar ideas, metodizar nuestros conocimientos y nuestro idioma.

Queríamos hacer una puesta al día. Esta era la necesidad que inconcientemente sentimos los dos años anteriores y que dificultaba la labor del grupo de estudios. Hablábamos un idioma aparentemente común, pero no pensábamos igual: esto se traslució en trabajos presentados por personas que habían recibido nuestras enseñanzas. Percibíamos una falta de método en el conocimiento y en el marco referencial conciente.

Volvimos, pues, a reunirnos para estudiar una sesión, pero esta vez no para criticarnos interpretaciones, sino para utilizar la interpretación o la comprensión que cada uno daba al material expuesto en relación con la terminología que queríamos aclarar. De ahí surgió un trabajo que fue leído por uno de nosotros en Chile.

En el Segundo Congreso Latino Americano (1960) nos volvimos a encontrar trabajando como equipo.

La A.A.P.P. de G. existía, pero algo fallaba. Esto se hizo obvio por la falta de competencia estimuladora con otros países de Latino América.

Ocurrió, sin embargo, algo muy interesante. Una vez terminado el Congreso se reunió por decisión espontánea un grupo operativo en el cual después de hacer conciente la disociación existente entre los conocimientos actuales sobre las técnicas grupales y su aplicación a la organización de este Congreso, surgió como "tarea" la necesidad de encontrar "una nueva forma de intercambio para la próxima reunión científica".

Durante 1960 la elaboración de estos problemas siguió su curso dentro de nuestro grupo de trabajo viéndose un comienzo de solución este año.

Es así como los miembros que habían ingresado a la A.A.P.P. de G. los últimos años, abandonando definitivamente su lugar pasivo "dieron" y "exigieron" más comunicación, una tarea, un rol, y una reestructuración interna.

Así ocurrió, y entonces, como si se hubiera abierto una puerta detrás de la cual se almacenaba energía, surgió la posibilidad de realizar o dar for-

ma a viejos proyectos y nuevas exigencias, así como abandonar viejos esquemas conocidos, pero estériles en el presente.

Ya señalamos durante nuestro relato la interdependencia inseparable entre el "qué", "cómo", "por qué", "para qué", "para quién", y "dónde". Es evidente que cuanto mayor sea la A.A.P.P. de G. más necesaria y compleja a la vez será la solución de un problema en función de dicha interrelación.

Para dar un curso, o conferencias teníamos que encontrar un dónde pues ya los arreglos fortuitos, a manera de viajeros errantes, trataba la organización de reuniones científicas que tuvieran un carácter de continuidad y seguridad imprescindibles para una labor más profunda.

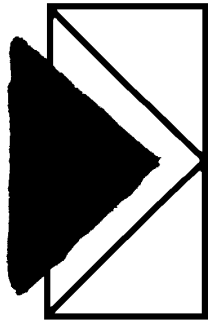
Atendiendo el significado simbólico de la casa como forma corpórea, un "dónde" corresponde a la adquisición de un cuerpo adecuado. Por ello, no pudiendo atribuir a la casualidad el por qué de algo, nos parece casi natural que el señor Mandelbaum haya captado nuestra necesidad, nos haya facilitado la posibilidad de tener un local adecuado, un dónde, una forma que nos permitiera dictar cursos y conferencias.

El otro medio de comunicación (o viejo proyecto) es esta revista que nos une hoy para escribir este y otros artículos, para realizar una tarea de intercambio científico, de colaboración dentro del campo que la psicología de los grupos nos ofrece.

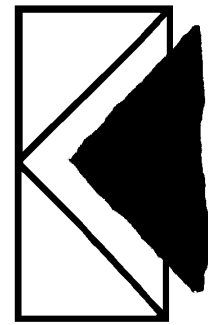
A modo de conclusión de este breve relato diremos que nuestro objetivo ha sido, al elegir nuestro método histórico, señalar la estricta dependencia e interrelación existente entre el "aprender, enseñar y curar".

Asimismo mostrar que algunos hechos o acontecimientos aparentemente aislados no son más que mecanismos de progresión y regresión de los cuales se vale un grupo de trabajo para elaborar tensiones y progresar; y por último comparando el relato histórico que hubiéramos hecho algunos años atrás con éste, observar que en el primero cada una de las experiencias referidas llevaría el apellido de quien las hubiera realizado, mientras que en la actualidad, el hacerlo llevaría a escribir un índice bibliográfico y no un relato; y además por carecer de importancia "el quien individual" en este contexto. En la medida en que un individuo se siente tal, puede incorporarse a un grupo sin temer perder su identidad, pudiendo así pasar de una situación narcisista a una relación adulta y social.

En el aquí y ahora de nuestra historia, esta revista para la cual escribimos, y el tercer curso de psicoterapia de grupo dado este año, serían el equivalente del grupo de estudios que dio origen a la A.A.P.P. de G. ■



# *confrontaciones*



## **Aspectos conceptuales de los indicadores de calidad para un sistema de Salud Mental**

**Martín Agrest**

*Lic. en Psicología (UBA). Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Univ. Favaloro). Miembro titular de AREA de Investigación y Desarrollo en Salud Mental. Gurruchaga 2463, 1 B (C1425 FEK) Buenos Aires. 4833-5485. grecoagrest@fullzero.com.ar*  
**Martín Nemirovsky**

*Médico Psiquiatra. Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Univ. Favaloro). Miembro titular de AREA de Investigación*

### **Introducción**

Los indicadores de calidad son los instrumentos que permiten evaluar la marcha de un sistema que previamente haya definido cuáles son los parámetros o principios éticos de su funcionamiento. Mientras que estos últimos son conceptos abstractos (como por ejemplo, la equidad, la solidaridad o la

eficiencia), los indicadores son dimensiones de éstos, sus “traducciones” a un lenguaje mensurable, susceptibles de tomar algún valor concreto (como por ejemplo, el porcentaje de pacientes de una población determinada que recibe 100% de cobertura en sus tratamientos)(26). Sin los indicadores de calidad ningún Sistema de Salud puede saber si está yendo (o ha llegado) hacia donde se hubiera propuesto llegar.

---

### **Resumen**

Una vez definidos los parámetros para diseñar y evaluar los Sistemas de Salud Mental es necesario operacionalizarlos a través de indicadores. Estos últimos son los que permiten comparar los procesos y los resultados con otros sistemas o servicios, realizar la evaluación económica y la planificación de los recursos, producir protocolos de tratamiento, hacen posible la auditoría externa y pueden generar organizaciones basadas en la evidencia. A partir de los aspectos genéricos de los indicadores y de su uso en otros países se analiza conceptualmente la función que cumplen a nivel de los pacientes, los servicios y los sistemas, en las fases de resultados, de procesos y de la estructura condicionante. Si bien el beneficio de los clínicos con el uso de este tipo de indicadores no será directo, su importancia no debe subestimarse para la organización de la asistencia de grandes poblaciones de pacientes.

**Palabras clave:** Indicadores de calidad – Organizaciones de Salud Mental – Parámetros para diseñar Sistemas de Salud Mental – Medidas de resultados.

### CONCEPTUAL ISSUES IN THE DEVELOPMENT OF QUALITY INDICATORS FOR MENTAL HEALTH SYSTEMS

#### **Summary**

Once the parameters to design and assess a Mental Health System have been put forward it's necessary to operationalize them into quality indicators and outcome measures. These indicators allow us to compare processes and results with other systems and services, they let us do the economic assessment and the allotting of resources, they give way to treatment guidelines and external evaluation, generating a new type of organizations evidence-based. This paper reviews the conceptual aspects of performance indicators and its use in some developed countries. It also discusses their usefulness, at the input, the process and the outcome level, to treat patients and to organize Mental Health Services and Systems. Despite therapists wouldn't benefit directly from the use of this type of indicators, its importance shouldn't be disregarded in order to organize a Mental Health System for large populations.





Por su parte, la definición de los parámetros es una cuestión ineludible en el diseño de los indicadores y es la respuesta a la pregunta “¿qué aspectos hay que considerar para saber cómo funciona o debe funcionar un sistema?”(1). Una vez contestada esta pregunta, lo siguiente es determinar cómo hacer para saber concretamente qué está sucediendo en cada una de las áreas o parámetros planteados (“¿cómo operacionalizar cada aspecto para conocer cómo está funcionando en realidad el sistema?”). Establecer los parámetros pero no los indicadores sería como determinar dónde se quiere ir pero no pensar cómo se hará para saber si se lo está logrando o si ya se ha logrado. Por el contrario, establecer los indicadores pero no los parámetros puede permitir saber si se llegó a algún lado pero sin saber a dónde se quiere llegar. En consecuencia, los indicadores de calidad y los parámetros de un sistema son dos conceptos interdependientes, uno concreto y uno abstracto, que carecen de sentido uno sin el otro.

El desarrollo de estos indicadores es fundamental para controlar el curso –y tender hacia la mejora continua– de un sistema, para poder comparar los procesos y los resultados con otros sistemas o servicios (benchmarking), para realizar la evaluación económica y la planificación de los recursos, para producir protocolos de tratamiento y para permitir la auditoría externa. Como dice el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“La salud mental de las comunidades debe ser monitoreada incluyendo el uso de indicadores de salud mental en las informaciones de salud y en los sistemas de reportes periódicos. Estos indicadores deben incluir tanto el número de individuos con trastornos mentales como la calidad del cuidado que reciben y algunas medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Este monitoreo sirve para determinar las tendencias y para detectar los cambios de la salud mental resultantes de eventos externos, como en el caso de las situaciones de desastre. Monitorear es necesario para evaluar la eficacia de la prevención y de los programas de tratamiento en salud mental, al mismo tiempo que fortalece los argumentos a favor de una mayor provisión de recursos. Nuevos indicadores para la salud mental de las comunidades son necesarios.”(27) (la traducción es nuestra)

En los últimos años se han multiplicado los trabajos que apuntan a definirlos, complejizarlos y articularlos. El presente artículo plantea de manera conceptual y teórica, en especial a partir de las propuestas de algunos países desarrollados, cuál sería la importancia y las opciones para escoger los indicadores

de calidad en un Sistema de SM a nivel nacional.

En nuestro medio, los prejuicios respecto del uso de indicadores y el mal uso de los mismos han determinado una particular resistencia hacia ellos. La oposición de los profesionales de la SM a la cuantificación (aún más allá de las dificultades intrínsecas al campo en cuestión), el desprecio por la racionalización de los recursos (debido a la premisa subyacente de que como la salud no tiene precio las prácticas terapéuticas no deben ser limitadas) y el rechazo por cualquier forma de control (amparados en la tradición de una profesión eminentemente independiente), son algunas de las manifestaciones más significativas de estos prejuicios. Por otra parte, los escasos intentos de usar indicadores de calidad se han traducido en simples controles económicos del gasto o en lamentables controles policíacos de los profesionales. La comparación entre profesionales de las tasas de uso de determinadas prácticas, el número de consultas por paciente, la cantidad de análisis solicitados y de medicamentos prescritos por paciente de cada profesional, el número de horas trabajadas o el promedio de días de internación, han configurado el espectro más habitual del mal uso de los indicadores. Si éstos no se acompañan de una idea clara y definida del parámetro, de cómo aquéllos serían dimensiones de este último, la única función que pueden cumplir es la de controlar. A partir su uso en otros países, el presente trabajo muestra una variedad de indicadores y cómo éstos se refieren a un parámetro determinado y al desempeño del Sistema en sus aspectos sanitarios y humanos (además del económico).

### **Aspectos genéricos de los indicadores de calidad**

McEwan & Goldner proponen que los indicadores escogidos para evaluar el desempeño de un Sistema de Salud deben ser “lo suficientemente abarcativos como para brindar una imagen razonablemente amplia del desempeño al tiempo que brinden información sobre la marcha hacia los objetivos y metas principales. Simultáneamente, estos indicadores deben ser lo suficientemente reducidos como para ser maniobrables en la recolección de los datos y para evitar una excesiva complejidad a la hora de su interpretación (...) Las nuevas iniciativas en el monitoreo del desempeño es aconsejable que comiencen con uno o dos indicadores para cada objetivo o parámetro.”(15). (la traducción es nuestra)

Glover & Kamis-Gould(9) proponen los siguientes criterios para determinar las bondades de los indicadores del desempeño:

Tabla 1. Matriz conceptual

<b>Instancias temporales</b> Nivel geográfico	<b>A) Estructura</b>	<b>B) Procesos</b>	<b>C) Resultados</b>
1. Nacional	Porcentaje del gasto total en salud dedicado a SM Rol de la Prensa Ley de Salud Mental Directivos Gubernamentales Grupos especiales de interés	Indicadores de desempeño y de actividad (por ej., tasas de admisión, tasas de ocupación de las camas, tasas de tratamientos compulsivos, etc)	Calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales severos en todo el país Tasa de suicidios Pacientes sin techo
2. Local	Proporción de psiquiatras y enfermeros psiquiátricos Identificación de las características y necesidades de la población Presupuesto Gastos fijos Participación de los usuarios	Patrones en uso de servicios Políticas instrumentales Prioridades en el cuidado de la salud Identificación de grupos vulnerables Identificación de casos difíciles	Estudio de resultados de un servicio o un sistema local Prevención secundaria y terciaria Disminución del estigma en salud mental Mejor acceso a los servicios
3. Pacientes	Identificación de las necesidades de los pacientes Demandas de los pacientes Demandas de los familiares	Calidad del tratamiento Frecuencia y duración de los tratamientos Cuidado continuo Subvención económica Servicios vocacionales	Reducción de síntomas Satisfacción Calidad de vida (incluyendo vivienda) Discapacidad y rehabilitación por Terapia Ocupacional Carga para los cuidadores

*Adaptado de Tansella & Thornicroft(24)*

- a) La claridad conceptual.
- b) La claridad en el vínculo con el objetivo organizacional.
- c) Definición operacional, confiabilidad y validez de las medidas.
- d) Derivación siempre que sea posible de los sistemas de información gerencial disponibles.
- e) Proporciones y tasas en vez de números.
- f) La claridad en la *performance* que se quiere evaluar.
- g) Indicadores aptos para la comparación.
- h) Lo suficientemente universales como para comparar con otros servicios.
- i) Existencia de reglas de decisión para determinar las desviaciones significativas respecto del azar y para establecer cuándo los resultados fueron buenos o malos.

Algunos autores(5) han dividido los indicadores de calidad para los Sistemas de Salud en tres clases: de estructura, de procesos y de resultados. Para SM, los primeros podrían ser, por ejemplo, el número de profesionales por afiliado, la cantidad de centros especializados por región, la proporción de psicólogos sobre los psiquiatras, etc. Los procesos podrían medirse con indicadores del estilo de cuál es el tiempo de demora entre la admisión y la primera visita al profesional tratante, porcentaje de pacientes en tratamiento al cabo de un mes luego de una externación psiquiátrica, etc.. Dentro del grupo de los indicadores de resultados hay quienes han considerado que sería conveniente atender a: la sintomatología, el funcionamiento de los pacientes, la calidad de vida de los mismos, la satisfacción con el tratamiento

recibido y los costos(10).

Recientemente, retomando la ya clásica propuesta de Donabedian, Tansella y Thornicroft produjeron una matriz conceptual esclarecedora para ordenar el uso de los indicadores en el terreno específico de la SM (tabla 1)(24). Dicha matriz, de 3x3, especifica que los indicadores pueden evaluar tres niveles geográficos: 1) el funcionamiento del Sistema de SM de un país, 2) el de un conjunto acotado de servicios locales (para una población de 50.000 a 250.000 habitantes) y 3) el de los pacientes. Por el otro lado, las instancias temporales a evaluar son: A) la estructura (*inputs*), B) los procesos (*processes*) y C) los resultados (*outputs* o *outcomes*). Cualquier intento serio de plantear el uso de indicadores requiere especificar cuál de los nueve casilleros de esta matriz se pretende evaluar. El tipo de indicador, el método de estudio para producirlo y la estrategia para operar en función de lo descubierto, variarán de acuerdo al nivel geográfico y a la instancia temporal evaluada.

### Los indicadores de calidad en los países desarrollados

Es una práctica habitual en los países desarrollados el énfasis en la precisión tanto de los parámetros como de los indicadores para lograr que los recursos económicos invertidos redunden en la mayor salud posible para su población. Conscientes de los costos crecientes en el área de la salud, las inversiones en SM no son la excepción y son sistemáticamente evaluadas. Al mismo tiempo, estos países han llegado a

<b>Tabla 2. Indicadores para Australia</b>	
<b>Parámetro</b>	<b>Indicador</b>
1. Eficacia	1.1 Cambio en el score individual y total en la escala de resultado nacional (australiano) de salud durante el período en cuestión. (HoNOS).
2. Efectividad	2.1 El costo por cambio en el score del HoNOS.
3. Eficiencia técnica y seguridad	3.1 Las readmisiones en el curso de los 28 días siguientes a una externación. 3.2 La mortalidad. 3.3 Los incidentes críticos.
4. Accesibilidad	4.1 La capacidad de los habitantes no angloparlantes de obtener el mismo cuidado de salud que los angloparlantes. 4.2 La capacidad de las personas que reciben apoyo del gobierno de obtener el mismo cuidado en salud que los que no lo reciben.
5. Continuidad	5.1 La provisión de atención sanitaria dentro de los 7 días anteriores a la internación. 5.2 La provisión de atención sanitaria dentro de los 7 días posteriores a la externación.

la conclusión de que el uso de indicadores no debe restringirse a la costo-eficacia de las intervenciones. “El análisis de costo-eficacia es una consideración importante bajo muchas circunstancias, pero nunca es el único criterio que cuenta”(27).

Es así que en estos países son numerosos los trabajos publicados sobre la evaluación de los Servicios y Sistemas de SM.(25, 14, 4, 18)

El Sistema de SM de Australia, por ejemplo, define que los parámetros para evaluar su desempeño son cinco: la eficacia, la efectividad, la eficiencia técnica y la seguridad, la accesibilidad y la continuidad. (18) Cada uno de estos parámetros no queda en una mera declamación sino que conlleva algún indicador que permita justipreciar su curso (ver tabla 2). Por ejemplo, la eficacia es evaluada según el indicador de “cambio en el score individual y total en la escala de resultado nacional (australiano) de salud durante el período en cuestión. (Health of the Nation Outcome Scale, HoNOS)” y la efectividad se evaluaría mediante otro indicador que sería “el costo por cambio en el score del HoNOS”.

En Canadá el problema está planteado de un modo similar aunque todavía más complejo. (15) Primero se definen ocho parámetros que pueden permitir la evaluación del desempeño del Sistema de SM, luego se desarrollan los indicadores pertinentes y, por último, se especifican las “medidas” (*measures*) para comprender el desempeño del sistema en base a ese indicador<sup>1</sup>.

En el Reino Unido(17) se plantearon siete estándares o parámetros a observar: 1) la promoción de la SM; 2) la identificación, la evaluación y la eventual derivación al especialista de estas patologías en el contexto de la atención primaria; 3) la accesibilidad

de los servicios; 4) la efectividad en el trabajo con pacientes graves (para lograr la adherencia a los tratamientos, para anticipar o prevenir las crisis y para reducir los riesgos); 5) la protocolización de cuándo y cómo excluir al paciente de su hogar; 6) el cuidado de quienes se ocupan de pacientes con trastornos mentales; 7) la prevención de los suicidios. Si bien luego no se especificaron indicadores para operacionalizar estos parámetros, sí se identificaron –para el nivel geográfico *nacional*– las evidencias científicas, los datos epidemiológicos y las terapéuticas basadas en la evidencia, vinculados a cada uno de los parámetros.

En los EE.UU. el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) ha dispuesto de una serie de categorías para evaluar las organizaciones de SM: a) el gerenciamiento de la calidad y el uso de herramientas para la mejora continua, b) la accesibilidad, c) la disponibilidad, d) la derivación y el *triage*, e) la administración de la utilización, f) la certificación y re-certificación de los profesionales y de los establecimientos, g) el ejercicio de los derechos y las responsabilidades de los miembros, h) la presencia de servicios de prevención, i) el uso y la calidad de las historias clínicas para las evaluaciones clínicas y los tratamientos(23). En este caso, con categorías con un nivel de abstracción intermedio entre los parámetros y los indicadores, si se siguen las precisiones de la matriz de 3x3 de Tansella y Thornicroft, estaríamos en el nivel geográfico local.

En un proyecto conjunto de varios países europeos denominado EPSILON (*European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome and Needs*), aplicado a pacientes graves, se tienen en cuenta cinco áreas que se evalúan por medio de escalas: 1) evaluación de la necesidad de atención, 2) evaluación de la carga que representa la patología sobre la familia o el cuidador, 3) evaluación de la satisfacción con el servicio recibido, 4) evaluación de la calidad de vida del paciente, 5) evaluación de aspectos sociodemográficos, vivienda, empleo, ingreso, servicios de salud general, sociales, educacionales y de justicia recibidos por el paciente en los 6 meses previos a la evaluación(2, 3, 6, 7, 12, 21, 22).

1. Es necesario aclarar que la propuesta canadiense operacionaliza los parámetros en un nivel todavía abstracto. Los ítems que figuran como indicadores son susceptibles de una nueva operacionalización que se exprese como tasa, porcentaje o número. Los indicadores canadienses están a mitad de camino entre lo abstracto del parámetro y una variable que pueda tomar un valor concreto (a la que llaman “medidas”).

<b>Tabla 3. Indicadores para Canadá</b>	
1. La aceptación	1.1. La satisfacción del cliente/familia con los servicios recibidos. 1.2. Quejas formales. 1.3. Especificación de los derechos. 1.4. Participación del cliente/familia en las decisiones del tratamiento. 1.5. Participación del cliente en la planificación y en la provisión de los servicios. 1.6. Sensibilidad a las diferencias culturales.
2. La accesibilidad	2.1. Cómo acceden a los servicios las personas con trastornos mentales severos (TMS). 2.2. Cómo acceden a los servicios las personas sin viviendas. 2.3. Cómo acceden a los psiquiatras. 2.4. Cómo acceden a la atención primaria. 2.5. Tiempos de espera para los servicios necesitados. 2.6. Disponibilidad de cuidado o transporte en horarios nocturnos. 2.7. Negación de servicios. 2.8. Intervenciones tempranas. 2.9. Percepción del cliente/familia sobre la accesibilidad.
3. Lo apropiado	3.1. Existencia de programas centrales de buena práctica. 3.2. Fidelidad de los programas de buena práctica a los modelos establecidos. 3.3. Llegada de los programas de buena práctica a las personas con TMS. 3.4. Protocolos de tratamiento para pacientes con comorbilidad. 3.5. Tasas de reinternación. 3.6. Tasa de internación compulsiva. 3.7. Tiempos promedio de internación. 3.8. Uso de medidas restrictivas. 3.9. Uso de recursos menos complejos. 3.10. Gasto apropiado. 3.11. Percepción del cliente/familia sobre lo apropiado de las intervenciones.
4. La competencia o eficiencia técnica	4.1. Conocimiento de los servicios de salud y comunitarios relevantes. 4.2. Conocimiento de la legislación en salud mental. 4.3. Habilidad para involucrar a la gente que rechaza los servicios. 4.4. Habilidad para ver a pacientes y familias como socios en la planificación de tratamientos. 4.5. Conocimiento de los roles y tareas fundamentales en un equipo interdisciplinario.
5. La continuidad	5.1. Mecanismos para la continuidad de los tratamientos. 5.2. Consultas de urgencia. 5.3. Seguimiento en la comunidad luego de una externación. 5.4. Mecanismo de reembolso al profesional por consulta. 5.5. Documentación de la planificación de las externaciones. 5.6. Casos en seguimiento perdidos. 5.7. Pacientes con trastornos mentales severos repatriados. 5.8. Existencia de un contacto único que centralice la información sobre el tema.
6. La eficacia	6.1. Permanencia en la comunidad. 6.2. Mortalidad. 6.3. Involucración con el sistema judicial criminal. 6.4. Estado clínico. 6.5. Estado funcional. 6.6. Estado ocupacional. 6.7. Estado de vivienda. 6.8. Estado financiero. 6.9. Calidad de vida. 6.10. Pacientes no diagnosticados.
7. La efectividad	7.1. Gasto en salud mental per capita. 7.2. Gasto administrativo. 7.3. Estrategias de asignación de recursos en base a necesidades. 7.4. Balance entre la atención comunitaria y la institucional. 7.5. Instrumentos de planificación de la intensidad de los recursos. 7.6. Costos unitarios y costos por cliente. 7.7. Presupuesto para la evaluación y el monitoreo del desempeño.
8. La seguridad	8.1. Complicaciones asociadas con la ECT. 8.2. Errores en la medicación y efectos secundarios. 8.3. Incidentes críticos en pacientes internados. 8.4. Suicidios. 8.5. Homicidios.



Cada una de estas cinco áreas, a semejanza de la propuesta del NCQA, podría considerarse que está a mitad de camino entre la abstracción de un parámetro y lo concreto de un indicador. En el caso de este proyecto, los indicadores propuestos corresponderían a lo que en la matriz de Tansella y Thornicroft(24) era la escala geográfica de los *pacientes*.

### **El uso de indicadores en nuestro país**

A diferencia de lo que se observa en otros países, la Argentina y nuestras instituciones de SM se caracterizan muy especialmente por la ausencia de indicadores de calidad (satisfacción de pacientes y de profesionales, disminución de sintomatología, logro de metas terapéuticas o resolución de los motivos de las consultas, etc.), de alguna lista exhaustiva de parámetros e inclusive de datos (epidemiológicos, de gestión, etc.) y de tasas (de uso, de reinternaciones, etc.). Cualquier intento serio de desarrollar un sistema inteligente (que aprenda de las experiencias, que modifique sus errores y perfeccione sus aciertos) deberá partir de la producción tanto de datos como de tasas y de indicadores de calidad. Es imposible perfeccionar un sistema que no se sabe cómo funciona ni con qué resultados.

Algunas veces se habla de la equidad, la solidaridad, la eficacia, la eficiencia, la calidad, la prioridad de la atención primaria(19), de la necesidad de privilegiar la asistencia ambulatoria o los talleres para externar a los pacientes, de la importancia de los grupos o de la pluralidad de líneas teóricas en el seno de los profesionales de SM(13). Sin embargo, estas precisiones no se proponen ninguna forma de exhaustividad, jamás mencionan cómo se dimensionarán estas variables ni cómo sería posible auditar su marcha o, al estilo del NHS en el Reino Unido, qué intervenciones propenderían a un mejor funcionamiento según los parámetros estipulados. En la medida que no se especifican los mecanismos de instrumentación efectiva de lo declamado, con asignación de recursos y formas concretas de cómo se evaluarán sus procesos y resultados, o sea, si no se usan "indicadores", los Sistemas de SM de la Argentina estarán condenados a funcionar bajo el comando de una simple retórica, demasiado parecida a la poesía o al canto de sirenas.

En los casos en los que se proponen algunos indicadores resultan estar completamente disociados de los parámetros mencionados y con la finalidad de controlar a los profesionales de un modo que termina siendo vivido como policíaco. El presentismo y el reloj para fichar el ingreso y egreso, el giro cama o el número de prestaciones, son algunos de ellos que ameritan un co-

mentario. El primero de ellos refleja un sistema cargado de desconfianza donde, a la vieja usanza de las empresas, la institución presupone que el agente de salud si no es controlado tratará de "sacar provecho" para si mismo no concurriendo o retirándose antes de su trabajo. El giro cama, tomado aisladamente, sin considerar la tasa de reinternación a 7 días, a un mes y a un año carece de valor alguno. Y el considerar únicamente el número de prestaciones sin especificar con cuántos pacientes distintos y con qué diagnósticos, usando qué prácticas y con qué resultados, no es un indicador sino que es el producto de una triple confusión: el subregistro conjugado con "sobrecuentabilizaciones" y un control tergiversado.

Es cierto que las prácticas en SM tienen la particularidad de ser especialmente resistentes a la mensuración objetiva y las disciplinas que conforman el campo de la SM han revalorizado oportunamente la importancia de la subjetividad y han realizado una justa crítica a las ingenuas pretensiones de objetividad. Sin embargo, eso no debe ser un motivo que impida llegar a formular ciertos indicadores (por más provisorios que puedan resultar) que permitan el control de gestión y el perfeccionamiento del sistema.

### **Obstáculos para el uso de indicadores de calidad en el área de la SM**

Hace más de una década que varios autores alertaron internacionalmente sobre la necesidad de construir estos indicadores para el área de la SM(11, 16), aunque hallaron una importante resistencia de parte de los clínicos. Al decir de Ruggeri & Tansella,

[Los clínicos estarían] "dominados por el temor de que la medición de los resultados de sus intervenciones desembocaría inevitablemente en el reduccionismo; frecuentemente ellos sienten que son solo los terapeutas, quienes están directamente ligados en el cuidado de los pacientes, los que pueden apreciar en su totalidad la complejidad de los problemas de un paciente y, por lo tanto, los únicos jueces posibles del tratamiento provisto. Inversamente, los investigadores tienden a utilizar mediciones simples y cuantitativas que con frecuencia generan evaluaciones de los resultados reduccionistas y engañosas."(20) (la traducción es nuestra)

Algunos clínicos parecerían entender que los defensores del uso de indicadores de calidad estarían apostando a sustituir sus habilidades terapéuticas por el uso de escalas, de manuales diagnósticos y de guías rígidas de tratamiento. Ante el supuesto panorama de tener que aplicar únicamente las escalas (del tipo

---

de la de Beck, Hamilton o la PANSS), hacer diagnósticos clínicos exclusivamente según el DSM-IV R y protocolizar al extremo el uso de los psicofármacos –todas cosas que una computadora podría hacer tan bien o mejor que ellos– los profesionales estarían reaccionando en defensa de sus pacientes y en contra del uso de indicadores.

Es justo decir que las escalas y los indicadores poco (o nada) pueden hacer por un paciente en concreto. Su exclusiva utilidad es organizativa y no clínica, para la planificación global y no la de un caso en particular, para hacer mejorar a un sistema y no a un paciente. Aun así, y este es el fundamento último de usar indicadores de calidad, una mejor organización podría (y debería) redundar en una mejor terapéutica del conjunto de los pacientes.

Una vez más cabe rescatar la diferencia establecida entre los indicadores de los resultados y de los procesos, de los pacientes, de los sistemas locales y de los países. Cada celda de la matriz de 3x3 construida por Tansella y Thronicroft convoca a opositores determinados y posee sus particularidades a las que es preciso atender. La voluntad política para usar indicadores a nivel nacional, la oposición de grupos de poder para su uso a nivel local y la complejidad de medir fenómenos imbuidos de subjetividad a nivel de los pacientes, deben contabilizarse en primer término. A su vez, el uso de indicadores para los procesos cuenta con la dificultad extra de estar influyendo en el proceso mismo por el hecho de estar midiéndolo. La observación incide en lo observado, especialmente al nivel de los pacientes, haciendo de la objetividad algo imposible de lograr completamente.

Si los cirujanos parecen tomar de tanto mejor grado el uso de los indicadores (como por ej., la tasa de reinfecciones, la cantidad de días de postoperatorio, la necesidad de reintervenciones, etc.), esta situación no puede disociarse del menor grado de su compromiso subjetivo a lo largo del proceso quirúrgico respecto del que involucra a un profesional de la SM.

A las dificultades propias del terreno de la SM, se le suman algunas particularidades de nuestro país que determinan una notable renuencia cultural a apoyar el uso de indicadores. Probablemente los escollos principales para contar con el crédito de los terapeutas sean el descreimiento de que estas medidas puedan ser de ayuda para los profesionales y/o los pacientes, la falta de hábito, cierto abuso de la teoría del “caso por caso” y la idea que son solo “instrumentos de control”. Lo cierto es que su uso no debería pretender reemplazar la *expertise* del clínico en el proceso diagnóstico y terapéutico ni su capacidad de evaluar los resultados, sino pretender que éste aporte los datos necesarios para poder organizar eficientemente los Sistemas y Servicios de Salud.

El uso de indicadores de calidad es, a todas luces, insuficiente para asegurar un buen funcionamiento del Sistema. Seguramente, además de la necesidad de contar con estos indicadores deberá diagramarse un sistema de incentivos y recompensas, que sirva para mantener a los miembros de la organización motivados para mejorar el desempeño y que alinee sus objetivos con los de la organización. Dado que su uso le demandará más tiempo a los terapeutas y que éstos no suelen usar espontáneamente escalas o formas de objetivar los resultados de sus tratamientos(8), será fundamental buscar la forma de comprometerlos con esta transformación.

## Conclusiones

La construcción de indicadores de calidad en SM para nuestro medio es una tarea prioritaria. Es necesario comenzar por escoger algunos pocos (dos o tres) por cada parámetro abstracto seleccionado. No sólo se necesita imperiosamente tener información concreta; además se necesita saber escoger cuál es la que pueda producir la mayor diferencia a la hora de diseñar, evaluar y reformar los Servicios y Sistemas de SM. La carencia de esta información condena a los Sistemas a ser más permeables a los grupos de presión y a manejarse por “sensaciones térmicas”. La existencia de indicadores puede servir para conseguir que se opere a la manera de “organizaciones basadas en la evidencia”, dificultando la incursión de individuos u organizaciones que intenten obtener beneficios personales a costa del Sistema.

Los indicadores de calidad tienen una utilidad que se restringe a las *organizaciones* de SM a nivel nacional, local o de grupos de pacientes (agrupados según diagnóstico, edad, sexo, etc.) pero no benefician –si no indirectamente– a cada paciente individual.

Pese a la limitada ayuda que les puede proporcionar a los clínicos en su trabajo con los pacientes, el manejo de las escalas y de los indicadores debiera ser prioritario para imbuirlos de las nociones sistémicas que afectan su labor cotidiana y que debieran orientar sus prácticas. Será crucial lograr la colaboración de los profesionales para perfeccionar cuáles deberían ser los indicadores de que los tratamientos de los pacientes, los Servicios y el Sistema, están funcionando correctamente.

En primer lugar, será necesario contar con una decisión política que sustente este viraje en la producción de información para no importar recetas genéricas que no se suele saber cómo adaptar a nuestra idiosincrasia o que no pueden funcionar sin los datos locales. Esto implicaría el compromiso, por parte de los responsables, de tomar decisiones a nivel orga-



nizativo de acuerdo a los resultados devenidos de la aplicación de los indicadores (asumiendo los costos políticos que puedan acarrear).

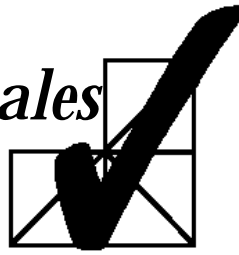
Para la elaboración de indicadores autóctonos no se puede desconocer los ya existentes en otros países y que aquí se presentan, los usados en otras industrias y en otras áreas de la salud.

Las precisiones conceptuales sobre el uso de indicadores de calidad en SM vertidas en el presente trabajo deberían poder orientar la elección de los mismos tanto para evaluar a los pacientes, como a los servicios locales y al heterogéneo y heterodoxo Sistema Nacional de SM de la Argentina ■

### Referencias bibliográficas

1. Agrest, M y Nemirovsky, M., Funcionamiento ideal de un sistema de salud mental en el sector privado. Diez parámetros para evaluarlo. *Vertex, Rev. Arg de Psiquiat.* 2002, 13(48): 151-158.
2. Becker, T; Knapp, M; Knudsen, HC; Schene, AH; Tansella, M; Thornicroft, G; Vázquez-Barquero, JL., the Epsilon Study Group. Aims, outcome measures, study sites and patient sample: EPSILON Study 1. *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 1-7.
3. Chisholm, D; Knapp, MR; Knudsen, HC; Amaddeo, F; Gaité, L; van Wijngaarden, B., the EPSILON study group. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research: EPSILON Study 5. *Br J Psychiatry* 2000, 177(Suppl. 39): 28-33.
4. Department of Health., An audit pack for monitoring the programme care approach, 2001. Consultable en internet en [www.doh.gov.uk/](http://www.doh.gov.uk/)
5. Donabedian, A., Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: *The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor, Michigan: Health Administrative Press, 1980.
6. Gaité, L; Vázquez-Barquero, JL; Arrizabalaga, A; Becker, T; Knapp, M; Knudsen, HC; Schene, A; Tansella, M; Thornicroft, G., The EPSILON study of schizophrenia in five European countries: Design and methodology for standardising outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *British Journal of Psychiatry* 1999, 175:514-521.
7. Gaité L; Vázquez-Barquero JL; Arriaga Arrizabalaga, A; Vázquez-Bourgon, E; Pérez Retuerto, M; Schene, AH; Welcher, B; Thornicroft, G; Leese, M; Ruggeri, M., Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile--European Version. EPSILON Study 8. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs.* *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 49-54.
8. Gilbody, S; House, A; Sheldon, T., Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures: National survey. *Br J Psychiatry* 2002, 180: 101-103.
9. Glover, G & Kamis-Gould, E., Performance indicators in mental health. En G. Thornicroft & G. Strathedee Eds. Commissioning mental health services. London: HMSO, 1996.
10. Health Canada Health Care.htm (2001) [www.hc-sc.gc.ca/english/about.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/about.htm)
11. Jenkins, R., Toward a system of outcome indicators for mental health Care. *Br J Psychiatry* 1990, 157:500-514.
12. Knudsen, HC; Vázquez-Barquero, JL; Welcher, B; Gaité, L; Becker, T; Chisholm, D; Ruggeri, M; Schene, AH; Thornicroft, G., the EPSILON study group. Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurements for schizophrenia: EPSILON Study. *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 7-14.
13. Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000)
14. McClelland, R; Trimble, P; Fox, M; Bell, B; Stevenson, M., Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Quality in Health Care* 2000, 9(2): 98-105.
15. McEwan, K & Goldner, E., Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports. Ontario: Health Canada Pub., 2001. Consultable en internet en <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pdfs/apimhss.pdf>
16. Mirin SM; Namerow MJ., Why study treatment outcome? *Hosp Community Psychiatry* 1991, 42:1007-1013.
17. NHS., A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards & Service Models, 1999. Consultaban en internet en [www.doh.gov.uk/](http://www.doh.gov.uk/)
18. Pirkis, J; Burgess, Ph; Dunt, D; Henry, L., Measuring Quality in Australian Mental Health Services. 1999. Consultaban en internet en <http://www.mentalhealth.gov.au>
19. Plan Nacional de Salud Mental (1998)
20. Ruggeri, M & Tansella, M., Evaluating outcome in mental health care. *Current Opinion in Psychiatry* 1995, 8:116-121.
21. Ruggeri, M; Lasalvia, A; Dall'Agnola, R; va Wijngaarden, B; Knudsen, HC; Leese, M; Gaité, L; Tansella, M., the EPSILON study group. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version: EPSILON Study 7. *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 41-48.
22. Schene, AH; Koetter, M; van Wijnagaarden, B; Knudsen, HC; Leese, M; Ruggeri, M; White, IR; Vázquez-Barquero, JL., the EPSILON study group. Methodology of a multi-site reliability study: EPSILON Study 3. *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 15-20.
23. Shaffer & Hullett., En *Administrative Psychiatry. New concepts for a changing behavioral health system* (Talbot & Hales Eds.). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2001.
24. Tansella, M & Thornicroft, G., A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 1998, 28(3): 503-508.
25. Thornicroft, G. & Tansella, M. (ed.), *Mental Health Outcome Measures.* Heidelberg: Springer Verlag, 1996.
26. Thornicroft, G. & Tansella, M., Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine* 1999, 29(4): 761-767.
27. WHO. The World Health Report. Mental Health: new understanding, new hope, 2001.

# lecturas y señales



## LECTURAS

*EATIP, GTNM/RJ, CINTRAS, SERSOC. Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur.* Buenos Aires, Polemos 2002, 356 pág.

Editado por el Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP), el Grupo Tortura Nunca Más de Río de Janeiro (GTM/RJ), el Centro de Salud Mental y Derechos Humanos de Chile (CINTRAS) y el Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC) de Uruguay, parece este libro fundamental para comprender las múltiples maneras en que la violación de los derechos humanos en Amé-

rica Latina afectaron y afectan la salud mental de sus habitantes. Los miembros de las instituciones mencionadas ilustran estas tesis a través de una treintena de trabajos agrupados en cuatro capítulos: La Salud de los Derechos Humanos en el Cono Sur, El campo psicosocial. Efectos y dimensiones colectivas del trauma, Pensando la clínica: reflexiones y conceptualización y Experiencias y modelos de intervención.

Se examinan documentadamente las formas en que incidió sobre las personas afectadas el trauma generado por la tortura, la desaparición forzada, la apropiación de niños y otras manifestaciones de la violencia directa del terrorismo de Estado en los países del Cono Sur. Pero también se estudian los efectos a mediano y largo plazo, transgeneracionales, de ese accionar así como la perpetuación de esas prácticas en la vida de

las personas por vía de retraumatismos generados en las políticas de impunidad y de nuevos embates represivos sobre los sectores populares.

La memoria individual y la memoria colectiva, sus sombras y luces, sus ocultamientos y tomas de conciencia individuales y colectivos son explorados y conceptualizados en la obra.

La continuidad de prácticas violentas en sostenimiento de injustas situaciones sociales se perpetúa de distintas maneras en el subcontinente generando nuevas consecuencias deletéreas sobre la salud mental de sus habitantes.

Una parte importante del libro está dedicada al estudio clínico y terapéutico del trauma psíquico producido en estas condiciones y sus formas de abordaje, particularmente desde perspectivas psicosociales y psicoanalíticas con énfasis en la acción familiar y grupal.



editorial  
**POLEMOS**

**... la editorial psiquiátrica argentina**

[www.editorialpolemos.com](http://www.editorialpolemos.com)

- Catálogo de libros publicados
- Índices completos de todos los números de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*
- Índices completos de todos los números de *Clepios, Revista para Residentes de Salud Mental*
- Selección de artículos *full-text*
- Otras informaciones y *links* con sitios de psiquiatría y salud mental

**Adquisición de todos nuestros materiales *on-line***



Los acertados prólogos de Osvaldo Bayer desde Argentina, Mauro Ventura desde Brasil, Patricio Manns desde Chile y Daniel Viglietti de Uruguay dan entrada a una obra indispensable a los clínicos que nos encontramos—desde hace años— y nos encon-

traremos con un sector de consultantes que expresan en diversos grados de sufrimiento las consecuencias de la violación de sus derechos humanos.

Esta obra colectiva, que reúne una prolongada experiencia en el tema, constituye un aporte, digá-

moslo una vez más, indispensable para comprender, desde una psiquiatría comprometida con la ética y la justicia un pasado siempre presente en nosotros y en nuestros pacientes.

JCS

# SEÑALES



Sociedad Coorganizadora  
Sociedad de Psiquiatría  
de La Plata



Asociación de  
Psiquiatras Argentinos

## XIX CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRIA

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL  
REUNION REGIONAL SUR DE AMERICA LATINA (AMP/WPA)

VI SIMPOSIO REGIONAL CONO SUR DE APAL

VII ENCUENTRO DE SECCIONES DE APAL

### “Respuestas de la Psiquiatría ante la Crisis Social”

10 al 13 de Abril de 2003  
Hotel Sheraton - Mar del Plata - Argentina

#### *Informes*

E-Mail: [congreso@apsa.org.ar](mailto:congreso@apsa.org.ar)  
Web: [www.apsa.org.ar](http://www.apsa.org.ar)  
Nueva sede APSA  
Calle Rincón 355  
Ciudad de Buenos Aires (CP 1081)  
Tel. 4952 1249

**Presentación de trabajos hasta el 31-1-2003**