

Construcción de espacios grupales terapéuticos en el ámbito de la internación: relato de experiencia en una unidad de mediana estancia de la ciudad autónoma de Buenos Aires

Rosana Tononi, Adriana Dawidoski, Jimena Vicens, Morena Díaz e Irene Ventriglia

RESUMEN

Este relato de experiencia describe el desarrollo de un dispositivo grupal de socialización en el abordaje de pacientes complejos en rehabilitación a partir del año 2016 en una Unidad de Mediana Estancia (UME) del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se partió de reconocer la posibilidad de trabajar en el marco de la psicología social de Pichon-Rivière adaptando la técnica del grupo operativo para ámbitos hospitalarios que generan alto nivel de estrés, desfuncionalización y disrupción de la vida cotidiana. En este relato describimos la conformación, en esta UME, de grupos operativos terapéuticos de pacientes con deterioro físico, cognitivo o en cuidados paliativos. La metodología para el análisis de esta experiencia se basó en el registro prospectivo narrativo de cada encuentro grupal. Presentamos una reflexión teórica sobre las adaptaciones al encuadre y a la planificación de cada actividad grupal, para lograr continuidad y pertenencia grupal, en los grupos operativos desarrollados en este tipo de contexto hospitalario.

Palabras clave: atención integral de salud, psicología social, socialización, Argentina.

CONSTRUCTION OF THERAPEUTIC GROUP SPACES DURING HOSPITALIZATION: EXPERIENCE IN A MEDIUM-STAY UNIT IN THE CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

ABSTRACT

This experience report describes the development of a socialization group device in the approach of complex patients in rehabilitation from 2016 on a Medium-Stay Unit (MSU) of the Hospital Italiano de Buenos Aires. It started by recognizing the possibility of working within the social psychology framework of Pichon-Rivière by adapting the technique of the operative group for hospital environments with high level of stress, defunctionalization and disruption of daily life. In this report we describe the conformation in this MSU of therapeutic operative groups of patients with physical, cognitive or palliative care impairment. The methodology for the analysis was based on the prospective narrative record of each group meeting. We present a theoretical reflection on the adaptations to the framing and the planning of each group activity. This allowed us to achieve continuity and group belonging in the operative groups developed in this hospital context.

Key words: comprehensive health care, social psychology, socialization, Argentina.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(4): 139-148.

“En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros.”

Enrique Pichon-Rivière

INTRODUCCIÓN

El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) dentro de sus líneas de acción orientadas hacia la atención de la población adulta mayor crea la Unidad de Mediana Estancia

(UME) en el año 2016, que es una unidad de cuidados intermedios dedicada a la atención de adultos en situación de fragilidad. Constituye un espacio de transición al alta para la recuperación funcional a través de un abordaje integral, incorporando los aspectos médicos, psicológicos, sociales y ambientales en la atención.

Un evento agudo, como neumonía, fractura de cadera o accidente cerebrovascular, requiere internación hospitalaria para su intervención y tratamiento. Esto conforma un fenómeno disruptivo en la vida cotidiana de las personas con efectos en el orden físico, emocional y social, provocando pérdidas en las funciones motoras y cognitivas. Por lo tanto, es necesaria una instancia de cuidados integrales que permitan la adaptación activa a los diversos escenarios de su vida cotidiana.

Recibido: 18/07/18

Aceptado: 22/11/18

Acciones Directas en la Comunidad (R.T.). Área de Salud Poblacional. Departamento de Investigación (A.D., J.V., M.D.). Acciones Directas en la Comunidad del Plan de Salud (I.V.). Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: rotononi@gmail.com

La UME surge como una zona de transición entre la hospitalización aguda y el domicilio o residencia y tiene como objetivo general garantizar la recuperación funcional a través de la continuidad de cuidados progresivos e integrales. En ese sentido, los objetivos generales de la UME son lograr las altas efectivas, disminuir reinternaciones y mejorar la calidad de atención y de vida de la población atendida.

La UME está conformada por un equipo interdisciplinario de atención, cuyos integrantes son enfermeros, médicos, kinesiólogos, una nutricionista, una psicogerontóloga, una fonoaudióloga y una psicóloga social.

En septiembre de 2016, en el marco de la UME, se decide implementar un dispositivo grupal de estimulación integral organizado en talleres semanales en los cuales se realizan actividades de estimulación cognitiva, artística y de socialización. Este dispositivo es planificado y coordinado por una psicóloga social y un terapeuta ocupacional, dentro del marco conceptual de Enrique Pichon-Rivière¹. La intención del espacio grupal es trabajar desde la creatividad y la afectividad para producir un cambio hacia el bienestar de los pacientes desde esa condición concreta de existencia que le toca transitar a cada uno². Utilizando diferentes técnicas de intervención se intenta empoderar a los pacientes para que logren vincularse con su entorno, posibilitando redes de contención y acompañamiento entre ellos mismos.

El objetivo de este trabajo es describir y reflexionar sobre la experiencia de la implementación de dicho dispositivo grupal para la estimulación integral y la socialización de adultos mayores internados en la UME. Con la intención de poder ampliar la discusión respecto de las transformaciones que los ámbitos sanitarios deberían realizar para el logro de una atención integral, este trabajo espera aportar a experiencias similares en otros contextos.

METODOLOGÍA

El ámbito donde se desarrolló la intervención fueron las instalaciones de la UME del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, que se encuentra en un hospital de comunidad ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dentro de estas instalaciones, el Plan de Salud alquila un sector con 8 habitaciones y 16 camas. Se dispone de sectores compartidos, como una sala de estar, un jardín y un patio con pérgolas, en los cuales se pueden llevar a cabo actividades con los pacientes y familiares. La UME está coordinada por un médico de planta del servicio de Clínica Médica. El equipo de atención está conformado por dos médicos del servicio de Clínica Médica del HIBA que rotan entre uno y dos meses, mientras que los otros profesionales se desempeñan de manera permanente en esta unidad. Desde el punto de vista edilicio, es un ámbito abierto, luminoso, que cuenta con parte de edificación antigua y un jardín bordeado de árboles en el que se encuentra

la pérgola. Sus habitaciones son luminosas, edificadas especialmente para que se pueda observar el jardín lindero. La población del estudio se refiere a los pacientes internados, sus familiares y cuidadores, que participaron del dispositivo. En la UME ingresan pacientes estables clínicamente que cursan un episodio médico o quirúrgico que ocasiona pérdida de funcionalidad. En su mayoría son adultos mayores en situación de fragilidad o en cuidados paliativos o en ambas instancias.

El período de análisis del estudio representó un recorte temporal de las primeras siete semanas de implementación de la intervención, a partir del mes de septiembre de 2016.

El estudio se basó en el registro de crónicas de cada encuentro tomando los hechos en forma literal según sucedieron e incluyendo las impresiones del momento. En una etapa posterior, las crónicas fueron analizadas a partir de los emergentes de cada encuentro y resignificándolas en el contexto del marco teórico propuesto.

Con el fin de preservar la identidad de los pacientes que participaron de este estudio se consultó al Comité de Ética de Protocolos de Investigación del HIBA, que recomendó: modificar los nombres personales, evitar la mención de situaciones que pudieran identificar a los pacientes y resguardar el nombre de la institución donde se implementa la UME del HIBA, no siendo necesario solicitar retrospectivamente la firma de consentimiento informado.

SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA TEORÍA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE PICHON- RIVIÈRE

Para este trabajo partimos del Esquema Conceptual Referencial y Operativo, que se fundamenta en la psicología social desarrollada por Pichon- Rivière¹.

Esta teoría postula que las primeras relaciones sociales forman vínculos que son internalizados por el sujeto, formando un mundo interno compuesto por estructuras vinculares internalizadas³.

Desde esta perspectiva se define al sujeto como emergente de las relaciones vinculares, siendo un ser de necesidades que solo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. En este esquema conceptual, la unidad mínima de análisis es el vínculo, definido como una estructura compleja en donde el sujeto interactúa con el objeto mediante procesos de comunicación y aprendizaje. En todo vínculo interviene un tercero—contexto— que puede ser facilitador u obstaculizante de aquello que organiza y da sentido a ese vínculo (la tarea). En esta propuesta teórica, el sujeto es sano en la medida en que logra aprehender la realidad desde una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo. La enfermedad será caracterizada por la detención, deterioro y empobrecimiento de estos procesos de comunicación, transformación y aprendizaje.

A través del trabajo grupal, las personas tienen la posibilidad de vivenciar nuevas experiencias vinculares, que posibilitan reformular estereotipos que generan alienación. Para Pichon-Rivière, aprendizaje es toda forma de cambio de conducta interna y externa que enriquece la personalidad. La teoría pichoniana constituyó un aporte fundamental para comprender los grupos, inaugurando una nueva manera de entender e intervenir en el campo de lo grupal⁴.

EL GRUPO OPERATIVO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

La manera de poner en práctica estos conceptos es a través de la técnica de Grupos Operativos: “nos referimos a un dispositivo técnico, a un conjunto de procedimientos de intervención en el acontecer grupal”⁵. El Grupo Operativo se define como un conjunto restringido de personas ligadas por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación interna, que se proponen implícita o explícitamente una tarea que es su finalidad⁶.

En el trabajo del Grupo Operativo se busca movilizar el Esquema Referencial del sujeto, especialmente en sus aspectos inconscientes, buscando la transformación de las formas estereotipadas de pensar y sentir, ampliando así sus posibilidades vinculares. Las posibles transformaciones ocurren a través del aprendizaje grupal, dando lugar a procesos comunicativos y a interacciones que facilitan el vínculo.

La técnica de Grupos Operativos se utiliza ampliamente en el ámbito de la salud, como estrategia para promover el protagonismo de los pacientes en el proceso terapéutico y en el desarrollo de redes vinculares de contención y acompañamiento, en contextos donde tradicionalmente las intervenciones son de carácter individual. En los últimos años, diversas experiencias han implementado este marco teórico en el ámbito de la salud mental⁷, en pacientes con enfermedades crónicas⁸, en el acompañamiento de grupos familiares o de adolescentes en situación de vulnerabilidad social^{4,5}. Estos trabajos concluyen en la potencialidad de la técnica de los Grupos Operativos a fin de que los pacientes generen autonomía frente a la dolencia y logren el fortalecimiento de los vínculos.

Para la construcción del taller de estimulación integral en la UME partimos de la necesidad de trabajar con la disrupción que produce la internación en la vida cotidiana de las personas. Se espera que participando en cada encuentro grupal desde la afectividad y, en ese afectar-se, pueda producirse en esta nueva cotidianidad un movimiento hacia el bienestar.

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL TALLER DE ESTIMULACIÓN INTEGRAL

El Taller de Estimulación Integral comenzó a funcionar en septiembre del año 2016 y a los fines del presente trabajo

se describe el proceso ocurrido durante las siete primeras semanas.

En ese período de los sucesivos encuentros participaron entre 3 y 6 pacientes y de 1 a 3 familiares por grupo, con edades entre 35 y 85 años, y variadas comorbilidades (ACV, fractura de cadera, cáncer, politraumatismos, deterioro cognitivo leve)*.

En el siguiente apartado se describe el desarrollo del espacio grupal a partir de crónicas narrativas, redactadas desde la perspectiva y las vivencias de la coordinadora del taller.

El comienzo

Nos reunimos con los profesionales que nos transmiten un escenario difícil: pacientes con poca comunicación entre ellos y con escasas redes de contención y acompañamiento de familiares o amigos.

El acuerdo inicial al que llegamos refiere únicamente a los aspectos operativos: acordamos un día y un horario de reunión, y también cómo trasladar a los pacientes que no pueden valerse por sí mismos al espacio acordado (Cuadro 1).

Música y construcción

Para el primer encuentro no sabíamos con quiénes nos íbamos a encontrar, ni las patologías, ni las edades, ni la condición de cada uno. Llevamos al encuentro como propuesta trabajar en torno a algo en común, universal: la música, con la idea de hacer un bingo musical. A medida que fueron llegando los pacientes, cada uno a su propio ritmo y forma de movilización, nos contaban qué música le gusta a cada uno, expresando sus reticencias para participar de la actividad. En medio del bullicio que se genera, cada uno se va instalando en una ronda. Fuimos facilitando los encuentros presentándolos entre sí; no se conocían, ni conocían sus nombres, ni tenían el hábito de saludarse. Planteamos que se trata de organizar un espacio para construir entre todos, y que cada uno plantee sus gustos musicales. Alguien comenta que le gusta una canción que no recuerda, otro comienza a cantarla, y rápidamente todos se suman, formando un coro. Así se arma el primer grupo, el primer encuentro. Cantamos dos canciones más entre todos, el grupo se cierra cuando se anuncia que está lista la comida. La atención se disipa, los pacientes se orientan hacia el almuerzo, su otro centro de interés (Cuadro 2).

El viaje

El segundo encuentro, si bien cambió la conformación de los integrantes del grupo, se fue organizando en términos de lo que en psicología social se denomina “encuadre de los encuentros”. En ese sentido, nos fue grato encontrar en

*Según la escala CDR (Sid EO, et al. (2008). Texas Alzheimer's Research Consortium. Staging Dementia Using Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Scores A Texas Alzheimer's Research Consortium Study. Arch Neurol. 65(8):1091-5.

Cuadro 1. Primera reunión con el equipo de la UME: encuadre del dispositivo

Nos encontramos con la directora médica de nuestro equipo para definir las líneas de intervención que pensábamos plantearle al equipo de profesionales de la UME. A la hora acordada ingresamos en el espacio de internación, un espacio nuevo dentro de una vieja edificación. Nos recibió el equipo de profesionales: los médicos, la supervisora de enfermería y el kinesiólogo. Recorrimos el lugar, un espacio luminoso, agradable, con ventanas a un jardín. Nos juntamos para conversar sobre la posibilidad de armar un dispositivo de intervención para los pacientes internados; nos comentaban que el día se les hace larguísimo, que se aburren, que el único tema es la enfermedad. Que los fines de semana son deprimentes, los familiares no los visitan y se sienten solos, que el mayor problema es que están demasiado tiempo internados y con familias incontinentes. Nos contaron que el 30% de los pacientes no tiene una red familiar de acompañamiento, que hay que trabajar con las expectativas de los familiares. Además, los pacientes solamente pueden interactuar con el compañero de habitación y no cuentan con espacios que habiliten otros vínculos sociales, están instalados en la enfermedad y no pueden hablar de otra cosa; los pacientes paliativos tienen actividades pero nadie se ocupa de los que no son terminales. En este primer encuentro acordamos con el equipo de profesionales encuadrar la actividad los días martes a las 11:00, horario elegido por la necesidad de contar con el kinesiólogo para realizar el traslado de los pacientes desde sus habitaciones al hall principal donde realizamos los encuentros.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 13/09/2016.

Cuadro 2. Primer encuentro grupal: conformación del grupo operativo trabajando a partir de gustos musicales

Con ayuda de los médicos fuimos seleccionando en función de sus posibilidades a los pacientes con los cuales íbamos a trabajar ese día. Se los fue invitando para juntarse en el hall central, fueron llegando de a uno. La primera que llegó fue Luisa, una mujer entre 70 y 80 años caminando con el andador. Nos contó la historia de su casa, que se inundó y se quedó adentro sola, sin salir. El proyecto de ella era sacar todo, arreglar toda la casa. Ahora quiere "salir bien de este lugar [el Hospital], seguir haciendo lo que hacía, como escuchar música clásica, a Marta Argerich y Daniel Barenboim". Se acercan varios pacientes, todos en silla de ruedas. Graciela, acompañada de su hermana Susana, nos cuenta que tienen muchos proyectos para hacer juntas, como ir a Trelew y pasear, que les gustan el tango y el folclore. "Mercedes Sosa", dice Graciela.

Juana llega diciendo que le gusta la música pop, que ella cantaba pero ahora no, porque no tiene memoria. Ingresó otra paciente acompañada por sus dos hijos. Le decimos que se puede quedar para ver de qué se trata y no participar; la hija dice que no, agarra la silla de ruedas y se la lleva.

Por último, se acerca Juan, no puede hablar, se alimenta con un botón gástrico y con la única mano que puede mover nos comunica que le gusta toda la música.

Seguimos hablando de canciones, poco a poco fueron recordando, tarareando, se fueron acercando los profesionales del equipo que estaban en las habitaciones atendiendo a otros pacientes y terminamos cantando todos, "El día que me quieras". Fue un momento emocionante seguido de aplausos.

Los invitamos a que pensarán qué les gustaba hacer, que este era un espacio de ellos, que entre todos íbamos a ir armando un proyecto para compartir juntos los martes. Susana dijo que podrían ser juegos, como el "al Don Pirulero" [canción popular] y le preguntamos si alguien lo conocía. Empezó Susana y los demás se fueron sumando, empezaron a cantar y hacer la mímica de los instrumentos con las manos. En un momento, Juana dice que está la comida y nos despedimos hasta el próximo martes con una ronda de nombres.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 20/09/2016.

la sala a algunos pacientes preparados para empezar a trabajar. Mientras otros pacientes iban llegando, se realizó la siguiente intervención: se les preguntó qué fotos llevamos con nosotros que nos conectan con un momento placentero, de disfrute. Néstor, un nuevo integrante, comienza a describir el paisaje de la foto que recordaba de un viaje. Mientras lo hacía, su expresión se iba transformando, su mirada tomaba brillo. Su emoción motivó al resto del grupo a continuar describiendo sus “fotos internas”, produciendo un viaje interior hacia un lugar placentero. A medida que pasó el tiempo del encuentro, la mayoría de los integrantes pudo compartir recuerdos de viajes, reviviendo con el grupo esos momentos de disfrute y emoción. Planteamos al grupo que el revivir esos recuerdos puede funcionar como un recurso potencial para los momentos de dolor, tensión o aburrimiento en el transcurrir de la internación. Reafirmando el planteo realizado, la hija de Juan comenta que resultó positivo para su padre, cuando estaba en terapia intensiva, relatarle viajes y momentos que disfrutaron juntos, y proponen compartir fotos en el próximo encuentro (Cuadro 3).

El mismo lugar que siempre parece otro

Cada encuentro es distinto del anterior; las actividades que planificamos las tenemos que ir adaptando a la situación que se nos presenta. En este tercer encuentro estaban presentes Luisa y Juan. Se sumaron a la ronda, por primera vez, Antonio –quien sufrió un accidente y es difícil comunicarse con él porque no escucha– y Raúl, un hombre joven politraumatizado por un accidente. Raúl, que hace varios años que está hospitalizado, nos cuenta

de su familia, de sus hijos adolescentes, de su niñez. El kinesiólogo y la enfermera nos comentan que los pacientes esperan los martes, que les cuentan a sus familiares de los encuentros, de las canciones. Luisa pregunta si habíamos traído la música: estas instancias nos permitieron darnos cuenta de que había elementos que podían darle continuidad al trabajo grupal. Por otro lado, la propuesta de la música y la propuesta de las fotos familiares que había traído Juan en la reunión anterior nos daban idea del tipo de elementos que podían direccionar la tarea⁹. La actividad fue posible porque la hija de Juan trajo la *tablet* con las fotos que había propuesto él en el encuentro anterior, y así fuimos conociendo a su familia, nietos, viajes, amigos. Las fotos familiares habilitaron la posibilidad de hablar sobre la relación de padres e hijos, sobre la “amorosidad” de algunas madres y sobre la “rigurosidad” del padre de Luisa (Cuadro 4).

Un pacto para vivir, caricias que curan

Cuando los pacientes nos ven llegar se van acercando de a poco, de acuerdo con sus posibilidades funcionales, con silla de ruedas, bastón, andador. Se va armando la ronda de los martes con algunos integrantes conocidos y otros que se acercan por primera vez. A Luisa la habían trasladado a un geriátrico, a Juan al central para hacerse un estudio. Trabajamos con un memotest gigante, que tiene la facilidad de poder desplegar las fichas en el piso, pero el tema central en este cuarto encuentro fueron las caricias, que las caricias curan. Terminamos cantando tangos con el médico y el kinesiólogo hasta que finalizamos la jornada emocionados entonando... “Un pacto para vivir” (Cuadro 5).

Cuadro 3. Segundo encuentro: iniciativas emergentes que habilitan continuidad en la tarea

La situación era diferente con respecto a la del martes pasado: Luisa se había caído y estaba dolorida, fuimos a buscar a Graciela y nos dijo que quería estar en silencio, que la disculpáramos. Tampoco estaba Susana, su hermana. Juan nos esperaba con su hija en el hall, junto a Juana. El kinesiólogo le propuso a Néstor que se sumara. Néstor es un hombre adulto que está internado desde hace cinco meses; hace dos meses lo trasladaron del central, donde estuvo en terapia con respirador. Nos contó que tiene 4 hijos que vienen a verlo los fines de semana porque en la semana trabajan.

La reunión fue transitando entre Austria, París, la muralla china que recorrió Juan y los *shoppings* de Juana, “déjame de iglesias, de italianas vestidas de negro con cara de triste, iyo quiero ir al *shopping!*” decía. Para cerrar retomamos el tema de la música. Néstor dijo que a él le gusta el tango y le propusimos hacer un bingo musical: poníamos una canción y ellos adivinaban el título. Cantábamos algunas canciones hasta que vinieron a buscar a Néstor porque había venido el cirujano a verlo. De a poco se fue apagando el grupo. Juan nos dice: “Para el próximo martes podemos traer fotos de nuestra familia para compartir”. Su hija aclara: “Tiene cuatro hijos pero siete nueras, se lleva bien con todos, él es así...”

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 27/09/2016.

Cuadro 4. Tercer encuentro: continuidad a través de las fotos familiares y la música de la guitarra

Graciela y Juana ya no estaban, les dieron el alta. Néstor se había ido al central a hacer unos estudios; quedaban Luisa y Juan para trabajar. Nos comentan el kinesiólogo y la enfermera que los pacientes en la semana hablan de lo que hicieron el martes, que les cuentan a los familiares que estuvieron cantando. Veo a Luisa dispuesta a salir de su habitación, me dice: "¿Y la música?" y le contesto: "Luisa, trajimos música, ¡¡¡sí que preparate!!". Se sumó Juan con la hija, que no deja ni un momento de hacerle caricias. Se acercan Raúl y Antonio y llega el kinesiólogo con la guitarra; se van sumando los médicos y enfermeras. Empieza a percibirse la melodía de "Sobreviviendo", de Víctor Heredia; enseguida empezaron a cantar y aplaudir al compás de la melodía hasta que una mujer con guardapolvo blanco se asomó por la puerta de vidrio, que separa el espacio de los encuentros e hizo un gesto que todos entendimos que era que dejáramos de cantar.

Antonio, antes de irse a la habitación por los dolores que le provocaba estar sentado, nos dice que le gustan Troilo, Piazzola y, como cantor, Alberto Varela. Nos despedimos hasta el próximo encuentro.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 04/10/2016.

Cuadro 5. Cuarto encuentro: la necesidad de caricias

Lo veo a Antonio, sentado al lado de la ventana. Lo saludo, le digo lo bien que lo veo, qué diferente está con respecto a la semana anterior. Sonríe asintiendo con la cabeza, me pide que lo ayude a pararse, que está cansado de estar quieto. Antonio no escucha bien, es difícil que pueda seguir la interacción del grupo.

Se acerca Raúl, sonriendo, en la silla de ruedas, junto con Rosa, una paciente en cuidados paliativos, también en silla de ruedas, acompañada por su hijo. "Mi hijo es músico", dice Rosa. Voy a buscar a María, que es la cuidadora de una paciente que no conocemos. María nos cuenta que la paciente está tan dolorida que no puede salir y se le llenan los ojos de lágrimas.

Néstor esta vez pudo participar, cuenta que le sacaron dos muelas y que no la pasó nada bien. Se habla de análisis, de tubos, les contamos que a Luisa le dieron el alta.

Se habla de mimos, que los mimos curan. Raúl dice que le gustaría que su mujer lo acaricie, que eso lo curaría, que en lugar de morfina cada cuatro horas necesitaría esas caricias.

María cuenta que le hizo a su paciente caricias con talco, que se le fue el dolor y se pudo dormir. El hijo de Rosa no deja de acariciarla, me dice: "Mi mamá no escucha, por eso se pierde en la reunión". "¿Alguno conoce el memotest?", pregunto. La mayoría desconocía el juego. Desparramamos los cartones de colores en el piso, les decimos que vamos a trabajar la memoria y la asociación, "voy a poner boca arriba los cartones para que miren las imágenes y vean donde están los iguales... ¿listo?". Se percibía un momento de tensión, se apresuraban para seguir mirando atentamente mientras que iba dando vuelta los cartones. "¡Uy, qué difícil!", se escucha. "¿Quién empieza?" Rosa dice "¡Yo!".

Así fueron encontrando los pares iguales, con momentos de alegría y aplausos cuando alguno lo lograba. Luis, un paciente nuevo, muy callado, que estaba con su hija, rápidamente encontró el par. Raúl se enojaba porque no lo lograba. Terminamos con risas y aplausos. En ese momento llegaron el kinesiólogo y el médico con su guitarra, empezaron a cantar: "Cambalache", "La balsa", "El extraño de pelo largo". Terminamos con "Un pacto para vivir". ...Solo Un Pacto Para Vivir...

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 11/10/2016.

Un día de campo

Cada martes llegamos a la UME y es otro el escenario. Rápidamente tenemos que adaptarnos y pensar estrategias para tratar de armar el dispositivo dentro de las posibilidades de los pacientes que están presentes. Ese día, todo era incierto: los médicos y las enfermeras corrían de un lado al otro, había una situación de emergencia con un paciente que tenía convulsiones. Pensamos suspender la reunión y pasar por las habitaciones y armar algo ahí. Los médicos insistieron para que no dejáramos de hacer la ronda de los martes, porque los pacientes la esperan. Así fuimos trasladando, con la ayuda del kinesiólogo, a los pacientes hasta el jardín del hospital. Llevamos una pelota con papelitos pegados que contienen letras de canciones y al sacar cada papel fueron recordando las letras, tarareándolas, hablando de la tristeza de los tangos, de los duelos no elaborados. Nos despedimos hasta el siguiente encuentro y terminamos cantando con el kinesiólogo y el médico que ese día habían llevado su guitarra para el cierre musical (Cuadro 6).

La vuelta a casa de Juan

Cuando llegamos, Juan estaba listo para irse a su casa pero nos hacía señas para que supiéramos que se quedaba en la actividad con nosotros. De a poco se fue armando la ronda de los martes; habíamos preparado unos frasquitos con olores diferentes, para trabajar con el sentido del olfato, sus asociaciones y las imágenes que evocan.

Raúl relacionó el aroma a café con el día de su accidente: esa mañana –antes de salir– su mujer le preparó un café... ese olor le producía tristeza, pero él se aguantaba y no lloraba. Hablamos del llanto, de lo cultural, “que los hombres no lloran”, que el llanto es una descarga de tensiones. Relataron las diferentes maneras de descargar tensiones que tenía cada uno, y siguieron asociando olores con imágenes.

Esta vez para el cierre musical habíamos llevado instrumentos. Fui repartiendo las letras de las canciones y un instrumento de percusión para cada uno. Cuando empezamos a cantar “Luna cautiva” se acercan otros dos pacientes: un hombre con una sonda vesical y una mujer con una bota en

Cuadro 6. Quinto encuentro: aceptación institucional del dispositivo de intervención

Cuando llegamos, vemos pasar al médico serio, apurado; sin mediar palabra nos acercamos a la enfermera para preguntarle qué estaba pasando; ella nos dice que había estado preparando a los pacientes para nuestra reunión y en ese momento Antonio empezó a tener convulsiones. Además, faltaban Juan, porque lo tenían que llevar al central para hacer una radiografía, y Raúl, que no había podido dormir porque Antonio, su compañero de cuarto, se quejó toda la noche. Propusimos suspender el encuentro y pasar por las habitaciones a visitar a los pacientes; una médica nos dice que nos están esperando, que no los podemos dejar sin reunión, “Juan puede hacerse el estudio otro día”, afirma.

Al ver el día soleado se nos ocurrió hacer el encuentro afuera, en el jardín. Para llegar al jardín hay que atravesar primero un pasillo, luego el hall donde hacemos las reuniones y finalmente bajar una rampa. “Solo hay tres sillas de ruedas”, dice el kinesiólogo... “Bueno, no importa, los vamos llevando y pasando a una silla común”.

Se armó la ronda, sacamos una pelota grande de colores llena de papelitos pegados; en cada papelito había un fragmento de la letra de una canción: “...que juntos un día nos viste pasar...”, “...sentir que es un soplo...”, “...hace tiempo que sueño con ella...”.

Les damos la consigna del juego: “La pelota va a rodar, cada uno le pega con lo que puede y en un momento agarran un papelito y lo leen: ¿Se acuerdan cuál es el título de esa canción?”.

Fueron leyendo y tarareando canciones, relatando recuerdos que quedaron enlazados a canciones, se habló de la tristeza de los tangos, de los duelos no elaborados, de quedar pegados al pasado.

Llegan el médico y el kinesiólogo con su guitarra; su preocupación en ese momento pasaba por las partituras, porque se les volaban las hojas con el viento. “Los martes no puedo faltar”, dice la hija de Luis. Empiezan cantando una canción que “sepamos todos”: “América” de Nino Bravo, “La masa”, después una de Diego Torres, y terminamos con “Uno busca lleno de esperanzas”.

El médico dice: “¿Y si el próximo martes armamos una mesa para almorzar acá afuera?”.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 18/10/2016.

el pie, preguntando si pueden bailar. Ingresan al centro de la ronda y bailan amorosamente. Nuevamente, el hospital se iba transformando como todos los martes. Sin embargo, este no era un martes cualquiera, sino que era el último día de Juan en el hospital. Juan había sido un integrante protagonista que le daba continuidad al grupo. Su partida, por un lado, generaba alegría en los compañeros y, por otro, la tristeza de no verlo más.

Terminamos el encuentro con "Chacarera de un triste". Juan se despide, llorando, y emocionado le dice a Raúl que siga, que tenga fuerza, que él va a poder. Le decimos que un martes nos venga a visitar, que lo vamos a extrañar. Y nos preguntamos cómo sería el próximo encuentro después de Juan.

DISCUSIÓN

Repensando conceptos fundantes de la teoría de Pichon-Rivière para la construcción de un espacio grupal en la UME: adaptación activa, transformación en la construcción

En este relato de experiencia presentamos la construcción de un dispositivo grupal de intervención con pacientes en rehabilitación internados en una unidad de mediana estancia. El dispositivo estuvo fundamentado en la teoría de psicología social de Pichon-Rivière. En este sentido, sobre la base del marco teórico de la psicología social, entendemos que la subjetividad de la vida cotidiana se construye en la interacción de los vínculos. Como refiere Ana Quiroga, una de las referentes de esta teoría:

*"La vida cotidiana es la forma de desenvolvimiento que adquiere día tras día nuestra historia individual. Implica reiteración de acciones vitales, en la distribución diaria del tiempo. Por eso sostenemos que cotidianidad es espacio, tiempo y ritmo. Se organiza alrededor de la experiencia, de la acción, del aquí de mi cuerpo y del ahora de mi presente. La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento. Pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros 'mi mundo' es un mundo vivo con otro"*².

De acuerdo con lo planteado anteriormente, nuestro objetivo se dirigió a posibilitar la adaptación activa a la realidad como criterio de salud, interviniendo desde el arte, la música, la pintura y el juego, y articulando lo lúdico con lo terapéutico para posibilitar el despertar de la potencialidad creadora. El dispositivo grupal pretende que estas personas internadas en rehabilitación puedan poner en palabras sensaciones, afectos y emociones, vivenciadas en el devenir del proceso de internación.

Actualmente existen otras iniciativas en la Argentina a nivel hospitalario para trabajar lúdica y/o creativamente con los pacientes internados a fin de favorecer el proceso de recuperación. Las principales experiencias conocidas se encuentran en población pediátrica, pero menos en

población adulta. Las más reconocidas en nuestro país se han desarrollado en instituciones psiquiátricas.

También se llevan a cabo intervenciones como las realizadas por los Payamédicos¹¹, quienes adaptaron la técnica del payaso teatral al ámbito hospitalario, mediante recursos psicológicos y artísticos. Otra experiencia es la de la Asociación Civil "C.H.A.P."¹² centrada en la expresión artística, en la que se coordinan talleres con niños internados en hospitales pediátricos y sus familias, con el objetivo de transformar lo traumático y el nerviosismo de la sala de espera en energía creativa. En ambos casos se trata de abordajes en los que, si bien hay momentos de reuniones grupales, el dispositivo de intervención no es el grupo, sino el juego en un caso, el arte en el otro; ambas iniciativas buscan desdramatizar el medio hospitalario, mejorar la relación médico-paciente y ofrecer momentos de distracción recuperando los aspectos sanos de las personas hospitalizadas.

En relación con la salud mental, se ha desarrollado la experiencia de Cooperanza, en el ámbito del Hospital Psiquiátrico José T. Borda¹³. Este dispositivo, que también se fundamenta en la psicología social de Pichon-Rivière, propone un abordaje integral e interdisciplinario, que consiste en talleres de orientación artístico-lúdica (taller de plástica, literario, juegos y música) que se realizan una vez por semana, en los que participan pacientes y expacientes, y se invita a la comunidad en general. Este proyecto se contrapone a la lógica manicomial, que impone un abordaje individual del paciente centrado en la enfermedad. En Cooperanza, los pacientes logran mejorar su condición de vida en cuanto a socialización y pertenencia al contexto grupal, pasando "de ser un sujeto pasivo a ser un sujeto activo, creador y deseante"¹³.

En el caso de este dispositivo del hospital Borda se trabaja con una población cuya patología es homogénea, y que presenta posibilidades de continuidad en el grupo por los extensos períodos de internación de los pacientes en la institución. A diferencia de esta experiencia, en el taller de estimulación integral de la UME fue necesario realizar adaptaciones al dispositivo grupal, ya que los supuestos de continuidad y pertenencia, que caracterizan a la técnica de Grupos Operativos, se encuentran condicionados: por un lado se trata de un grupo con heterogeneidad de problemáticas físicas y cognitivas, lo que establece límites fácticos a las propuestas posibles, y, por el otro, el grupo presenta alta movilidad y discontinuidad en la participación. Esto plantea desafíos específicos a la técnica de los Grupos Operativos, el encuadre y la continuidad, lo que llevó a la necesidad de un proceso de planificación específicamente adaptado.

SOBRE EL ENCUADRE DEL GRUPO

Uno de los pilares fundamentales de la teoría pichoniana es el concepto de grupo centrado en una tarea: la técnica

de trabajo grupal tiene una direccionalidad que está dada por la tarea¹⁴ siendo esta la que da sentido al grupo. Como menciona Ana Quiroga: “el sentido, porqué y para qué de la interacción, está dado por necesidades y un hacer, tarea, praxis, relacionados con esas necesidades”²⁵.

El encuadre es el conjunto de características de espacio, tiempo y contexto que se mantienen constantes para que la tarea se desarrolle en un marco de contención y acompañamiento que albergue y sostenga. Si bien las variables de espacio y tiempo podían mantenerse (la institución, el lugar físico donde se iban a llevar a cabo los encuentros, el día y el horario), el contexto del taller en la UME estaba en constante movimiento, por lo cual resultaba difícil instalar un encuadre que permitiera el desarrollo del proceso de aprendizaje y generación de vínculos. Esto planteaba cómo lograr armar un grupo de pertenencia en un contexto de tanto movimiento, donde los integrantes iban variando por diferentes causas: fallecimientos, altas, traslados para estudios o intervenciones quirúrgicas, o simplemente no asistían al encuentro por falta de motivación para salir de la cama y participar de las actividades propuestas.

En este sentido, los profesionales de la institución conformaron el conjunto de constantes que generaron el espacio continente para el trabajo grupal ya que, una vez que aceptaron la intervención, contribuían durante la semana a su continuidad incentivando y motivando a los pacientes a participar del espacio grupal. Esta instancia resulta particularmente importante para este perfil de pacientes ya que la palabra del médico constituye una referencia central en la nueva cotidianidad en la que se encuentran.

SOBRE LA CONTINUIDAD Y LA PERTENENCIA GRUPAL

Al igual que con el encuadre, la continuidad resultó un desafío en la implementación de este dispositivo. Como todas las semanas se incorporaban al taller pacientes nuevos, los coordinadores desarrollaron una propuesta de interacción de todos los integrantes, en la que los más antiguos contaban a los más nuevos de qué se trataba el espacio y restituían a través de sus relatos las actividades que veníamos realizando. Estas instancias permitieron construir una trama grupal de relaciones que daban continuidad a la tarea, de manera que los que tenían la oportunidad de participar en pocas reuniones podían proyectarse hacia el encuentro siguiente con la planificación grupal de la próxima actividad. La expectativa generada en este lapso temporal de una semana a otra constituía en sí misma un proyecto de vida para algunos pacientes en contextos de tanta fragilidad.

SOBRE LA DIFICULTAD EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

La planificación de cada actividad representó una complejidad adicional, ya que para los encuentros llevábamos al menos tres propuestas para adaptarnos a las diferentes

patologías y al número de los integrantes. En este sentido, no resulta lo mismo desarrollar una actividad cuando hay integrantes que no escuchan, que no caminan, que no pueden trabajar con las manos (saludar, gesticular, etc.), o que tienen patologías psiquiátricas.

Por ejemplo, adaptamos las actividades para que pudiera utilizarse el piso como mesa y de esa manera se podía trabajar desde las sillas de ruedas. Esto puede verse en el relato de las crónicas “Un pacto para vivir, caricias que curan” con la dinámica del memotest y en el juego de asociación de canciones con una pelota gigante que se relata en “Un día de campo”. Se requerían también materiales especiales como lápices y pinceles adaptados a la dificultad en la motricidad fina de los integrantes del grupo.

EXPLORANDO LOS LÍMITES DEL DISPOSITIVO IMPLEMENTADO

Si bien el trabajo es complejo por el estado de salud delicado de los pacientes, las condiciones físicas espaciales y la dificultad de consolidar la continuidad del grupo, en el ámbito de la UME se logró constituir un dispositivo grupal de intervención. Sin embargo, no se logró su continuidad por fuera del contexto de internación al alta de los pacientes. Por lo tanto, se trata de un dispositivo acotado en el transitar de la rehabilitación; y, si bien para varios pacientes en cuidados paliativos es el trayecto final de su vida, otros egresan a residencias geriátricas donde posiblemente también requieren abordajes no solo individuales sino grupales de intervención.

Por otro lado, hemos notado la manifestación de ciertos cambios y emergentes que reflejan la movilización de cuestiones internas de los pacientes ante el transitar de su proceso de tratamiento. Esto se manifestó en reflexiones que han surgido frente al futuro inmediato o mediano, el cuestionamiento sobre conceptos existenciales, el surgimiento de la cooperación y acompañamiento entre ellos y la generación de vínculos que trascienden los momentos que plantea el dispositivo. En este sentido, el dispositivo grupal no permite trabajar en profundidad los emergentes individuales que surgen a partir de las actividades grupales; en esta experiencia, las actividades fueron retomadas desde la perspectiva de trabajo individual por el área de psicogerontología, articulando el trabajo interdisciplinario en el contexto de esta unidad de internación compleja.

REFLEXIONES FINALES

Como conclusión entendemos que la construcción de estos espacios resulta útil en contextos hospitalarios donde se encuentra en juego la posibilidad de la recuperación, como es el caso de la UME, ya que el dispositivo habilita un transitar diferente en el proceso de rehabilitación.

En este relato de experiencia hemos presentado el proceso de construcción del espacio grupal que actualmente se ha consolidado, llevándose a cabo tres encuentros semanales

en los que participan alrededor de siete personas por taller. La construcción de estos espacios grupales lleva a reflexionar de una manera crítica sobre el modelo de aislamiento que propone la lógica hospitalaria en el momento de internar a un paciente; este tipo de dispositivo permite reconocer a los pacientes como sujetos de derecho, a partir de trabajar sobre los vínculos entre los mismos pacientes y con su contexto más cercano, que incluye a los profesionales del hospital. En esta línea, el diagnóstico médico no es condición ni se constituye en criterio de inclusión en el grupo, sino que se trata de un encuentro entre un espacio que habilita la participación y el deseo del paciente de formar parte del grupo; en palabras de la

teoría de Pichon-Rivière, la condición para formar parte de un grupo es “estar vivo”¹.

El hecho de conformar un proyecto de “vida” de una semana a la otra en un contexto de fragilidad extrema es la idea que tal vez mejor sintetiza el espíritu de lo que se logró desarrollar con esta intervención.

Agradecimientos

Al terapeuta ocupacional Lucas Vuosso y al equipo de profesionales de la UME del HIBA, por facilitar y acompañar el proceso de construcción del Taller de Estimulación Integral. Al Dr. Fernando Fabris por colaborar en la lectura crítica de este artículo. A la Licenciada Julieta Arroyo, del Programa Sociosanitario del HIBA por colaborar en la lectura crítica de este artículo.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Pichon-Rivière E. El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1985.
2. Pampliega de Quiroga A, Racedo J. Crítica de la vida cotidiana. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1993.
3. Morais Maia A. O Atendimento em Grupo Operativo. Vínculo-Revista do NESME. 2017; 14(1):1-8.
4. Fabris F. El instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES) y la producción teórica de Pichon-Rivière. Disertación doctoral. Universidad de Flores, 2009. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/1310/hologramatica16_v1pp23_42.pdf.
5. Pampliega de Quiroga A. Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo: desarrollos en psicología social a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 2005. pp. 110-2.
6. Iziqúe Bastos ABB. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicol inf. [online]. 2010, vol.14, n.14, pp. 160-169.
7. Vallejos Jiménez F. Espacio grupal para pacientes psicóticos en un centro de salud mental. Apuntes Psicol. 2006; 24(1-3):331-43.
8. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc. Anna Nery. 2007; 11(1):52-57
9. Fabris F. Tarea, pretarea y proyecto. [Internet]. 2015 [citado 18 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://milnovecientosessentayocho.blogspot.com.ar/2015/01/tarea-pretarea-y-proyecto-fernando.html>
10. Pichon-Rivière E, Pampliega de Quiroga A. Psicología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1985. p. 13.
11. Payamédicos Asociación Civil. Payamédicos. [Internet]. 2013 [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.payamedicos.org/>
12. C.H.A.P. Curar Haciendo Arte con Pequeños Asociación Civil. C.H.A.P. [Internet]. 2006 [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.chap-ong.org/>
13. Asociación Civil Cooperanza. Cooperanza. [Internet]. 1985 [citado 26 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/dubai/12/bp4328.html>
14. Pichon-Rivière E. La Noción de Tarea en Psiquiatría (en colaboración con el Dr. A. Bauleo). En: Pichon-Rivière E. El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1985.