

EL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL “CONTINENTE Y CONTENIDO”*

Juan Larban Vera**

Sin un modelo de referencia es como navegar sin rumbo hacia un puerto de destino inalcanzable y con grandes riesgos de perderse en el camino. Por otra parte, sin conocer el punto de salida y de llegada, es imposible trazar el rumbo que necesitamos.

La encuesta que sobre las necesidades de atención en salud mental se hizo entre los asociados de la Asociación Pitiusa, (Ibiza y Formentera) de Familiares de Personas con Enfermedad Mental y de niños y adolescentes con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, (APFEM) y el modelo de atención que elaboramos los profesionales de dicha asociación en estrecha interacción con la asociación y su junta directiva sirvió para dar respuesta técnica a los resultados de la encuesta. Al mismo tiempo, se trataba de dar cuerpo, es decir, crear un continente, (modelo de atención para responder a las necesidades detectadas), que se llenase de contenido y le diese un sentido, (encuesta de necesidades, demanda y respuesta a las mismas), a esta metáfora de navegantes.

* Transcripción revisada, modificada y actualizada en octubre del año 2008, de la ponencia presentada en la Jornada de Análisis: “Salud Mental a les Illes Balears” celebrada en Palma de Mallorca, el 2 de noviembre del año 2000. Promovida y organizada por la Consellería de Salut y Consum del Govern de les Illes Balears. Mesa redonda “El model d’atencio als problemes de salut mental”.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Ibiza. E-mail: juan.larban@gmail.com

Al estudio de necesidades y a la demanda surgida de la encuesta había que proporcionarles un continente, desarrollar un contenido y darle a uno y otro un sentido. Así surgió el “Modelo de atención a la salud mental que deseamos” fruto del trabajo de dicha asociación (febrero de 2000), el cual ha sido recientemente revisado y actualizado (octubre de 2000).

Para hablar sobre todo del continente y contenido, así como del sentido que se le puede dar a ambos en la planificación, puesta en práctica y desarrollo del modelo de salud mental en nuestra comunidad es para lo que se me ha invitado a venir aquí.

Expondré brevemente las principales características del modelo comunitario de atención a la salud mental que hemos elaborado.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Características:

- Público. Sin excluir la participación privada, pero con garantías y control desde lo público.
- Comunitario. *De y En* la comunidad y *Para*, la comunidad. Participación de la comunidad, a través de las asociaciones de afectados y sus familiares en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales.
- Racional. Respuesta a las necesidades de los usuarios y NO en función de una oferta de servicios.
- Equitativo. Proporcionalidad respecto al grado de necesidad y NO respecto a criterios meramente políticos o economicistas.
- Atención integral. Bio-psico-social. Equipos multiprofesionales e ínter disciplinares.
- Prestaciones terapéuticas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras (variedad de prestaciones y orientaciones terapéuticas reconocidas científicamente y con profesionales debidamente formados y acreditados por sociedades científicas).

- Coordinación de los dispositivos de la red asistencial. Trabajo en Red. Continuidad de cuidados. Psiquiatra o terapeuta de referencia.
- Planes terapéuticos y de rehabilitación psico-social individualizados y estrechamente imbricados entre sí. No separarlos.
- Inserción socio-laboral.
- Atención especializada e integrada en un segundo nivel asistencial dentro del sistema sanitario general.
- Respetar especificidades de formación y labor de los profesionales. Formación continuada. Cuidados del cuidador profesional.
- Trabajo de equipo, inter disciplinar y multiprofesional.
- Responsabilidad asistencial territorializada. Áreas sanitarias. *Tener en cuenta la insularidad.*

En la mesa redonda titulada “El modelo de atención a los problemas de salud mental” constituye un hecho significativo el que el ponente que ha realizado un resumen histórico de la atención en Salud Mental sólo lo haya hecho de la isla de Mallorca, olvidando el resto de las islas que forman las Baleares.

Este modelo comunitario de atención a la salud mental ha de concretarse a través de la creación y desarrollo de una red de dispositivos (unidades o estructuras) asistenciales para la atención de la salud mental de la población, dentro de la red sanitaria.

Eje terapéutico y rehabilitador del modelo. Propuesta:

Eje terapéutico:

- Unidad de Salud Mental de Adultos.
- Unidad de Salud Mental de Ancianos.
- Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil.
- Atención Domiciliaria y en Crisis.
- Hospitales Psiquiátricos de Día (Adultos, Ancianos e Infante-Juvenil).
- Unidad de Hospitalización Breve (psiquiátrica).
- Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (psiquiátrica).

Eje rehabilitador:

- Centro Terapéutico de Rehabilitación Psico Social de día (Adultos, Ancianos e Infante-Juvenil). Centros Ocupacionales de Pre-Inserción Laboral.
- Atención Domiciliaria y en Crisis.
- Club Socio-terapéutico de Ocio y Tiempo Libre (Adultos, Ancianos e Infante-Juvenil). Pisos Tutelados y Residencia de Respiro Familiar (Adultos, niños y adolescentes).
- Residencia Asistida de media estancia para psicopatología sub-aguda.
- Rehabilitación e Integración Socio-Laboral.
- Fundación Tutelar.

Es fundamental la interacción y coordinación constantes entre ambos ejes, el terapéutico y el rehabilitador, por los que "circula" el paciente y su familia, en función de sus necesidades y periodos evolutivos.

Hace falta voluntad, conocimientos y motivación profesional y política, así como comunitaria, para aplicar y desarrollar este modelo de forma coherente, respetando cuidadosamente sus características (para no desvirtuarlo) y llevándolas adelante, hasta sus últimas consecuencias si lo que se pretende de verdad es proporcionar una adecuada cobertura asistencial en la que predomine la calidad de la atención, además de la cantidad (recursos suficientes).

Una buena atención en salud mental no depende solamente de la cantidad de recursos disponibles, sino también de su diversidad y calidad. Esto implica equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que den respuesta a la complejidad bio-psicosocial del ser humano, que estos equipos sean suficientes y bien formados en cuanto a calidad y variedad (profesionales y escuelas o modelos teórico-prácticos de intervención). Es también muy importante que estos profesionales y equipos estén receptivos y disponibles para implicarse en la necesidad de cambio y aprendizaje continuados que supone un trabajo como el nuestro.

Consideramos fundamental que la red de dispositivos asistenciales comunitarios pueda dar respuesta a las necesidades

evolutivas y terapéuticas de los usuarios. Necesidades evolutivas cambiantes a las que tienen que adaptarse los recursos profesionales e institucionales para dar una respuesta terapéutica adecuada a las mismas.

Criterios de eficacia terapéutica. (Dentro de los límites de la propia patología del sujeto y entorno inmediato).

1. Personalidad del terapeuta, su motivación, formación y experiencia. Dentro de la personalidad: congruencia, capacidad para hacer frente, elaborar e integrar las necesidades evolutivas de cambio interno y externo. Capacidad de acceso y contención así como elaboración de sus vivencias emocionales e inconscientes. Capacidad de espera en una escucha receptiva y activa. Capacidad de empatía, necesaria para establecer una buena alianza terapéutica.
2. Calidad de la relación terapéutica. Dependerá en un aspecto fundamental como veremos después, de la capacidad institucional y profesional para crear un continente que permita la elaboración de un contenido, dando sentido a uno y otro a la vez que a nuestras intervenciones terapéuticas.
3. Adecuación de la respuesta terapéutica a la demanda y en función de las necesidades del paciente-usuario y su familia.

Quiero expresar aquí mi profundo desacuerdo con lo que se dice y, fundamentalmente, por lo que no se dice, sobre algunos criterios pronósticos en cuanto al riesgo de cronificación de la persona con enfermedad mental, poniéndose el acento en el número de crisis o descompensaciones psíquicas y su gravedad, con necesidad de hospitalización.

Lo que no se dice, es que ese mal pronóstico depende también del grado de egocentrismo y de cronificación de los profesionales y dispositivos asistenciales cuando son incapaces de llevar a cabo ese proceso de adecuación de la respuesta terapéutica al paciente (y familia) y a sus necesidades.

Dicho de otro modo y cito textualmente lo escrito por el Dr. Rubén Caridad en su proyecto de Centro Terapéutico de Rehabilitación Psico Social de Día elaborado por y para APFEM:

“Es importante señalar que el curso del proceso que condiciona la gravedad y la evolución hacia la cronicidad dependerá de la atención recibida, la coherencia de los procedimientos terapéuticos y la continuidad de los mismos”.

Sintetizando, diré que de poco sirve tener muchos profesionales y dispositivos institucionales si el paciente y su familia, a lo largo del doloroso recorrido (que la enfermedad les impone), por la red asistencial, no van encontrando lo que buscan y necesitan en términos de salud y posibilidad de cambio. De nada sirve lo que queramos hacer, e incluso lo que hacemos y decimos aquí, si el usuario de nuestros servicios en lo que a salud mental se refiere no se siente acogido, escuchado, comprendido, acompañado, sostenido, contenido y bien tratado en los dos sentidos del término (1. trato, de relación y 2. tratamiento, de prescripción).

Conseguir esto sería para el paciente y su familia así como para los profesionales que les atienden y los dispositivos asistenciales que los contienen, encaminarse hacia ese punto de destino del que hablábamos al referimos a la navegación sin perder el rumbo. El punto de destino sería acercarnos lo más posible hacia la curación y no solamente tratar los síntomas.

Aunque tuviésemos un suficiente, variado y buen continente (Plan de Salud Mental, profesionales, dispositivos asistenciales, etc.), ¿de qué nos servirían si no logramos darles el sentido y contenido adecuados? ¿De qué nos sirve tener los recursos adecuados para nuestro trabajo si no disponemos de tiempo, espacio y deseo suficiente para pensar en lo que queremos hacer, lo que hacemos y cómo lo hacemos?

Cito ahora textualmente del documento de APFEM (Modelo y Encuesta) que he comentado anteriormente lo siguiente:

“Pensamos que es importante para cualquier territorio o área, contar con un número adecuado de dispositivos sociales y sanitarios (hospitales, centros, residencias, etc.); pero esto, si bien es una condición necesaria, no es suficiente para prestar una atención integral al usuario. Creemos que tiene mucha mayor importancia el contenido y tipo de atención que se va a dar, el sentido que tendrán las intervenciones psicoterapéuticas (institucional, grupal, familiar e individual) y, en definitiva, el

trabajo que se va a hacer en estos dispositivos con los pacientes y los familiares”.

Dicho con otras palabras, el éxito o fracaso de la Reforma de la Atención Socio Sanitaria en Salud Mental de Baleares, no reside tanto en el continente (lugar o estructura física donde se dé) como en el contenido (forma de trabajar de los profesionales) y del sentido que se dé a nuestras intervenciones terapéuticas.

Cuando desde APFEM se dice que para empezar bastaría con cuatro paredes, mesa y dos sillas “sin chinchetas en el asiento”, pero sabiendo bien lo que se hace con todo eso, creo que de forma metafórica se están refiriendo a lo que ahora les estoy comunicando. Les dejo por el momento adivinar lo que pueden significar dichas chinchetas. Con mucho gusto les responderé luego si me lo preguntan. Entiendo que se quiere también expresar a través de este simbolismo el hecho de que no hay que esperar a que el marco de nuestro trabajo esté terminado para crear, elaborar y darle al mismo tiempo un sentido a uno y otro de los elementos de la interacción (continente-contenido), así como al resultado de la misma que es en este caso la respuesta terapéutica.

En los espacios como este, en los ya creados como las Comisiones Institucional y Técnica, así como el Foro de Participación de Entidades Ciudadanas de Salud Mental y en los espacios por crear, no debería nunca perderse de vista este aspecto de la cuestión.

Con frecuencia oigo decir a los usuarios de la red de atención en salud mental: “no queremos más de lo mismo”. Es decir, queremos también algo diferente a lo que hay hasta ahora. Una forma diferente de trabajar, escuchar, comprender, funcionar y tratar desde los equipos y dispositivos asistenciales, a las personas enfermas y sus familias.

Si la psicoterapia, (que pone el acento en la relación terapéutica y lo psíquico, entre otros elementos importantes), que es una prestación sanitaria así como también lo es la rehabilitación psico social, a las que por ley tienen derecho los ciudadanos que las necesiten, estuviese más presente en el trabajo, formación y funcionamiento de la red sanitaria en salud mental

(y en especial la psicoterapia de orientación psicoanalítica, que por ahora es más bien una reivindicación), fuese una realidad asistencial pública en Baleares, probablemente yo no estaría hoy hablándoles de esto. No sería necesario. En el Plan Autonómico de Salud Mental y en las propuestas que a corto y medio plazo ha hecho recientemente la Comisión Técnica Institucional, poco o nada se dice sobre estos aspectos cualitativos que mencionamos. No obstante, me consta que el deseo existe por escuchar, comprender, y quizás, mejorar y desarrollar este aspecto de la cuestión. Se me invitó a venir con esta finalidad.

Quisiera hablarles ahora de los espacios-tiempo asistenciales y formativos que creo pueden ir haciendo realidad el proceso de cambio que les estoy comentando. Espacio-tiempo continente que posibilita el trabajo psicoterapéutico sobre el contenido (mundo psíquico interno) dándole un sentido y contribuyendo creativamente a transformarlo (cambio descronificador).

ESPACIO-TIEMPO INSTITUCIONAL

En la Institución se va creando el continente terapéutico, se elabora el contenido y se le da sentido a las intervenciones psicoterapéuticas institucionales y profesionales. Lo importante será la forma cómo se llevan a cabo las actividades e intervenciones, cómo se van a seleccionar los hechos significativos y el manejo terapéutico de los mismos.

El proceso de creación de este espacio-tiempo institucional requiere la participación activa de los equipos profesionales, y en algunos aspectos del funcionamiento institucional, también de los usuarios y familiares. El modelo de psicoterapia institucional contempla todas las intervenciones y actividades institucionales, sean o no definidas como terapéuticas, con un contenido y sentido potencialmente terapéutico. Cuantos más totales sean los cuidados y dispositivos asistenciales, más importancia tiene esta perspectiva terapéutica institucional global.

La gravedad de la patología, o de la crisis, la regresión y dependencia del paciente que necesita, por ejemplo, de una hospitalización y cuidados más completos y durables, hacen mayores los riesgos de cronificación, hospitalismo y acción iatrogénica institucional. Suele ocurrir que el disfuncionamiento institucional necesite de un análisis y tratamiento para que dicha disfunción no repercuta sobre sus pacientes-clientes. A cambio, las posibilidades terapéuticas, según el uso que se haga de ellas y de la propia institución tendrían que ser mayores y mejores dado que el paciente pasaría en este caso casi todo su tiempo en lo que se pretende sea una institución o dispositivo terapéutico.

La creación de ese continente institucional, incluido el elemento arquitectónico, si bien es importante, no es suficiente. Hay que valorar también el clima o ambiente terapéutico que se “respira” en la institución.

ESPACIO-TIEMPO DEL EQUIPO TERAPÉUTICO Y DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Si el continente de la patología y de la crisis del paciente es el terapeuta, éste a su vez tiene que encontrar contención y “cuidados” suficientes en su evolución y formación personal, así como profesional, intra y extra institucional. Sería fructífero tomar ejemplo de las asociaciones de familiares de afectados que han comprendido la importancia de los cuidados del familiar para la mejora significativa de la persona afectada. Tanto más que la familia sigue sustituyendo y supliendo la falta de recursos asistenciales públicos con sus propios cuidados al afectado. Estamos hablando de la conveniencia de enfocar también la formación continuada hacia la idea de la importancia de los cuidados del cuidador profesional para mejorar la calidad asistencial y también evitar el “síndrome del profesional quemado”.

La contención del terapeuta en el equipo terapéutico puede hacerse con la creación de espacios-tiempo institucionales destinados a la formación continuada. Lugares en los que la formación se hace en estrecha e indisoluble interacción con el trabajo clínico cotidiano realizado.

He aquí algunos ejemplos:

- La elaboración conceptual teórico-práctica en equipo y desde lo institucional de aspectos clínicos tan importantes como pueden ser el concepto de crisis y/o descompensación psíquica, el concepto de alianza y relación terapéutica, así como el de finalidad terapéutica y fin del tratamiento, por no enumerar más que algunos de ellos, puede contribuir enormemente a dar coherencia, sentido terapéutico y eficacia a nuestro trabajo.
- Hay una gran diferencia entre conceptualizar la crisis y descompensación psíquica como el estallido y emergencia de síntomas que hay que tratar de suprimirlos cuanto antes, y la visión de esa misma crisis psíquica como la incapacidad del sujeto que la padece para hacer frente a una necesidad evolutiva de cambio interno y/o externo. En este segundo caso habría que ayudarle más bien a contener, analizar, comprender e integrar, dándole sentido a lo que está viviendo.
- La implantación de la supervisión individual y grupal, intra y extra-institucional contribuiría enormemente en la mejora de la calidad asistencial y en los cuidados del cuidador profesional.

EJEMPLOS CLÍNICOS

Si les hablo ahora de Andrés, Fernando, Ana y Luis, es porque para mí y espero que también para ustedes, sea una forma de proporcionarles a ellos también, un espacio-tiempo donde su palabra pueda ser escuchada.

TESTIMONIO DE ANDRÉS

Es un joven de veintitrés años que he conocido recientemente. No estudia y tampoco trabaja.

Desde hace dos años presenta ideas delirantes que han ido desarrollándose y agravándose cada vez más, hasta el punto de que casi no vive más que por y para ellas. Ha sido atendido en la red pública de salud mental y por un psiquiatra

privado. Ha sido diagnosticado de esquizofrenia paranoide resistente a la medicación. Cuando en las primeras entrevistas me habla de lo que le pasa en su cabeza y abordamos los miedos que acompañan su deseo de venir a verme con frecuencia y regularidad, me dice, tras momentos de silencio en los que me observa atentamente, lo siguiente:

1) Porque... tengo mis ideas... pero no estoy loco... 2) ... porque no quiero que me quiten mis ideas... 3) ... porque hace mucho tiempo que las tengo y para algo me sirven.

Cuando todo esto se aclara y Andrés ve que de lo que se trata ahora es de comprender y ver qué sentido tiene para él lo que está viviendo, es cuando podemos establecer las bases de una alianza terapéutica, tarea en la que estamos implicados actualmente los dos. Sin alianza terapéutica no hay posibilidad de trabajo ni eficacia terapéutica, tanto en lo relacional como en lo farmacológico. Si no somos capaces de identificarnos parcialmente y transitoriamente con lo que vive el paciente, poniéndonos en su lugar pero sin confundirnos con él, no podemos esperar que él a su vez se identifique con nuestro método de trabajo y actitud terapéutica.

Andrés nos está diciendo que para escapar de una realidad, él se ha creado otra que de momento no quiere ni puede abandonar, sin algo mejor a cambio. Es como si Andrés nos estuviese poniendo a prueba, enfrentándonos a la paradoja frecuentemente vivida por la persona con enfermedad mental grave. Paradoja que podría expresarse desde su punto de vista en los siguientes términos: "Es de locos querer dejar de serlo".

TESTIMONIO DE FERNANDO

Es un joven de veintisiete años que lleva tres en tratamiento psiquiátrico-psicoterapéutico y farmacológico; primero en la red pública y luego, atendido y tratado por un profesional privado. Tiene el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, cuenta con buen apoyo familiar y con trabajo en el negocio de la familia.

Su evolución y pronóstico son mucho mejores que en el caso anterior. Con su terapeuta ha podido pasar, tras veinte meses de tratamiento, de la relación médico-paciente a una relación psicoterapéutica.

Viene a verme recientemente porque su psicoterapeuta ha tenido que marcharse a vivir y trabajar a la Península. Quiere continuar el trabajo en el que estaba implicado. Es decir, desea reconstruir internamente lo que ha vivido, encontrarle un sentido e integrarlo en su propia evolución e historia personal. Quiere también un futuro que sea mejor que su pasado.

ESPACIO-TIEMPO PSICOTERAPÉUTICO

El testimonio que transcribimos a continuación, es un ejemplo muy ilustrativo de cómo un espacio-tiempo psicoterapéutico, puede ser creador de un continente corporal y psíquico que permite, a través de la relación psicoterapéutica un proceso de cambio creativo del mundo interno del paciente (contenido) y del sentido que éste va dando a su sufrimiento y a su vida.

En este testimonio, la paciente relata su experiencia corporal y psíquica vivida en el proceso psicoterapéutico y en la relación con su psicoterapeuta, desde la posición de observadora.

TESTIMONIO DE ANA

“Cuando se tumbó en el diván se dio cuenta del cambio que había experimentado en todos esos años.

El espacio era el mismo de siempre. Una dulce penumbra invadía la habitación, era un espacio muy cálido, acogedor. El diván era granate.

Le vinieron imágenes de la primera vez que se tumbó en él y se vio indefensa.

Cuando el Otro la guiaba para que aprendiera a relajarse, apenas podía respirar, su cuerpo estaba tenso, en su interior todo era negro y de repente caía en un pozo muy negro. El Otro que sentía esa sensación la cogía del brazo y la rescataba

de esa caída sin fin. En otras ocasiones sus manos o sus pies quedaban helados, no hacía frío, pero temblaba y el Otro con sus manos le daba el calor que necesitaba, ese calor le permitía no sentir miedo.

Poco a poco fueron apareciendo imágenes dentro de ese negro espacio, eran opresivas, como si estuviera encerrada dentro de un grano de uva del que no podía salir aunque con sus manos empujara con fuerza las paredes. Salía de su estado de semi-relajación angustiada. Cuando lo contaba lloraba desconsoladamente, el Otro sentía el mismo desconsuelo y la animaba a no cortar ese llanto, a soltar esa emoción que no tenía palabras pero que desgarraba todo su interior.

También, recordó la sensación de crecimiento. Después de esa primera etapa tan oscura, salía de la relajación más larga, los pies le salían del diván. Ya había empezado a relajarse de verdad, ya podía confiar en el Otro, sabía que si le ocurría alguna cosa acudiría en su ayuda, él estaba siempre atento a cualquier cambio. Poco a poco crecía, no sólo físicamente, también su confianza en el Otro y en ella.

Después de las imágenes, fueron apareciendo las palabras. Ya no hacía falta verbalizar lo que había ocurrido en la relajación. Llegaba, se tumbaba, cerraba los ojos, respiraba y ya estaba relajada y podía hablar de las cosas que iban apareciendo en su mente. Seguían siendo palabras dolorosas pero el llanto ya no era tan desgarrador y seguía confiando en que el Otro la comprendía.

Las palabras dieron paso a otra cosa, nueva; no necesitaba hablar, y el Otro seguía comprendiéndola. Llegó el Silencio. Aprendió a jugar dentro de ese silencio con las imágenes que aparecían en su mente. Aprendió a estar sola con sus pensamientos sin tener miedo de ellos, porque estaba el Otro y con el Otro, y eso, le daba confianza.

Eso le permitió conocer la sensación de estar sola sin sentirse sola. En esa sensación, incluso fuera de ese diván, sentía en su interior la presencia del Otro lo que le infundía una gran confianza en ella misma y la alejaba del miedo que sentía.

Se podía enfrentar a sus emociones sin temerlas. Podía vivir su rabia, su amor, su dolor y ya no los temía.

Hoy tenía ganas de contar su último descubrimiento. Se había encontrado durante un corto viaje en metro en un lugar nuevo. No estaba dormida, no estaba despierta. Estaba en un lugar que estaba en su interior pero no desconectado del exterior, de hecho no se saltó su parada de metro. Y en ese lugar, tan parecido al de relajación de las sesiones, se encontró montando la obra de teatro que había pensado dirigir. Otra noche, en el bar, mientras cenaba, se dio cuenta de cómo hacer un trabajo, cómo organizarlo y le vino a la cabeza sin pensar en él. Era para ella un espacio nuevo.

No era el mundo de fantasía donde ella se había encontrado en más de una ocasión, organizando historias sobre su futuro e imaginando cosas imposibles.

Cuando salía de ese mundo de fantasía y se enfrentaba con la realidad se sentía mal porque nunca podría llegar a esas cosas. Era frustrante.

Ahora no, era un lugar donde podía crear y llevar a cabo después las cosas que había creado. Sí, hoy tenía muchas ganas de contar su descubrimiento”.

En este testimonio de Ana, vemos cómo su espacio interno oscuro, frío, angustioso, amenazante y claustrofóbico va transformándose en un espacio con imágenes además de sensaciones; también sentimientos y palabras.

La percepción espacio-temporal (continente corporal y psíquico) cambia de la sensación de enclaustramiento a la de crecimiento. El silencio se llena de contenido y de sentido creativo y lúdico permitiéndole estar sola sin sentirse sola.

A lo largo del recorrido efectuado por la paciente en su proceso psicoterapéutico sentimos la presencia y acompañamiento discreto del terapeuta y de su mundo interno lo que permite progresivamente la transferencia, su interiorización y la transformación del mundo interno de la paciente en la interacción asimétrica y recíproca entre ambos.

Creación de un lugar nuevo, donde la realidad interna del sujeto se convierte en una ensoñación creativa y lúdica que no es sólo refugio sino también y sobre todo un espacio transicional que permite llevar a cabo en la realidad externa lo que hemos creado y desarrollado en nuestro mundo interno.

Vamos a darle ahora un espacio-tiempo interno de palabra a Luis, un chico víctima de una situación de acoso escolar que le cuenta sus vivencias a su psicoterapeuta a través de una carta que escribe a su amigo imaginario Javier.

HISTORIA DE LUIS (14 AÑOS)

Apreciado Javier:

Te he echado mucho de menos desde el día que te fuiste a estudiar a Madrid y a pesar de dudar mucho, quiero contarte lo que me pasa con dos compañeros de mi clase. Sobre todo con dos.

Creo que tengo un problema que tienen muchos otros chicos. Me siento marginado por esos dos compañeros.

Lo he pensado muchas veces y he intentado descubrir por qué lo hacen, porque creo que soy bueno o intento serlo siempre, no me gusta hacer malas jugadas, (tú me conoces bien), ni me río de los demás.

Desde hace bastante tiempo las cosas empezaron a cambiar, los dos compañeros comenzaron a fastidiarme con mucha intensidad. Yo lógicamente me defendía, pero ellos seguían, y ¿sabes lo que más me dolía y me duele de todo esto? Que los demás compañeros de la clase no hacían nada por evitar las putadas y encima les reían las gracias, sin darse cuenta de la rabia y sufrimiento que eso me producía.

Además y poco a poco dejaron de invitarme a todos los cumpleaños del resto compañeros. Yo he llegado a preguntarme, ¿tanta influencia pueden tener algunos para que los demás me quieran marginar también? Y sobre todo ¿por qué?

Sabes, estoy convencido de que se tiene que ser muy desgraciado y muy poco feliz interiormente para necesitar hacer o querer hacer tanto daño sin más ni más. A veces siento pena por ellos.

Ojalá supieran ellos el dolor que me causan con su actitud al rechazarme y dejarme a un lado. A veces pienso que la causa de todo esto es porque me ven diferente en cierta forma y porque suelo entenderme bien con los adultos. Pero eso no es motivo para dejar a una persona que es humana y que tiene sus sentimientos, marginada.

Esta marginación no sólo me afecta a mí, también repercute en mis padres contándoles lo que pasa con mis compañeros. Muchas veces no les cuento todo para no hacerles sufrir más. Seguro que a ninguno de mis compañeros les gustaría pasar el trago que me hacen pasar a mí. Si se pusieran una sola vez en mi lugar, cambiarían de actitud.

Francamente, creo que no he sabido hacerme un hueco entre mis compañeros de clase, a mí no me gustan sus bromas hirientes y ellos no aceptan que yo sea diferente y descargan todos sus problemas sobre mí.

Sinceramente te digo Javier que lo estoy pasando muy mal en clase. He llegado a pensar que yo no valía nada, tal era el desprecio con el que me han llegado a tratar.

Afortunadamente yo sé muy bien lo que valgo y trato de superar esto que estoy viviendo gracias a amigos como tú y el resto de nuestro grupo que sabéis realmente como soy, porque curiosamente esta marginación que estoy padeciendo sólo ocurre con mis compañeros de clase.

Quiero solucionarlo cuanto antes, porque sino un día de éstos ya no podré aguantar más y descargaré toda mi rabia sobre alguno de ellos y no respondo de mí.

Lo más gracioso, por decirlo de alguna manera, es que los compañeros que se meten conmigo y los que se ríen con sus "gracias" son en general chicos con complejos y problemas que descargan sobre mí.

En fin, Javier, perdona por el rollo que te he metido, pero como tú mismo me has dicho muchas veces, los amigos estamos para ayudarnos.

*Espero con impaciencia tu vuelta a Ibiza para poder divertirnos de nuevo todo el grupo. Recibe un abrazo de tu amigo,
Luis.*

Han leído el testimonio de un chico de 14 años, que muestra de forma lúcida y conmovedora, la situación de sufrimiento, de marginación y maltrato psicológico que padece por ser algo diferente del resto de sus compañeros de clase. Situación que lamentablemente es más frecuente de lo que debería ser hoy día en las aulas.

En las clases suele ocurrir que los líderes de grupo no suelen ser los buenos alumnos y las mejores personas sino más bien todo lo contrario, arrastrando con su actitud al resto o mayoría de alumnos hacia una especie de “coro” que jalea de forma cómplice las “gracias” de los maltratadores en lugar de salir en defensa de sus víctimas.

La ley del silencio y la actitud de no querer ver la gravedad de situaciones como ésta que llevaron a Luis a caer en una grave depresión, es más frecuente en nuestras aulas de lo que parece. El silencio cómplice de los compañeros. El miedo a las represalias de las víctimas.

La situación de impunidad del o de los maltratadores. La mirada que no ve de los profesores y de los padres implicados. La impotencia y falta de recursos para hacer frente a estas situaciones y evitar que se cronifiquen y agraven. Todo esto está generando situaciones de maltrato psicológico e incluso físico de graves consecuencias para las víctimas inocentes que lo padecen, chicos y chicas generalmente buenas personas y buenos alumnos a los que les cuesta identificarse con las “maldades” de los “malos” de la clase hacia otros compañeros y que acaban por ser el cabeza de turco o chivo expiatorio del grupo de la clase durante varios cursos.

En el caso de Luis, tras un período de tiempo de tratamiento psicoterapéutico que lo alejó de las aulas durante dos años a causa de la depresión ansiosa post-traumática que sufrió debido a la marginación y malos tratos psicológicos padecidos en el aula, afortunadamente ha podido recuperarse y continuar sus estudios.

No ocurre así con otros chicos y chicas que no superan situaciones como ésta y que les dejan una marca y una vulnerabilidad de por vida.

FORMACIÓN CONTINUADA

Otros momentos formativos a crear y desarrollar en los equipos e instituciones terapéuticas serían aquellos dedicados al análisis de la demanda del paciente y familia, análisis de las primeras entrevistas, presentaciones clínicas para precisar el

diagnóstico y la indicación terapéutica más adecuada, supervisiones grupales e individuales de tratamientos, y análisis de las interrupciones, abandonos y finales del tratamiento. De esta forma y de la misma manera que el paciente recorre, acompañado por su terapeuta las distintas fases evolutivas de su relación terapéutica, de principio a fin, el terapeuta en el seno de su equipo e institución, se encuentra también acompañado a lo largo de todo el proceso relacional que vive con sus pacientes y puede entonces, mucho más fácilmente, contener, elaborar, integrar y superar sus miedos, deseos, conflictos, ansiedades y dificultades; encontrarles un sentido, evitando su proyección sobre el paciente y mejorando así su eficacia terapéutica.

Además, el terapeuta, puede conseguir así un mayor y mejor equilibrio personal y una renovada motivación que le evite, por ejemplo, el llamado síndrome del profesional “quemado”.

Todo esto, repercutiría favorablemente sobre la relación terapéutica con el paciente y su familia, que de esta manera serían los principales beneficiarios y, no lo olvidemos nunca, los destinatarios de nuestro trabajo, dedicación y formación.

ESPACIO-TIEMPO INTERNO DEL TERAPEUTA

Para completar lo expuesto, recomendamos la lectura del artículo de la revista de la A.E.N. (Asociación Española de Neuropsiquiatría) N° 88, de Diciembre de 2003, titulado “Quemados por el “sol” (de la institución), en el que los autores (Lola López Mondéjar y Antonio Díez Patricio) analizan de forma admirable la necesidad del profesional de la salud mental, de contar con un espacio-tiempo interno que se preste a la escucha y relación ínter subjetivas con el paciente a pesar de los inconvenientes y obstáculos que para ello presentan las instituciones socio-sanitarias.

En la relación con el paciente, el profesional tendría no solamente que preguntarse ¿Cuánto sé de la enfermedad de esta persona que viene a pedirme ayuda? Sino también preguntarse ¿Conozco bien a esta persona que sufre de su enfermedad y que viene a pedirme ayuda?

Tratar a la persona enferma y su entorno y no solamente la enfermedad y sus síntomas sigue siendo el reto de la medicina actual.

Para lograr ese espacio-tiempo interno del terapeuta que comentamos es necesario el contar con ese espacio-tiempo institucional indicado antes pero sobre todo con el creado en su mundo interno por el propio terapeuta gracias a su experiencia personal y profesional y sobre todo gracias a su propio tratamiento psicoterapéutico. Es la creación una vez más de un continente interno personal de naturaleza psico-afectiva que facilite que se vaya llenando de contenido; desarrollando a su vez y dando sentido a nuestra comprensión e intervención terapéuticas.

Como profesionales, nuestra capacidad de identificación empática con el paciente y su sufrimiento, sin confundirnos con él, permite que éste a su vez se identifique también de forma parcial y transitoria con la actitud y método de trabajo del terapeuta creándose así la alianza terapéutica necesaria para que a través de una espiral interactiva evolutiva entre terapeuta y paciente, se logre el cambio buscado por ambos.

CONCLUSIÓN

Para conseguir alcanzar estos objetivos, los pacientes, familias, terapeutas y políticos tendríamos que vencer nuestras resistencias (muchas veces inconscientes) al cambio, superar nuestro afán de protagonismo y nuestros intereses personales, así como dejar de lado las luchas y conflictos ideológicos y partidistas.

COLOQUIO

La respuesta al contenido y significación de las “chinchetas” mencionadas, ha sido indicada en lo referente a los obstáculos que hay que superar para lograr los objetivos de una mayor y mejor asistencia en salud mental. (Hacia el final de mi intervención). Siendo más explícitos les diré que las “chinchetas” podrían también representar ese “juego” narcisista y

perverso, consciente o inconsciente en el que predominan los intereses personales, profesionales, políticos y partidistas e institucionales por encima de los sociales y sanitarios, por mucho que se esté diciendo lo contrario.

Desde una posición escéptica (receptiva, pero sobre todo en espera de hechos, de realidades) es como se puede evitar caer tanto en la complicidad que genera el optimismo como en el abandono que provoca el pesimismo.

Lamentablemente este texto sigue siendo actual porque al menos en Baleares, y sobre todo en Ibiza que es lo que más conozco, muy poco se ha hecho hasta ahora para cambiar esta situación deficitaria que arrastramos históricamente, tanto en lo que respecta al continente como al contenido en materia de salud mental y en el sentido que he intentado mostrarles.