

LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES ADULTOS CON RETRASO MENTAL

Autores: Fabian Avilés

e-Mail: faleavi@hotmail.com

Palabras clave (Keywords): Retraso, Subjetividad, Grupo. Juego

Resumen

La temática principal es plantear cómo se puede trabajar la subjetividad en pacientes adultos, con diferentes niveles de retraso mental, internados como pacientes crónicos en una institución hospitalaria. Se delimita el problema a partir de describir los imaginarios institucionales existentes en el hospital (el profesional y el de las personas que cuidan cotidianamente a los pacientes) y cómo dentro de estas dos formas de pensar a los internados no se contempla el trabajo de la subjetividad de los mismos. A partir de allí y desde una concepción psicoanalítica, se esbozan interrogantes que contribuyen a deslindar el problema planteado. Luego se plantea una hipótesis que va a dar paso al objetivo del trabajo. El objetivo es proponer un abordaje a partir del cual se pueda trabajar la subjetividad en pacientes con retraso mental, dicho abordaje es una intervención grupal, la cual está vinculada al juego, a la palabra, y concebida como Taller Terapéutico. A continuación se va a plantear la metodología para corroborar dicha hipótesis. La misma abarcará dos instancias, el desarrollo teórico donde se explican los procedimientos y acciones a desarrollar en ese abordaje: el tipo de población con la que se trabaja, el despliegue de la subjetividad, cómo se entiende el grupo, cómo y por qué se desarrollan espacios lúdicos y juegos, el papel del coordinador, la concepción del tiempo en la percepción de los cambios de los pacientes, la caracterización de los Talleres Terapéuticos. Por otro lado, y a manera de ejemplo, se expondrá uno de los abordajes grupales. En esta segunda parte de la metodología, se pueden apreciar los resultados del trabajo planteado, o sea, los posicionamientos subjetivos que los pacientes logran a partir de la intervención grupal. Se relata cuáles son sus cambios a partir de participar en estos espacios. El sentido de las conclusiones comienza a plantearse desde los últimos ejemplos del taller de canto, cuando se están exponiendo los resultados, desde aquí se deduce, que a pesar de las determinaciones y alienación que pueda condicionar al paciente, su deseo puede potenciar el proceso de subjetivación y darle un estatuto de singularidad. En la conclusión se confirma la hipótesis planteada a partir de desarrollarse una práctica conceptual (desarrollo teórico), y empírica (desarrollo del ejemplo) del abordaje planteado.

Trabajo Completo

Planteamiento del problema

A partir de tomar experiencia en el trabajo de instituciones vinculadas a la atención de pacientes con retraso mental, pude registrar dentro del imaginario institucional dos posturas frente al tema. Por un lado, la postura profesional, en donde los abordajes frente a la persona con retraso mental se dan desde una concepción

organicista-biologicista, y por otro lado una visión rígida respecto a las posibilidades que tenían dichos pacientes en ubicarse de otra manera a la que ellos estaban habituados a contemplar en su rutina cotidiana. Algunas frases que pueden graficar esta apreciación son: “siempre fue igual”, “no hace nada”, “no cambia”, “se queda ahí no más”. Del mencionado imaginario se desprende un trabajo de Objetivación, congelado en la determinación biológica o en la cotidianeidad del no cambio; o sea, se concebía a la persona institucionalizada con retraso mental, como alguien en donde el posicionamiento subjetivo no merecía tenerse en cuenta, ya que su condición de retraso, el cual en numerosos casos tenía sustrato orgánico, no dejaba espacio para la consideración del orden de la subjetividad. Asimismo, las observaciones que se hacen de su vida diaria, es decir, sus no cambios o su pasividad es lo único que se podía esperar.

La institución en la que desarrollo el trabajo alberga pacientes de un promedio de 40 años de edad, con internación crónica, diagnosticados como retraso mental moderado, grave y profundo, en varios casos con patologías asociadas. Se trata de un hospital estatal en zona rural, en el cual la intervención profesional de psicología con los pacientes, comienza a partir del abordaje que se explicará a continuación. El trabajo se plantea desde un enfoque psicoanalítico, y desde esa visión se propondrán los siguientes interrogantes a fin de enunciar el planteamiento del problema anteriormente esbozado.

¿Se podría pensar una intervención en donde apostemos a un sujeto de deseo?
¿Estos pacientes, a pesar de sus condicionamientos orgánicos e institucionales, podrían a partir de una oferta de juego desear jugar? ¿Se podría plantear una intervención desde el deseo del paciente de modo que este tuviera una alternativa de variar de un posicionamiento subjetivo a uno activo?

Hipótesis

Teniendo en cuenta el imaginario institucional mencionado mas arriba, en donde la problemática planteada es la ausencia en la consideración de un trabajo sobre la subjetividad de dichos pacientes, propongo la siguiente hipótesis:

La intervención grupal a través de la utilización de espacios de juego o lúdicos, puede promover el despliegue subjetivo en pacientes adultos con retraso mental institucionalizados.

Fundamentación

Para corroborar la hipótesis haré una reseña del abordaje realizado y daré un ejemplo de la mencionada intervención grupal.

La intervención grupal esta constituida por tres momentos básicos: el primero es un diálogo que propicia el encuentro, el siguiente es el del juego o espacio lúdico y el último un momento de elaboración de lo sucedido y cierre. Los tres bloques son una continuidad y están atravesados intensamente por el uso de la palabra, es decir, por un espacio de elaboración simbólica. La duración de estas intervenciones grupales está basada en el grado de atención de los integrantes, y ésto, depende en parte del nivel de retraso mental y en parte del nivel de significatividad que puedan construir en ese espacio. La duración promedio de cada reunión de taller es de veinte minutos, y la de los talleres es de 6 meses a un año, aunque puede extenderse, esto va a depender de cómo se vayan logrando la construcción de matrices grupales y los efectos de subjetivación en la misma. La selección de los integrantes es producto de un sondeo previo de sus características, hábitos e inquietudes a través de llevar adelante observaciones, recolectar la información de quienes los cuidan y de la documentación existente; en los casos en que hubiese lenguaje verbal se conversa con ellos. A partir del funcionamiento de los primeros talleres terapéuticos, a algunos se los incluye porque sin que los llamen comienzan a sumarse a las reuniones. Esto es leído como una demanda aunque no haya lenguaje verbal en algunos casos. A los pacientes que integran los talleres se los convoca a través de los asistentes terapéuticos (personas que los cuidan cotidianamente), en los casos en que los pacientes tuvieran retraso mental profundo, y por ende, dificultades para la ubicación, los acompañan hasta el salón. A los restantes se los acompaña la primera vez, y luego se los deja que elijan si

quieren asistir o no, en este sentido se trabaja como un espacio de elección. La concurrencia, salvo excepciones, es de un noventa por ciento de los integrantes. El logro más importante en este sentido, es que en varias ocasiones los pacientes asistieron al taller antes que el asistente los convoque, es decir, el espacio se les ha constituido como algo significativo y que los ha impulsado a apropiarse del mismo. La dinámica que tomaron los talleres a lo largo de siete años fue ir trabajando con grupos de menor complejidad por su nivel de impedimento, y luego ir incluyendo a grupos constituidos por pacientes con mayores dificultades, como por ejemplo, los pacientes con retraso mental profundo (no usan lenguaje verbal, su comprensión es menor, son más impulsivos, varios poseen trastornos en la motricidad, su socialización es mínima). La cantidad de integrantes en los talleres terapéuticos (T. T) depende del tipo de pacientes del que se trate, cuanto mayor desvalimiento presentan, el número es menor debido a que trabajar con ellos implica una intervención de mayor complejidad; otro factor que interviene es si la coordinación se hace solo o con otro integrante. En la actualidad se trabaja con grupos de cinco a doce pacientes, hubo un período en que con la co-coordinación colaboraban asistentes terapéuticos, en ese caso los grupos podían abarcar hasta dieciséis integrantes.

Unas líneas arriba mencionaba que los talleres tenían un atravesamiento permanente en el uso de la palabra, en el sentido de propiciar un habla. Es a partir de ella (la palabra) desde donde se puede mediatizar el deseo, es a través de la cual un sujeto puede desplegarse, puede empezar a decir, lo que quiere, lo que piensa, lo que siente, es lo que lo va subjetivar. En este tipo de instituciones la subjetividad no ha tenido espacio para ser trabajada, la palabra que circula es la del otro que lo cuida, que lo asiste, y en el caso de que hubiese familiares son ellos quienes tienden a hablar por el paciente. En el retraso mental el sujeto procura no encontrarse con su deseo, prefiere tratar de ocultarlo detrás del deseo de otro, como quedarse al margen¹⁰. En pacientes del hospital que han tenido cierto grado de socialización y su retraso mental es moderado, cuando se les pregunta qué quieren hacer, responden frecuentemente tratando de complacer a su interlocutor, o sea, responden que quieren hacer lo que al otro le agrada, o lo que creen que el otro

Notas.

¹⁰Bruno, P (1986) En Ornica? N° 37. Paris

espera de ellos, pareciese que el deseo que importa no es el de él, o no tiene la intención de ponerlo en juego.

En el grupo es el coordinador quien en un principio promueve la participación de los demás integrantes: a partir de preguntar, comentar, invitar a hacer comentarios, a que elijan la forma y el momento de participar en el juego, decir como se sienten, con el objetivo de apuntar a que vayan desplegando emergentes que los singularicen, y puedan simbolizarlos, es decir, hablarlos, y en este contexto grupal contribuir para ir conformando una matriz transferencial y de identificaciones¹¹ (secundarias) en la que se promueva la subjetivación. En los grupos de los talleres se observa que lo que dicen sus integrantes, es tomado por algunos de sus compañeros, para repetirlo, para confirmarlo, para compartirlo en un “yo también”, para evocar situaciones similares, para diferenciarse en sus gustos (por ejemplo, comida, cuadro de fútbol), para hablarlo como proyecto con otros, pero básicamente la circulación de la palabra en el grupo facilita la singularización de cada paciente, en un ir paulatinamente respondiendo a su deseo.

En tren de que este encuentro grupal se perfile como placentero, en el sentido de generar confianza, como un espacio potencial¹², que permita reducir los miedos o ansiedades paranoides, se organiza un espacio lúdico, un juego que puede ser de índole deportiva, artística o recreativa. Desde estos espacios, donde ellos comprometen su cuerpo y su presencia de otra manera (de mayor apertura), se potencia la posibilidad de que haya expresión utilizando la palabra, y comienza a manifestarse el deseo por participar, por ganar, por estar, por hacer (dependiendo de la característica del espacio respectivo).

Antes de pasar a comentar uno de los Talleres Terapéuticos (T.T) voy a explicar , cuál es el sentido de utilizar dichos términos. Concibo la idea de taller como una arquitectura o espacio de elaboración simbólica, y el concepto de terapéutico lo planteo en el sentido de esa elaboración que apunta a singularizarlos, y que este efecto, les da recursos para ubicarse frente a su deseo y al de los otros de otra manera, posiblemente desde un posicionamiento más activo frente a su realidad.

Los Talleres Terapéuticos realizados en el Hospital desde que se comenzó a trabajar con pacientes fueron los siguientes: de fútbol 1,2 y 3; volley, música del

¹¹ Fernandez, A; Del Cueto, A.(1986) El dispositivo grupal. Lo Grupal.2. Ed. Busqueda. Buenos Aires

¹² Winnicott, D(1963) Realidad y Juego. Ed. Gedisa. Buenos Aires

campo, videos, relatos, tejo, pintura y dibujo, canto, baloncesto, la matera 1 y 2, juegos de mesa, metegol y mural. A continuación, como una forma de explicitar lo señalado en la orientación teórica comentaré uno de los T. T , el de canto.

Taller Terapéutico de Canto

Llegan los pacientes al salón donde se realiza el T. T de Canto. En las primeras semanas a algunos los acompañan los asistentes, después comienzan paulatinamente a venir solos, y en este sentido, el último cambio hecho por la mayoría de ellos fue en muchas oportunidades esperar al coordinador dentro del salón antes de que llegue. De este grupo seis pacientes padecen retraso mental moderado, de ellos uno es no vidente, un séptimo padece retraso mental grave, posee un reducido lenguaje verbal (palabras y frases reducidas), además atrofia de uno de sus brazos, y un trastorno en la pierna que lo hace renguear. Los saludo y los invito a sentarse en sillas alrededor de una mesa. En un principio llegaban, saludaban, se sentaban, y esperaban las palabras del coordinador. A medida que fuimos avanzando el trabajo del taller, lentamente, los de menor retraso mental comenzaron a participar en las propuestas de canto que se les hacía; a la pregunta qué cantamos, hubo cada vez menos silencio de espera, y más iniciativa. Como decía, primero los de menor retraso, para ir sumándose luego casi todos. Los comienzos del taller eran básicamente de diálogo. El diálogo en las primeras semanas y meses fue motivado a partir de preguntas que les hacía . Las mismas tenían que ver con cuestiones cotidianas, considerando los niveles de comprensión en los que se encontraban. Alguno podía contar lo que había comido, o si lo habían afeitado; otro dar detalles de una película o de un paseo. Este espacio de diálogo se fue abriendo, en el sentido de que para varios en un momento dado, ya no era necesaria mi pregunta o invitación a hablar, sino que desde el comienzo, incluso, antes de sentarse, comenzaban a enunciar cosas que habían hecho: "corto el pelo" (quería decir que había venido el peluquero y les había cortado el cabello), e incluso las cosas que querían hacer: "Quiero cantar". Otro punto importante que pudieron lograr los que poseían más recursos fue que por momentos lo que iban a decir, ya no iba apuntado exclusivamente al coordinador, sino que empezaban a plantearlo al grupo, y en ocasiones, a otro de los

compañeros con el que se sentían más afines, por ejemplo, poder verbalizar a todo el grupo que no los venían a visitar, o que estaban contentos porque iban a salir de paseo. Otro punto dentro de las elecciones que empezaron a hacer fue el de las canciones a cantar. La mayoría escucha y gusta de las cumbias, y comenzaron a proponer: "quiero cantar la del grupo Red", "la de Mala Gata". Casi todos cantaban, uno no gustaba de cantar, pero se sumaba a acompañar a los que cantaban utilizando instrumentos caseros (toc-toc, maracas, tambores). Quiero decir que podía elegir no cantar, y quedarse para hacer otro tipo de cosas que le gustaban como acompañar con instrumentos, este paciente era uno de los más introvertidos para hablar, pero más adelante pudo relatar una visita que había tenido y adonde había ido. A partir de este relato (ya sea espontáneamente, o respondiendo a una pregunta) otros del grupo en ese momento y posteriormente, pudieron hablar de las visitas que tenían, o las que querían y no tenían. Respecto a los cambios de posicionamiento que se puede inferir en esta experiencia, fueron precedidas durante mucho tiempo por preguntas, o invitaciones a hablar, de abstenciones de juicios de verdad o exactitud, de una escucha, y por ende de darle sostén a cada cosa que ellos podían pensar, sentir y decir, o sea, antes de que comenzaran a proponer canciones, a elegir los instrumentos que usarían, o decidir si tal día querían cantar o hablar, desde la coordinación se había facilitado el terreno para ese despliegue. Estos avances tardaron muchos meses en comenzar a darse. El tiempo de cambio en ellos es distinto, las transformaciones son leves y muy paulatinas, desde el lugar del coordinador de talleres hay que ubicarse con una expectativa muy cuidadosa para poder evaluar cuando un paciente esta haciendo o no, un proceso de cambio subjetivo. Para terminar este relato del taller de canto me gustaría comentar algunos de los cambios que expresaban con claridad la construcción de un nuevo posicionamiento subjetivo en los T.T: tuve que ausentarme un momento y les pedí que me esperaran. Generalmente lo que estaba habituado a ver en los diferentes talleres cuando sucedía algo así, era que algunos se retiraban, y los que se quedaban esperaban quietos en el lugar, sin involucrarse con la tarea. Esta vez, cuando regresé, estaban cantando en grupo, entonaban canciones que gustaban cantar en el taller, estaban contentos, no se les había dejado ninguna consigna, lo entendí como una experiencia de autogestión grupal. En otra ocasión estando al aire libre, en uno de los lapsos entre canción y canción, un paciente observó en la

cercanía una oveja comiendo pasto, y a partir de allí con ritmo de cumbia empezó a cantar: “¡ La oveja come pasto, y dice meee, la oveja como pasto come planta y dice me! “. Propuse que lo acompañáramos, y se transformó en una canción del grupo, y sobre todo de él.

Este paciente trataba de usar la mayor parte de su tiempo cantando, o escuchando música, la diferencia en esa oportunidad es que no estaba cantando una letra hecha por otros, esta vez la había creado él. Una tarde en el taller de canto cuando ya habían repetido varias veces las mismas canciones, pregunte si les gustaría cantar una canción nueva. Dijeron que sí. Entonces pregunté cual. Se tomaron unos minutos en responder, pero lo llamativo fue que la respuesta la dio el paciente que apenas hablaba, poseía mayor retraso, atrofia motriz en un brazo y disminución de la locomoción en una pierna, dijo: “Lobo está”. Era una canción que no estaba entre las que cantábamos. Reflexionando posteriormente me di cuenta que mi expectativa estaba puesta en los que poseían más recursos, pero en este paciente el deseo de subjetivación, pudo potenciarlo más allá de la adversidad de sus condicionamientos; es decir, a partir de esta experiencia logré re-pensar que el camino de la subjetivación no se agota solamente en los niveles de retraso que se puedan presentar.

Conclusión

Para finalizar se puede inferir del trabajo desarrollado con los pacientes adultos con retraso mental y patologías asociadas institucionalizados, que a pesar de los condicionamientos biológicos y de los espacios de alienación subjetiva que pueda haber en la institución, pueden generarse otros que oferten la alternativa de trabajar la subjetividad, en este caso, a través de un dispositivo grupal, desarrollando el juego o espacio lúdico facilitador, como el que se da en el Taller Terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

Samaja, J. (1993) Epistemología y metodología. Ed. Eudeba. Buenos Aires
Goode, w.j.- Hatt, P,k. . (1986) Metodología de la investigación social. Ed. Trillas.
Buenos Aires

- Zazzo R.(1973) Los débiles mentales. Ed. Fontanela. Barcelona
- Ajuriaguerra, J. (1987). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona.
- Fainblun, A (2006) Discapacidad .Ed. Tekné. Buenos Aires
- Shorn, M (1999) Discapacidad. Ed. Lugar. Buenos Aires
- Shorn, M (2003) La capacidad en la discapacidad. Ed. Lugar. Buenos Aires
- Cordié, A (1994) Los retrasados no existen. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires
- Bruno, P (1986) En Ornicar? Revue du champ Freudian. P.38-65.
- Mannoni, M (1967) El niño su enfermedad y los otros. Cap. 1. Ed. Nueva visión. Buenos Aires
- Verdugo Alonso, M. (2000) El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental. Ed. Pirámide. Madrid
- Rodulfo, R. Trastorno narcisista no psicótico. Cap.11. Ed. Paidos. Buenos Aires
- Dolto, F (1986) La imagen inconsciente del cuerpo. Ed. Paidos. Buenos Aires
- Aulagnier, P (1977) La violencia de la interpretación. Ed. Amorrourtu. Buenos Aires.
- Yospe,J ; Izaguirre, G y Colab.(1999) Salud Mental y psicoanálisis. Ed. Eudeba. Buenos Aires.
- Fernandez, A; Del Cueto, A(1985) El dispositivo grupal. En Lo grupal II. Ed. Busqueda. Buenos Aires
- Fernandez, A (2000) El campo grupal. Ed. Nueva Vision. Buenos Aires
- Riviere, P (1986) El proceso grupal. Ed. Nueva Vision. Buenos Aires
- Kesselman,H; Pavlovsky, E; Frydleswky(1993). Las escenas temidas del coordinador de grupos. Ed. Busqueda. Buenos Aires.
- Baraldi, C (2000) Jugar es cosa seria. Ed. Homo Sapiens. Buenos Aires
- Winnicott, D(1963) Realidad y Juego. Ed. Gedisa. Buenos Aires
- Donzis, L (2000) Jugar,dibujar, escribir. Ed.Homo Sapiens