



## **ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)**

Nº 11 – Primavera 2007

### **La Acogida Grupal En Una Clínica Universitaria**

**María Antonieta Pezo del Pino **

#### **RESUMEN**

*En este trabajo presentamos un dispositivo grupal que introducimos en una Clínica-escuela para recibir pacientes que buscan una atención psicológica. Cuando iniciamos el trabajo de supervisión clínica grupal, encontramos dificultades para montar un grupo. Mi impresión fue que a pesar de la institución introducir una línea de trabajo, la clínica no estaba preparada para ello.*

*Conocedora de las dificultades y las contradicciones propias de las instituciones, resolví implantar un cambio en la rutina institucional: llamaríamos a los pacientes para un primer encuentro con un grupo. Introduje una práctica que durante muchos años habíamos trabajado en las instituciones de salud mental.*

*Presento resumidamente los resultados de tres tipos de intervención con grupos de niños y padres. Las parejas de coordinadores que atendieron tanto a los niños como a los padres obtuvieron mejores resultados. En los casos que fueron atendidos los padres por una dupla diferente de la que atendió a los chicos, destacaría que muchos de los papás utilizaron el espacio como una terapia.*

#### **RESUMO**

*O trabalho apresenta o dispositivo grupal como uma maneira de receber pacientes numa clinica escola. Quando se inicio o trabalho para atender em grupo, foram detectadas muitas dificuldades. A impressão é que apesar de ser introduzidos os grupos não havia uma preparação para este tipo de atendimento a não ser o atendimento clinico individual.*

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Psicoanalista. Profesora y supervisora de clínica grupal em el Centro Universitario Santo André (UNIA). Departamento de Psicología Social. Instituto de Psicología USP. Endereço eletrônico: mapezo@usp.br.

*Conhecendo as contradições próprias das instituições, implantamos uma mudança na rotina da clínica escola, e utilizamos uma abordagem que tínhamos utilizado nas instituições de saúde mental: receber num primeiro encontro os pacientes em grupo.*

*Apresento de maneira resumida três tipos de atendimentos com grupos de crianças e grupos de pais. As duplas que atenderam tanto as crianças como os pais obtiveram melhores resultados. Nos casos que a dupla que atendeu as crianças foi diferente da dupla que atendeu os pais, muitos pais esqueceram do motivo que os levou a consulta: o filho e trataram muito mais problemas pessoais.*

En este trabajo quisiéramos presentar el grupo como un dispositivo de acogida para pacientes que consultan un servicio de una Clínica-escuela universitaria. Las clínicas universitarias se caracterizan generalmente por atender una demanda de pacientes que tienen dificultades y pocas condiciones de pagar una consulta psicológica particular y, por otro lado, atienden una demanda de una Facultad de Psicología, o sea, a la necesidad de formación y prácticas profesionales de alumnos del último año de psicología. En la convergencia de estas dos demandas se encuentran tanto el alumno como el supervisor de clínica grupal.

Cabe hacer una puntuación importante, si la Clínica-escuela atiende a la demanda de una Facultad de Psicología, ella deberá responder no solo a una demanda sino a una política interna de cómo es priorizado teóricamente o curricularmente un abordaje individual y / o grupal. En el Brasil pocas décadas atrás en el transcurso de la formación pocas universidades daban alguna materia que preparase a los alumnos para atender en grupo. En un estudio anterior (Pezo, 1998) observamos que de una muestra de profesionales (trabajadores de la salud mental del Estado de San Pablo) que solicitaban una formación para trabajar con grupos, apenas dos por ciento de la muestra evaluada, habían cursado en la facultad un curso de grupos (un psiquiatra formado y dos psicólogos). Sabemos que la clínica grupal, a pesar de no ser tan nueva, presenta una serie de resistencias que no diría corresponden a los pacientes que consultan y sí a la propia institución de enseñanza y la clínica en general, ya que resulta mucho más comfortable atender individualmente. La clínica individual, con independencia de la línea teórica, no solo tiene un mayor reconocimiento, sino una mayor producción teórica, por tanto, para un alumno que comienza a realizar sus prácticas profesionales es una experiencia mucho más tranquila y segura. Si consultamos bibliografía podremos constatar también el

alarmante contraste de producción. Así, los alumnos no solo tienen una mayor cantidad de materias que focalizan al individuo sino una mayor bibliografía de diferentes líneas que enfocan al sujeto individual. Tal vez podríamos generalizar y afirmar también que vivimos en una sociedad que cada vez más prioriza al individuo en detrimento del grupo.

Cuando iniciamos el trabajo de supervisión clínica grupal, en la clínica de la facultad, encontramos algunas dificultades para montar un grupo con pacientes derivados de la propia clínica. La prioridad institucional era poder atender las demandas de los supervisores de diversas líneas teóricas y evidentemente con la indicación para una atención individual. Cuando inicié mi trabajo me fue comunicado que los pacientes no *“aceptaban”* y, o *“no querían ir a un grupo”* y me anunciaron *“será muy difícil montar un grupo”*. Indicaron nombres de algunos pacientes inscritos en el servicio, que podrían participar de un grupo, supe posteriormente que eran personas que no habían podido ser contactadas, que no devolvían las llamadas o que habían abandonado algún tratamiento. Contratransferencialmente sentí que estaban ofreciéndome aquello que no andaba, que no caminaba, casi lo que se habría descartado. Mi impresión fue que a pesar de la institución (Facultad) introducir una línea de trabajo, la parte administrativa de la clínica no estaba preparada para ello.

Conocedora de las dificultades y las contradicciones propias de las instituciones, resolví implantar un cambio en la rutina institucional, los pacientes los llamaríamos para un primer encuentro con un grupo. Introduje una práctica que durante muchos años como supervisora clínico-institucional, habíamos implantado en algunas de las instituciones de salud mental del Estado y el Municipio que habíamos supervisado. La idea era acoger y recibir en grupo y no el camino inverso. Camino este que presupone la elección por una indicación, que podría incluir inclusive un tratamiento en grupo, pero que en la práctica ya llevaba la marca de un primer contacto individual y por tanto el valor dado a este tipo de abordaje. La propuesta de invertir el proceso parte de una constatación en las instituciones de salud mental: la institución ofrece al paciente en primer lugar aquello que puede y muestra en la práctica y con la experiencia una vivencia que es valorizada por la institución y que inicialmente los escucha en grupo.

En la década de los ochenta introdujimos el diagnóstico en grupo, teórica y prácticamente partía de este tipo de presupuestos, en lugar de seleccionar y agrupar como los libros y los supervisores con experiencia nos enseñaban, facilitábamos en el encuentro grupal una selección y agrupamiento natural, decurrente de la experiencia vivida. Promovíamos y agilizábamos un proceso

de acogida mas rápido en lugar del paciente mantenerse en una lista, muchas veces fantasma, de espera. Evidentemente fueron programados algunos requisitos propios, como pequeña diferencia de edad en el caso de niños, horarios posibles para ser atendidos, disponibilidad para ser llevados al servicio. Lo que siempre enfatizamos es que quedaba muy claro, para el equipo tanto como para los pacientes, que no por ello dejaríamos de atender individualmente si así lo requería el caso.

En la década de los ochenta y noventa trabajar con grupos era una propuesta propia de las directrices de salud mental, en el Estado de San Pablo y por ello se montaron todo tipo de grupos: de espera, de diagnóstico, tratamiento; y posteriormente junto con el desmantelamiento de los hospicios y la implantación de servicios como hospitales de día, centros de atención psico-social, se introdujeron las oficinas como propuestas de tratamiento en grupo. No diría que no se vivían contradicciones u obstáculos, apenas afirmaría, que las propuestas argumentadas como políticamente correctas eran atender en grupo aunque el profesional no estuviese preparado para ello. Pienso que de aquella época para la actual situación, tal vez un gran avance sea la inclusión en gran parte de los programas de formación de psicólogos de algún curso introductorio a los grupos. Las políticas públicas dejaron de invertir en la discusión, supervisión y perfeccionamiento del profesional de la salud mental. Existen algunas iniciativas privadas, particulares para discutir las prácticas por parte de los trabajadores, o algunas entidades como facultades que ofrecen un espacio para reflexión de las mismas. Entre estos cabe destacar la oficina de producción de textos sobre trabajo con grupos creado por la Dra. M. Cristina Vicentin (PUC-S.P. 2006); en un modelo semejante estamos implantando un servicio para el Municipio de Santo André. Evidentemente, falta mucho para afirmar que el trabajo con grupos es un campo sin restricciones o sin múltiples resistencias.

### **La función de Acoger**

Acoger significa sostener, apoyar, recibir, abrazar, cuidar. Por tanto, establecer un vínculo de confianza, de manera tal que se facilite la comunicación inicial del paciente que consulta. La función de acoger significa ofrecer un espacio capaz de dar soporte al sufrimiento y la angustia que lleva a un sujeto a una consulta psicológica. Dar soporte significa no apenas oír el sufrimiento, sino también, ayudar a reconocer el sentido y el significado del mismo.

Cuando acogemos el sufrimiento psíquico de un sujeto, no sólo damos atención y escucha, precisamos cuestionar el sentido del sufrir. Cuando recibimos un paciente precisamos acoger la

desorganización inicial, no sólo escuchando y sí permitiendo con algunas puntuaciones, que el sujeto pueda salir de ese primer contacto, con alguna cuestión que oriente el siguiente encuentro. Del primer encuentro con el psicoanalista, el paciente deberá salir con indagaciones, preguntas y no con respuestas cerradas. Acoger significa también adaptarse al ritmo que el paciente nos impone, que no necesariamente es el ritmo que creemos conveniente para el mismo, es aquello que sea capaz de soportar, por tanto acoger está junto con una cierta maleabilidad profesional (si el paciente no puede aún hablar deberá ser respetado).

En los textos básicos de salud del Ministerio, encontramos la prioridad dada al acoger definido como:

*“Acción técnico – asistencial que presupone el cambio de la relación profesional / usuario y su red social a través de parámetros técnicos, ético, humanitarios y de solidaridad, reconociendo al usuario como sujeto participante activo en el proceso de producción de salud.*

*La acogida es una manera de operar los procesos de trabajo en salud de manera tal que atienda a todos los que buscan los servicios de salud, oyendo sus pedidos y asumiendo en el servicio una postura capaz de acoger, escuchar, pactar respuestas más adecuadas a los usuarios. Implica dar una atención con resolución y responsabilidad, orientando, cuando así sea el caso al paciente y la familia para otros servicios de salud para continuar siendo asistidos y estableciendo articulaciones con esos servicios para garantizar la eficacia de las derivaciones”<sup>2</sup>*

### **Grupos de Acogida**

Inicialmente denominábamos grupos de diagnóstico a los primeros encuentros, pienso que la función esencial es acoger y no diagnosticar. Un paciente puede ser psicótico, neurótico, fronterizo y lo que es mas importante, es si será beneficiado o no estando en un grupo, y una manera de saberlo es permitiéndole la experiencia con grupo que tiene la función de acogerlo como prioridad. El coordinador del grupo deberá promover que el grupo cree, trabaje produzca. Pienso así que si él

---

<sup>2</sup> Humaniza SUS. Textos Básicos de Saúde, Brasília – DF 2004

estuviera focalizado en diagnosticar estaría impedido, tal vez, de recrear y promover un espacio lúdico y de encuentro entre los diversos componentes.

Los grupos de acogida tienen algunos objetivos:

1. Recibir los pacientes que consultan a un servicio en un espacio grupal.
2. Presentar una modalidad de atención psicológica valorizada por la institución.
3. Los sujetos aprenden a oír y reconocer el dolor del colega, solidarizarse e identificarse. De esta manera cuestionando y aprendiendo sobre si mismos y el otro del encuentro con el grupo.
4. Se valoriza la presencia de los miembros del grupo en una doble función de quien demanda ayuda, así como de quien también es capaz de aportar y soportar el dolor del otro. En una función claramente co-terapéutica como muchos autores confirman.
5. Resolución y derivación rápida, ya que el paciente no aguarda durante mucho tiempo una consulta.

Los pacientes deberán ser estimulados a enunciar una demanda propia para el psicólogo y no reproducir apenas aquello que le dijo quien lo derivó.

Cabe citar a Piera Aulagnier (1984) quien sugiere que las entrevistas preliminares deberían llevar a un trabajo de auto-interrogación y auto-análisis, no solo del paciente que es invitado a pensar, intercambiar conocimientos y afectos, como sería una prerrogativa del analista, que antes de pensar cuál es el diagnóstico, debería descubrir si este sujeto singular se beneficiaría de un análisis. En el caso de grupos, pienso que lo que interesa es percibir si un tratamiento grupal sería el más indicado, si se beneficiará con el mismo y si obtiene resultados en los primeros encuentros grupales. Cabe aquí pensar cuáles serían esos indicadores, en la práctica constatamos que una vez vencidas las resistencias iniciales los sujetos se encuentran confrontados más rápidamente con sus dificultades, ya que ellas no son solo apuntadas por los propios participantes, sino que parecen percibirse mejor confrontándose con ellos mismos en el grupo.

Los grupos de acogida funcionan de la siguiente manera:

- Se establece un día y hora para la primera entrevista en grupo de los pacientes nuevos que consultan el servicio.
- Los pacientes son acogidos de preferencia por una dupla de profesionales que actúan como co-coordinadores.

- Es importante puntualizar que es mucho más fácil reconocer lo que nos sucede cuando hablamos y oímos lo que los otros tienen para decirnos. Mostrar que no solo se presenten como “un problema” y sí como personas.
- El grupo funciona independientemente del número de componentes o del retorno o no al siguiente encuentro.
- Los pacientes detectados o considerados de mayor gravedad que precisarían de otro tipo de ayuda son derivados en seguida.

Se promueve que los pacientes puedan hablar de sí mismos, así como de aquello que los aqueja y los lleve a la consulta. Enfatizar que muchas personas, después del primer encuentro, se sienten mejor y que respetamos que no quieran volver. Una cuestión tratada en el primer encuentro es la necesidad del sigilo y por tanto también que ellos se deberán sentir libres de elegir el momento apropiado para contar algún secreto, así como no son obligados a hacerlo. Se avisa que si alguno de los coordinadores considera que el tratamiento en grupo no es adecuado, será comunicado.

El coordinador del grupo precisa promover la comunicación y cooperación entre los miembros; facilitar y permitir que los miembros del grupo comenten, asocien, cuestionen y opinen sobre el tema que está siendo tratado. Es prioritario que el coordinador sepa indagar, cuestionar antes de responder o afirmar, es necesario que se permita cuestionar y que los pacientes se interroguen sobre ellos mismos, sobre sus problemas y sobre lo que ellos dicen.

### **Grupos en la Clínica-Escuela**

Pretendemos describir resumidamente algunos resultados obtenidos con el trabajo de grupos de acogida en la Clínica-escuela. La supervisión debía priorizar el tratamiento de niños en grupo. Presento algunos resultados:

- Recibimos los niños en un grupo, y en otro grupo a los padres, en el mismo horario por dos duplas de profesionales. A pesar de no concordar con este esquema, utilizamos el mismo para dar oportunidad a una mayor cantidad de alumnos. En esta experiencia constatamos que los padres acabaron muchos de ellos utilizando el espacio para hablar mucho más de ellos que de los hijos. La vivencia para quienes trabajaron con los niños fue un poco caótica, debido a la falta de información sobre los niños y la exigencia de los padres de tener respuestas.

- Otro esquema fue atender a los niños primero y después a los padres por la misma dupla de terapeutas, este esquema resulto más adecuado, centralizaron las conversaciones en las dificultades de los hijos y en ellos como padres. Se detectó inicialmente un niño con características que nos hicieron sospechar un cuadro autista. El niño fue derivado a un especialista.
- En una de las duplas que atendieron a los niños y a los padres, se incluyeron entrevistas junto con los niños, si inicialmente este esquema provocó bastante temor por parte de las coordinadoras (alumnas), al mismo tiempo permitió detectar una eficacia muy grande, ya que los niños llevaron al siguiente encuentro solo de niños algunos cuestionamientos sobre ellos mismos (que hasta ese momento no se habían hecho) muy importante para el proseguimiento de los casos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Abadi, Sonia** (1996) *Transiciones El Modelo Terapéutico de D. W. Winnicot*. Ed. Lumen, Buenos Aires
- Aulagnier, Piera** (1984) *El aprendiz de historiador y el Maestro Brujo*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Pezo M. Antonieta** (1999) em el libro: *A Psicanálises e os Impasses da Educação IP/FE-USP; Grupos de Diagnostico com crianças no âmbito institucional*.
- Pezo, M.A.** (1998) *Perfil de um grupo dos Profissionais da Saúde Mental interessados em trabalhar com Grupos*, Tema livre apresentado na Jornada de SPAG-E Rio, 40 anos pensando em grupo.
- Pezo, M. Antonieta** (2003) *Los Inicios de la Atención psicoterapéutica en la Institución*, *Transiciones*, Rev. De la Asociación de psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes.