



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 26 – Invierno 2022

### **Transformación de un programa de pisos supervisados: recuperando la comunidad<sup>1</sup>**

Raquel Lucena Díaz<sup>2</sup>

#### **Resumen**

El programa de pisos supervisados del Hospital Universitario José Germain es un proyecto que se puso en marcha en el año 1987 como parte del proceso de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización. Entre 2018 y 2019, un nuevo equipo se hace cargo del programa, con el objetivo de reformular el funcionamiento del dispositivo, orientando la actividad asistencial hacia el énfasis en la independencia y la recuperación, yendo más allá de la estabilidad clínica y el soporte, haciendo hincapié en la implicación comunitaria y el lazo social, e introduciendo aspectos psicoterapéuticos. Este trabajo aborda los cambios organizativos y de filosofía del dispositivo. Se conceptualiza la esquizofrenia según el modelo de vulnerabilidad, la cronicidad como un artefacto social, y el trabajo de rehabilitación como un proceso fundamentado en la construcción de vínculos de apego y el abordaje de los elementos simbólicos y pre- simbólicos de la relación. Se describen los espacios grupales y algunos elementos del trabajo en equipo. Se ilustra el proceso con una viñeta clínica relativa a la evolución de dos de los pacientes en atención.

Palabras clave: pisos supervisados, cronicidad, rehabilitación psicosocial, trabajo comunitario, trabajo en equipo

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las III<sup>as</sup> Jornadas de la Escuela de Área 3. Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales, celebradas en Madrid el 24 de junio de 2022.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Coordinadora del CSM de Leganés.

## **Abstract**

The supported housing programme at Jose Germain University Hospital is a project implemented in 1987, as part of the process of psychiatric reform and deinstitutionalization. Between 2018 and 2019, a new team took charge of the programme, with the aim of reformulating the functioning of the device, orienting the care activity towards an emphasis on independence and recovery, going beyond clinical stability and support, focusing on community involvement and social bonding, and introducing psychotherapeutic aspects. This paper addresses the organisational and philosophical changes during the last years. Schizophrenia is conceptualised according to the vulnerability model, chronicity as a social artefact, and rehabilitation work as a process based on the construction of attachment bonds and the approach to the symbolic and pre-symbolic elements of the relationship. Group meetings and some facets of the teamwork are described. The process is illustrated with a clinical vignette relating to the evolution of two of the patients in care.

Key words: supported housing, chronicity, psychosocial rehabilitation, community work, team work

## **Riassunto**

Il programma di appartamenti supervisionati dell'Ospedale Universitario José Germain è un progetto che è stato avviato nel 1987 nell'ambito del processo di riforma psichiatrica e di deistituzionalizzazione. Tra il 2018 e il 2019 una nuova unità ha preso in carico il programma, con l'obiettivo di riformulare il funzionamento del dispositivo, orientando l'attività assistenziale verso un'enfasi sull'indipendenza e sul recupero, andando oltre la stabilità e il supporto clinico, enfatizzando il coinvolgimento della comunità e il legame sociale e introducendo aspetti psicoterapeutici. Questo documento affronta i cambiamenti organizzativi e filosofici del dispositivo. La schizofrenia è concettualizzata secondo il modello della vulnerabilità, la cronicità come artefatto sociale e il lavoro di riabilitazione come processo basato sulla costruzione di vincoli di attaccamento e sull'approccio agli elementi simbolici e pre-simbolici della relazione. Vengono descritti gli spazi di gruppo e alcuni elementi del lavoro d'équipe. Il processo è illustrato con una vignetta clinica relativa all'evoluzione di due pazienti in cura.

Parole chiave: appartamenti supervisionati, cronicità, riabilitazione psicosociale, lavoro di comunità, lavoro d'équipe.

---

## **Introducción**

El **programa de pisos supervisados** del Hospital Universitario José Germain es un proyecto que se puso en marcha en el año 1987 como parte del proceso de reforma psiquiátrica y desinstitutionalización. En la actualidad consta de 7 pisos distribuidos por el municipio de Leganés, con tres ocupantes en cada uno de ellos. El objetivo en su momento era proporcionar una alternativa residencial normalizada a pacientes que, de otro modo, estarían ingresados en unidades de larga estancia, es decir, en el llamado manicomio. Entre octubre de 2018 y noviembre de 2019,

gracias al presupuesto asociado al Plan de Salud Mental 2018- 2020 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CAM 2018), se produce un incremento en la dotación de recursos humanos y una reestructuración de los profesionales que componen el equipo, estando actualmente formado por dos psiquiatras, una psicóloga, dos enfermeras, dos auxiliares de enfermería y una trabajadora social. Además del programa de pisos, el equipo lleva a cabo otra actividad asistencial, el Programa Comunitario Intensivo, estando a cargo por tanto de un total de 54 pacientes con Trastorno Mental Grave.

Desde que se puso en marcha el programa hace 35 años, la disponibilidad de plazas que ofrecen alternativas residenciales a los pacientes atendidos en la zona sur de la CAM ha crecido de forma exponencial, contando en la actualidad con 178 plazas en mini residencias y 49 plazas en pisos supervisados (CAM 2022). Se trata de un primer cambio de contexto del que surge la necesidad de una reformulación de los objetivos y estructura de funcionamiento del dispositivo, para establecer el lugar diferencial de estos pisos respecto a los pertenecientes a la red de atención social.

Por otra parte, en estudios sobre recursos residenciales de características similares (García Pérez, 2013) se observa que, aunque las viviendas estén ubicadas en entornos normalizados con acceso a una amplia oferta de servicios comunitarios, el uso que los usuarios hacen de los mismos es muy escaso, no lográndose de forma efectiva el objetivo de integración comunitaria. Se menciona además el riesgo de que se sigan produciendo respuestas espontáneamente institucionales, con un peligro de “trans- institucionalización”, perpetuando actitudes paternalistas y cronificando la dependencia. Esto se detecta por ejemplo en el hecho de que los círculos de apoyo social quedan reducidos al personal del alojamiento y a los compañeros de piso, creando un microcosmos que reduce su participación comunitaria. A esto se le añade un fenómeno particular, en probable relación con la carga sobreañadida que implica el lugar donde se pone en marcha este programa, un lugar referente del nuevo pensamiento que trajo hace más de 30 años la reforma psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria, pero que ha acabado reproduciendo, en el contacto continuado con la fuerza alienadora de la enfermedad mental grave y sus aspectos de cronicidad, algunos de los fenómenos manicomiales que pretendía combatir. Los pacientes que encontramos podrían responder a la descripción del “código de cronicidad” de Ludwig (1971): las personas institucionalizadas se socializan a través del rol de “buen paciente”, que este autor caracteriza como alguien aburrido, inofensivo, que intenta pasar inadvertido, que elude responsabilidades, intenta minimizar el estrés e ignora a los otros; también incluye la posibilidad de comportarse de forma imprevisible, gozando para ello de cierta “inmunidad diplomática”.

El nuevo equipo recoge el encargo institucional de dar respuesta a los cambios de contexto socio-sanitario, y la necesidad de orientar la actividad asistencial hacia aspectos como el énfasis en la independencia y la recuperación, ir más allá de la estabilidad clínica y el soporte, haciendo hincapié en la implicación comunitaria y el lazo social, e introducir aspectos psicoterapéuticos superando la dicotomía entre tratamiento y rehabilitación.

El presente trabajo aborda los cambios en la filosofía y organización del modelo de trabajo en los últimos años, ilustrando los resultados con algunas viñetas clínicas.

## Postulados teóricos y filosofía de trabajo: la tarea manifiesta

En varias ocasiones se ha descrito la rehabilitación psicosocial como basada en modelos atóricos (Guinea, 2014) o como “una práctica en espera de una teoría” (Saraceno, citado por Guinea, 2007). Pero la impresión es que abordar a los pacientes graves desde un posicionamiento empírico, pero sin un marco teórico sobre el enfermar o sobre el manejo técnico de la relación terapéutica puede producir graves distorsiones del proceso, dando paso a colusiones transferenciales, bloqueos en la posibilidad de pensar o dinámicas patológicas en los equipos de trabajo.

Nuestra postura es que el equipo debe abordar la tarea habiendo construido un modelo de comprensión del trastorno mental que oriente las intervenciones. En este texto nos ceñiremos al modelo desde el que conceptualizamos la cronicidad en la esquizofrenia. Desde los años 70 se viene planteando una visión más optimista del pronóstico de la esquizofrenia. Manfred Bleuler (1974) señala una mejoría en el pronóstico a partir de la segunda mitad del siglo XX y la atribuye a una mejoría en los tratamientos, los cuidados de enfermería y los esfuerzos en la rehabilitación. Zubin y cols. (1983) entienden la esquizofrenia como una enfermedad episódica, y desarrollan el concepto de vulnerabilidad, según el cual, lo que persiste de forma crónica es una vulnerabilidad permanente a sufrir episodios de esquizofrenia. Para Zubin (1985), la cronicidad es un artefacto o una consecuencia social de haber sido identificado, etiquetado y tratado como esquizofrénico por los especialistas, familiares, u otros miembros de la red social del paciente. No niega, al igual que Bleuler, la gravedad persistente de un porcentaje de pacientes en torno al 10%, pero propone una explicación alejada del determinismo deteriorante del modelo médico. Aparte de factores sociales, económicos o vinculados a prácticas yatrogénicas, hay un grupo de personas que nunca consiguieron alcanzar un mínimo ajuste social antes del primer brote. Por tanto, cuando regresan a su nivel premórbido, permanecen como “pseudo- pacientes”. Ciompi (1983) insiste en la idea de cronicidad como artefacto social y Harding y cols. (1987) afirman que “hay evidencias crecientes de que la creencia que mantiene que la cronicidad es un resultado necesario e inherente de la esquizofrenia podría no sostenerse”. Para estos últimos autores, como todavía no disponemos de factores pronósticos completamente fiables, los programas asistenciales deben operar como si la mejoría estuviera al alcance de cualquiera, de cara a maximizar el número de cambios de rumbo hacia un mejor funcionamiento de los pacientes. Ciompi (1984) va más allá, en sus análisis sobre factores predictores del éxito de los procesos rehabilitadores en pacientes esquizofrénicos, encontrando una relación estadística entre los resultados y las expectativas iniciales de los pacientes, profesionales y familiares. En resumen, entendemos la cronicidad o la clínica negativa como una situación potencialmente modificable con el abordaje apropiado, y relacionada con múltiples factores: el ajuste premórbido alcanzado y sus posibilidades de evolución, el resultado de un círculo vicioso de interacción patológica entre el individuo y su ambiente (Tarí, 2013), o la manifestación fenomenológica de mecanismos defensivos. Por ejemplo, en el trabajo sobre la influencia del ambiente relacional de Vaughn y Leff (1976) se sugiere que el aislamiento social del paciente psicótico, entendido como una disminución de la comunicación verbal y una impresión de estar “en otro mundo”, puede ser una manera de lidiar con un ambiente de elevada emoción expresada, un mecanismo protector frente a las descompensaciones.

Los programas de rehabilitación que ponen en primer plano la clínica negativa desde los modelos del deterioro psicótico, se focalizan en los aspectos superficiales de los requerimientos de la vida social y desarrollan intervenciones como el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, etc., con el objetivo de mejorar esos aspectos. Incluso cuando los pacientes mejoran en el desempeño en estas áreas, los clínicos se encuentran con el fracaso a la hora de generalizar esos aprendizajes a otros contextos relacionales. Para Mannu y Soscia (2008) basarse en estas premisas supone una confusión entre esos requerimientos y los objetivos de la rehabilitación. Mejorar el autocuidado, por ejemplo, no es un elemento del proceso rehabilitador, es sólo su efecto. Y en este proceso, el núcleo fundamental es el que conduce a la posibilidad de verbalizar o mentalizar el propio mundo interno. Lo cual requiere un trabajo mucho más complejo y elaborado, centrado en los niveles simbólicos y pre- simbólicos de la relación. La prioridad, entonces, será el trabajo vincular, el establecimiento de vínculos de apego, que constituyen el elemento esencial para el desarrollo cognitivo y emocional. En palabras de Bleuler (1974) “el reconocimiento de que en el esquizofrénico continúa una vida psíquica normal, oculta detrás de la fachada psicótica”.

Sin embargo, el potenciar el lazo social, el “hacer comunidad” es muy difícil con el trastorno mental grave, puesto que, estructuralmente implica la expulsión de lo comunitario, la tendencia al aislamiento autístico (Black, 2008). Estar en el mismo sitio y hacer las mismas cosas no hace que emerja lo comunitario. Rotelli (1993) denuncia como “muy frecuentemente pasa que son indicadas como rehabilitadoras actividades que, quizás, sirven para llenar el tiempo de permanencia en un hospital o en un lugar de servicio. Este “llenar el tiempo” no parece tener ninguna característica de proceso rehabilitativo”. Semejantes prácticas, junto con la frecuente ausencia de demanda subjetiva del paciente (Tarí, 2013) pueden perpetuar la discapacidad y estereotipar al paciente en una dependencia de por vida.

#### Modificaciones organizativas y funcionales

Con la llegada del nuevo equipo se introducen modificaciones de manera progresiva a lo largo del procedimiento de trabajo en el programa de pisos. De cara a favorecer la construcción de una demanda subjetiva, se realizan entrevistas previas al ingreso destinadas al ajuste de expectativas y al trabajo sobre el consentimiento informado, y se elaboran, tras un período de estancia, planes de rehabilitación que se consensuan con el paciente. Aunque a veces es necesario derivar a los pacientes a dispositivos intermedios (hospital de día, CRL, etc.), evitamos hacerlo de forma indiscriminada, permitiendo tiempos de pausa, de espera hasta que en el trabajo cotidiano aparece algún indicio de necesidades verdaderamente conectadas con los intereses subjetivos. Ante la demanda masiva en los CSM y la imposibilidad de ofrecer la contención ambulatoria suficiente a los pacientes graves, frecuentemente se realizan derivaciones a los dispositivos de rehabilitación no relacionadas tanto con el objetivo de abordar la tarea concreta que ofrece ese dispositivo, como con la necesidad de colocar al paciente en un lugar que le proporcione un espacio vincular y un contacto más asiduo.

Nos preocupa más la potenciación del funcionamiento psicosocial del paciente que la supresión de los síntomas o la evitación de las descompensaciones. Como señalan Lamb y Goertzel (1972) en una comparación sobre dos programas de rehabilitación de alta y baja exigencia, el encuadre de alta exigencia no es más efectivo en mantener a los pacientes fuera del hospital, pero sí en mejorar el nivel de funcionamiento social y vocacional. La línea directriz de nuestro trabajo es la expectativa de

funcionamiento como ciudadanos de pleno derecho, y esto exige asumir el riesgo de aparición de crisis a lo largo del camino. La posibilidad de sostener este posicionamiento reposa sobre la solidez de la formación y la experiencia de los profesionales, la cohesión del equipo y el trabajo en red, y una coordinación ágil con otros dispositivos o las unidades de hospitalización breve.

Aquí cabe mencionar el derecho de los pacientes a ser socialmente sancionados por las conductas disruptivas o el incumplimiento de sus compromisos terapéuticos (Fergusson y Realpe, 2008), hecho que frecuentemente se elude en los dispositivos de rehabilitación (especialmente en los hospitalarios), constituyendo una forma más de segregación que se presenta enmascarada como un privilegio.

En la llegada del nuevo equipo, los pacientes no saben qué hacer, no entienden las propuestas, y las entrevistas individuales, salvo en casos contados, no van a ningún lado. Aparecen entonces las propuestas grupales. Ya existía un grupo grande que se hacía una vez a la semana, pero la técnica de coordinación cambia por completo cuando se incorporan las nuevas profesionales.

Se empieza a trabajar con dos espacios grupales: el grupo grande, en el que están todos los pacientes y los miembros del equipo, y que funciona a modo de grupo comunitario, con un modelo socio- terapéutico, basado en el hecho implícito de que los individuos pueden transformarse a través de la experiencia social. Es un espacio para lograr un sentido de pertenencia activa, lugar abierto al debate acerca del modelo político del dispositivo, etc. Y los mini grupos: encuentros de un facultativo y alguien del personal de enfermería con los tres integrantes de un piso en su domicilio, para hablar de las dificultades de convivencia y de esa manera ir accediendo a los posicionamientos subjetivos de cada uno. Por ejemplo, en uno de los mini grupos, en el que se evidencia el descuido de las tareas domésticas, una paciente está fumando y tira la ceniza al suelo, aunque tiene un cenicero en la mesa. Se le pregunta por qué está tratando así a “su casa”. Dice que esa no es su casa, que su casa está en el lugar de residencia de su padre (al que no puede volver porque el padre no quiere saber nada de ella), se emociona y se hace evidente cómo, el libidinizar ese espacio como propio, y, por tanto, cuidarlo, implica hacer un duelo por la separación de su familia y la aceptación de la realidad de la cualidad del vínculo con ellos. Es decir, nos alejamos de un posicionamiento en el que el déficit de autocuidados o desempeño en tareas domésticas tiene que ver con el “supuesto deterioro” producido por el trastorno mental, para abrir espacios a la exploración de los significados particulares que tiene para cada sujeto.

### **El trabajo del equipo: la tarea latente**

El equipo se reúne diariamente, aunque se pueden diferenciar tres espacios en función de los contenidos: post- grupo tras el grupo comunitario un día a la semana, reuniones de incidencias cuatro días a la semana, destinadas a una puesta en común de información relevante del día a día que asegure la coherencia en las intervenciones transdisciplinares, y una reunión de equipo semanal destinada a abordar en profundidad uno o dos casos, elaborar o revisar protocolos, aspectos docentes o de investigación, etc., y un espacio de reflexión mensual de características abiertas y en asociación libre.

Entendemos al equipo como una caja de resonancia del contexto donde va a desarrollar su actividad. Este equipo pivota sobre tres facultativas con bagajes formativos similares, con un ECRO compartido, así como amplia experiencia en dispositivos de abordaje del trastorno mental grave, y un personal de enfermería muy cualificado y con unas características personales de apertura al cambio y al cuestionamiento que han facilitado enormemente la evolución del proceso de transformación. Nos parece fundamental el concepto de pulsión de muerte, cuyas manifestaciones Badaracco (1990) sistematiza en tres vías (inercia mortífera o tendencia a la estereotipia, compulsión a la repetición, y trasferencia psicótica o intentos de descorazonar al equipo en una puesta a prueba de los recursos yoicos de los profesionales). En nuestro caso, la inercia contraria al cambio no funciona sólo como mecanismo inconsciente, se manifiesta como una oposición franca de algunos debido al enorme beneficio secundario que supone el acceso gratuito a una vivienda.

Ante estas fuerzas, resulta fundamental, como afirma Guinea (1997) que los profesionales puedan sostener “un deseo y una actitud que puedan mantener el proceso en marcha a través de las dificultades y las crisis”.

### **Viñeta clínica**

El siguiente relato trata de ilustrar el funcionamiento del programa a través del recorrido clínico de dos de los pacientes atendidos, por lo que se relatan los contenidos que se han ido abordando en diferentes espacios terapéuticos. Los protagonistas de la historia son Lola y Paco, son pareja desde hace varios años. Mencionamos algunos comentarios de otros dos pacientes, Samuel y Laura, relevantes para comprender la evolución de los casos. Laura y Lola comparten piso. Se han modificado los nombres y eliminado las referencias que puedan llevar a una identificación de los pacientes.

A mi llegada al programa, me hago cargo del tratamiento individual de Lola, y a finales de 2019 se incorpora la nueva psicóloga, que sustituye al profesional anterior como terapeuta individual de los otros tres pacientes: Paco, Laura y Samuel. Todos ellos tienen un diagnóstico de psicosis. Con Paco, hasta ese momento, se había realizado un trabajo focalizado en la supresión del síntoma a través de racionalizaciones, psico-educación y algunas técnicas de exposición. Su clínica consistía en vivencias de difusión del pensamiento, cenestesias, difusión de los límites yoicos, fenómenos de control y alucinaciones comentadoras de su actividad. En cuanto a su funcionamiento, tiene rituales de comprobación, inactividad, no concluye nada, tiene voracidad por la comida y tendencia constante a procrastinar. En 2017 había empezado a hablar de la posibilidad de vivir con Lola, hasta el punto que ambos plantearon la solicitud de una vivienda de protección oficial, pero ni por parte de sus familias ni por parte del equipo de pisos se alentó esta experiencia.

Cuando me incorporo al programa, se le acaba de proponer a Paco que empiece a pasar los fines de semana en casa de Lola, con idea de trasladarse a vivir con ella en un futuro. Él se muestra muy ambivalente y finalmente acepta la propuesta de manera un poco forzada, llegando a expresar que lo pedía porque pensaba que no se lo iban a conceder. Paralelamente, en las entrevistas individuales se le plantean a Lola pequeños avances en su autonomía, como llevarse la medicación a casa en

lugar de preparar el pastillero en el botiquín. Se asusta muchísimo: “ahora me dices esto y dentro de dos años me dices que me vaya del piso”. Una vez en el nuevo piso, Paco está cada vez más cargado de rabia, la casa está muy desorganizada, todos los espacios están invadidos por pertenencias suyas.

Durante el primer año mi trabajo individual con Lola se centra en el tema laboral, que trae ella espontáneamente, aún sin poder apropiarse de ese deseo. Está asistiendo al Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), donde se le percibe acomodada, va a pasar unas horas estudiando idiomas, pero sin ningún objetivo claro de actividad de reinserción. A finales de 2019 se muestra con afectos sub- depresivos, como en un inicio de toma de conciencia, expresando un cuestionamiento acerca del contraste entre el período tan largo de asistencia al CRL y el escaso tiempo que ha conseguido trabajar. Decidimos aparcar la búsqueda de empleo y que se vaya de alta de ese dispositivo. Daba la impresión de que, yendo a este centro sólo a estudiar idiomas, estaba perpetuando un “como- sí”, una situación de parálisis, y alimentando una fantasía de poder acceder a empleos de mayor cualificación que no era realista, descartando ofertas de empleo más accesibles para ella. Al explorar esta dinámica con ella, relata la sensación de privilegio que comparte con el resto de compañeros del programa de pisos respecto al hecho de poder vivir en ese dispositivo por tiempo indefinido, la ventaja económica que supone, y la sensación de seguridad. Se señala entonces la contrapartida: la renuncia a sus posibilidades de autonomía o crecimiento personal.

A principios de 2020, el grupo que se venía haciendo se reformula como grupo comunitario, con mayor duración y presencia de todos los componentes del equipo. Poco después, Paco y Lola expresan explícitamente un cuestionamiento hacia el cambio de modelo, “¿sabéis lo que estáis haciendo?”. Semanas después irrumpe la pandemia y hay que suspender el grupo durante muchos meses.

En el verano de 2020 Lola vuelve a boicotarse la posibilidad de avanzar en un proyecto. Confronto con ella este dejar pasar el tiempo entretenida en actividades que no le llevan a ningún lado. Expresa enfado ante la posibilidad de que su futuro no pase por permanecer en el piso de por vida. Pero dice: “cuando entré en la Unidad de Rehabilitación, yo sí que me imaginaba teniendo un trabajo, siendo independiente. Pero las personas como nosotros, que ingresamos en estos sitios de salud mental, llega un momento en que nos adaptamos”. Se acomodan a una posición de dependencia de las instituciones, sin ser conscientes de las renunciaciones que implica. Paralelamente, la psicóloga va haciendo un trabajo de psicoterapia reglada con Paco, en el que se va abordando:

- Una paulatina exploración de vivencias traumáticas y graves carencias infantiles, incluida la posibilidad de quedar en situación de calle siendo un niño, por expulsiones de casa en arranques de ira de su madre.
- Intentos de colocarse en un lugar diferenciado respecto al resto de pacientes, lugar de mayor capacidad o de ostentar el privilegio de no considerar las normas o a las figuras de autoridad.
- Relatos impregnados de contenidos agresivos, referencias a escenas violentas, actos terroristas, armas, peleas, ideas neonazis... como en un tanteo de si la psicóloga va a poder soportar esos contenidos tan sádicos sin horrorizarse.

Pasa una época en la que Lola viene a contarme intentos de búsqueda de empleo, pero de una manera muy caótica. Le transmito mi sensación de que viene a traerme “ofrendas”, pero que todavía no sé qué tienen que ver con su deseo. En otoño de ese año encuentra un empleo como limpiadora a tiempo parcial a través de la fundación Adecco. Desde que Lola empieza a trabajar puedo abrir el campo con ella y podemos abordar algunas cuestiones biográficas. También empieza a verbalizar la ilusión de construir un proyecto de futuro con Paco, la posibilidad de salir juntos del piso.

En diciembre de 2020 se vuelve a poner en marcha el grupo comunitario, y en febrero de 2021 empieza el mini grupo en esa vivienda. En concreto en ese piso trabajan bien desde el principio, es un espacio rico en asociaciones. Van hablando de la identidad de enfermos mentales, del conflicto entre dependencia e independencia de las instituciones. Laura, que está un dispositivo psicoterapéutico, va hablando de acontecimientos traumáticos de su vida, lo que despierta en Paco algunas preguntas sobre maneras alternativas de pensar lo que le ocurre, distintas de lo aprendido hasta ese momento a través de los grupos de psicoeducación. Lola oscila entre el rol que juega en el piso, “la que tira, la autónoma”, y el rol que reivindica en su relación con el equipo, seguir sosteniéndose en la dependencia (la impresión del equipo es que Lola acepta muchas depositaciones de aspectos que corresponden a Paco).

Durante la primavera de 2021, Paco va siendo más capaz de cumplir su rutina de actividades sin dejarse caer en el abandono. Empieza a aparecer una cierta toma de conciencia también por su parte de la institucionalización y la aceptación del lugar de incapacidad que supone. Lola por su parte empieza a animar a Paco a buscar trabajo. En el mini grupo comienzan a abordar la relación de protección hacia Paco, a veces sobre protección por parte de Lola, en la que él se acomoda y acaba incapacitándose.

En el grupo comunitario se menciona por primera vez de manera explícita el empleo de Lola, y Samuel, que se presentaba como bufón del grupo, empieza a ocupar un rol más activo hacia la salud. “No estamos en la ruina, hay muchas opciones. No hay que rendirse”. Poco después explica que va a iniciar un proceso de rehabilitación laboral “para sacarme un carnet y organizar mi vida”.

En el otoño de 2021 se produce una escena en un grupo comunitario. Lola señala muy orgullosa que lleva un año trabajando. Samuel habla de su proyecto de reinserción laboral, “con la paga no puedes pagar el piso, la comida, la luz...”. Paco: “yo no puedo trabajar para vivir porque no valgo. Podré, no podré... más miedo que vergüenza. Los compañeros, cuando yo empiece a fallar, ¿cómo se lo van a tomar?”. Empieza a hablarse de estar en el piso como un medio para avanzar hacia algún lado y no como un fin en sí mismo. A finales de 2021, Paco empieza a asistir a un gimnasio, lo mantiene con regularidad, se va encontrando más cómodo en la relación con los demás, hace algunas amistades allí. Lola trae a las entrevistas individuales una sensación de bienestar, “una sensación muy buena, como si la mente me hubiera localizado a mí misma, como una confianza a largo plazo”. En el mini grupo, hablan de que, al haber menos mandatos directos y más libertad, aparece el miedo a elegir, el desconocimiento acerca de quiénes son ellos.

A principios de 2022 varios acontecimientos generan un viraje. A Lola le hacen fija en el trabajo. Paco, en individual, expresa: “cada vez me quedo más atrás, sé menos, tengo menos de todo, soy más perezoso... (...). Me quedo aquí. Total, tengo un piso, cama, comida...”. En el siguiente mini grupo se cohesionan en un “nosotros” definido por la enfermedad mental, ajeno y separado de lo “normal” no enfermo. La parte de normalidad de Lola tiene que ser negada, ella deja fuera la parte de su vida en la que pertenece al grupo de “los normales”. Laura es la única que puede recoger algún señalamiento respecto a esto.

En los sucesivos mini grupos aparece una carga de agresividad muy grande, un tono muy paranoide, Lola y Paco aliados en una posición muy hostil contra el equipo, reivindicando sus derechos como enfermos mentales (lo que resulta una paradoja en relación al desempeño real de Lola). Paco se muestra muy tiránico, expresando que es casi un derecho natural obtener todo tipo de recursos asistenciales. Después de 40 minutos en este tono, Paco desvela que un compañero del gimnasio le ha ofrecido un trabajo a jornada completa. Se aborda con él en individual que quizá es un salto demasiado grande después de 20 años sin hacer nada, pero ya lo ha aceptado y le da vergüenza echarse atrás ante el compañero del gimnasio. Lola, en individual, expresa una sensación de vértigo. “como si no pudiera coger lo que me pertenece. Veo que tengo posibilidades y entonces el monstruo crece, dice que soy una incapaz. Como si los puntos de confianza que deberían protegerme han creado una bola de frustración, fracaso e incapacidad. Lo único que queda es: eres basura. Pequeños juicios, valoraciones, pequeñas inconsciencias”. En el mini grupo siguen posicionándose como enfermos mentales, con mucha resistencia y paranoia y un rechazo frontal a cualquier intervención del equipo.

Lola empieza a descompensarse y Paco informa a su psicóloga de que finalmente ha rechazado el trabajo. En las siguientes entrevistas individuales se muestra hosco, silencioso, cerrado como una ostra. En una visita de la Auxiliar de Enfermería alude a Samuel, que ha ido a YMCA y va a iniciar un proceso de reinserción laboral. Paco insulta a las figuras femeninas que trabajan allí, y expresa comentarios xenófobos, al igual que con la psicóloga, con la que también verbaliza un discurso racista respecto a las ayudas que reciben los inmigrantes. No puede tomar en consideración que él lleva años cobrando una pensión no contributiva, que vive gratis en un piso... Hay una proyección masiva, pero dentro del orden neurótico. En todo el trabajo individual, la agresión puesta en el exterior se ha ido internalizando, en conexión con experiencias traumáticas y una crianza violenta y sádica.

Poco después, en otro grupo comunitario, Samuel habla acerca de su evolución en el programa de reinserción laboral. Paco, muy hostil e irritable, justifica de forma paranoide su antiguo fracaso en el mismo recurso. Samuel intenta mostrarse conciliador y ofrecer explicaciones alternativas, pero como Paco insiste en los mismos argumentos, le dice: “si vas con agresión, te responden con agresión”.

En las siguientes visitas de supervisión y mini grupos persisten las actitudes de desprecio al personal y boicoteo de su trabajo. En el mini grupo, silencios cargados de hostilidad y tensión. Lola no tolera los silencios y habla, su discurso se desorganiza progresivamente. Se auto descalifica y actúa como un personaje desdoblado, provoca y luego se angustia y trata de reparar. Todo parece al servicio de

tapar la hostilidad de Paco, de la que Lola se hace cargo, y que Paco sólo muestra de forma soterrada, azuzando a Lola para que cuestione al equipo. Laura puede decirle a Lola que no la ve bien, y discriminarse de toda esta alianza hostil, validando el apoyo terapéutico. Con Lola se hacen ajustes farmacológicos y se intenta contener la situación ambulatoriamente durante varias semanas. En el mini grupo, Paco solicita volver a su antiguo piso, se produce un cambio en las alianzas, pasando a cohesionarse Lola y Laura en contra de Paco.

En individual, Paco habla de una época en la que él era “el preferido” de los pisos, gozaba de ciertos privilegios y se sentía más capaz que el resto. Se ha producido una caída de esa imagen y ahora, compañeros en teoría más incapaces, están evolucionando, avanzando incluso en lo laboral. También expresa el temor a que Lola se haya cansado de la dinámica de la relación y quiera romper con él cuando se estabilice.

En individual, Lola muestra una marcada hostilidad hacia mí, en contraste con la buena sintonía previa. En su discurso desorganizado y saltígrado van apareciendo contenidos acerca del origen de su descompensación: Paco rechazó el trabajo y ha reaccionado con un discurso hostil y paranoide, con contenidos filonazis y racistas, proyectando sus dificultades y sin poder asumir sus limitaciones. Lola ha intentado aliarse con él y sostenerle, teniendo que anular su propio criterio, estando muy decepcionada respecto a sus expectativas de construir un futuro más normalizado juntos. Hay un desplazamiento hacia distintos miembros del equipo de lo que no puede pensar acerca de Paco (decepción como significante principal). En ese momento centro las intervenciones individuales en contener y aceptar su agresividad hacia mí. Me dice: “yo te suspendería en psiquiatría y en honestidad”.

Se produce un debate en el equipo sobre la conveniencia de trasladar a Paco a su antiguo piso. Hay tres posturas: la necesidad de proteger a Lola, que está descompensada; la posibilidad de acompañarlos en la crisis y que ellos vayan tomando sus decisiones; la idea de que permitir esa convivencia fue un error, ya que instaura una confusión entre un lugar de tratamiento, y un lugar para construir un proyecto vital. Es decir, separar las decisiones que tomen ellos como pareja de las decisiones que toma el equipo en la gestión de los encuadres. Se decide que se abordará con Paco esta propuesta, por el temor de su terapeuta de que se pueda repetir una vivencia suya de ser nuevamente “el expulsado”. Los acontecimientos se precipitan, ya que se produce una agresión en el piso por parte de Lola, que finalmente ha de ser hospitalizada. Expresa su deseo de terminar la relación con Paco. La psicóloga y yo nos reunimos con Paco para explicarle la decisión. Se traslada al otro piso, Lola sale de alta del hospital, se está recuperando.

Recupero fragmentos de las últimas entrevistas individuales:

Con Lola, respecto a Paco: “algo ha empeñado un poco mi juventud. He metido la gamba, no quiero estar con un tío así. Las cosas suceden por algo. Que yo me descompensase es porque estaba equivocada en muchas cosas y tenía que abrir los ojos. Empiezas con alguien y vas dando de lado cosas que te gustan. No podía ir por la calle escuchando música porque Paco me estaba llamando cada dos por tres. Estoy recibiendo desilusión, tristeza. No te pongas esto, no hagas esto... Estás

poniendo buena cara y se está convirtiendo en una cara herida. Te vas achicando, convirtiéndote en algo que no quieres”.

Paco habla por primera vez del motivo por el que él está en un piso supervisado: queda colocado en un lugar de exclusión de su familia de origen, no contando con el apoyo residencial que la familia sí proporciona a su otro hermano, también con dificultades de salud mental. En realidad, él es el más sano de los dos hermanos, pero ha quedado identificado como el enfermo.

### **Comentarios finales**

Nos hemos referido al trabajo en equipo como la “tarea latente”, porque los profesionales deben poder funcionar como un organismo que metaboliza la información que aparece en los distintos encuadres, la integra y la reintroduce en el trabajo terapéutico de forma coordinada y coherente, teniendo en cuenta las distintas subjetividades, los tiempos particulares de cada paciente y los procesos grupales. Para ello deben darse varias condiciones:

- Un liderazgo funcional y operativo
- Un marco teórico compartido
- Una horizontalidad en las jerarquías profesionales, que permita recoger información de los intercambios en los espacios informales de relación (espacios privilegiados de trabajo para el personal de enfermería), en los que muchas veces se depositan los aspectos patológicos disociados. En nuestra experiencia, no tener en cuenta esa parte de la información facilita que los pacientes actúen un “como- sí” en los espacios formales, rigidificándose en los estereotipos.
- El tiempo necesario para esperar a las producciones subjetivas de los pacientes, sin imponer trayectorias de tratamiento o acelerar procesos artificialmente.

## BIBLIOGRAFIA

- Badaracco, J. E. (1990). "Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar". Madrid: Tecnipublicaciones.
- Black, A. (2008) "Psychosis and the community of the question: training therapists in therapeutic community". En Gale, J., Realpe, A., Pedriali, E. (Edit.) *Therapeutic communities for psychoses. Philosophy, history and clinical practice*. Londres- Nueva York: Routledge
- Bleuler, M. (1974) "The long term course of the schizophrenic psychoses", *Psychological medicine*, 4, pp 244- 254
- Ciampi, L. (1983) "Discussion on Schizophrenic deterioration", *British Journal of Psychiatry*, 143, pp 77- 84
- Ciampi, L. (1984) "Is there really a schizophrenia? The long term course of psychotic phenomena", *British Journal of Psychiatry*, 145, pp 636- 640
- Directorio y cuadro global de recursos (mayo 2022). Red pública de atención social a personas con enfermedad mental. Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid
- Fergusson, A., Realpe, A. (2008) "Consent, accountability and the future of therapeutic communities in the light of accompanied self- rehabilitation: the chemical asylum and the right to be socially sanctioned". En Gale, J., Realpe, A., Pedriali, E. (Edit.) *Therapeutic communities for psychoses. Philosophy, history and clinical practice*. Londres- Nueva York: Routledge
- García- Pérez, O. (2013). "Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿ambiente restrictivo o abiertas a la comunidad?", *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, pp. 123-136
- Guinea, R. (1997) "Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética", *Revista de la AEN*, XVIII- 65, pp 151-164
- Guinea, R. (2014). "La rehabilitación psicosocial en Europa". *Rehabilitación Psicosocial*, 11(1), 25-42. Citado por Fernández-Catalina, P., Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria, *eduPsykhé*, 16-1, pp 15-36
- Harding, C.M., Zubin, J., Strauss, J.S. (1987). "Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?", *Hospital and Community Psychiatry*, 38, pp. 477-486
- Lamb, H.R., Goertzel, V. (1972) "High expectations of long- term ex-state hospital patients", *American Journal of Psychiatry*, 129-4, pp 471- 475
- Ludwig, A.M. (1971). "Treating the treatment failures: the challenge of chronic schizophrenia". New York: Grune& Stratton. Citado por Harding, C.M., Zubin, J., Strauss, J.S. (1987). Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, pp. 477-486
- Mannu, J. y Soscia, F. (2008) "Medication as a tool in therapeutic and rehabilitative programmes in communities for people suffering from schizophrenic disorders". En Gale, J., Realpe, A., Pedriali, E. (Edit.) *Therapeutic communities for psychoses. Philosophy, history and clinical practice*. Londres- Nueva York: Routledge
- Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018- 2020. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

- Rotelli, F. (1999) "Re- habilitar la rehabilitación". En *Per la normalità- Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967- 1998*. Trieste: Asterios
- Saraceno, B., Montero, F. (1983) "La rehabilitación psicosocial entre modelos y prácticas", en Aparicio, V. (Coord) *Evaluación de servicios en salud mental*. AEN. Citado por Guinea, R. (2007) Breve recorrido por la historia de la rehabilitación psicosocial en España, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 7-2, pp 135-145.
- Tarí, A. (2013) "La propuesta grupal como proceso de cambio en rehabilitación", en *Experiencias terapéuticas grupales*. Ediciones Cinco, Coordinado por Emilio Irazábal Martín y Mariano Hernández Monsalve. Madrid
- Vaughn, C.E., Leff, J.P. (1976) "The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients", *British Journal of Psychiatry*, 129, 125- 137
- Zubin, J., Magaziner, J., Steinhauer, S.R. (1983) "The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability", *Psychological medicine*, 13, pp 551-571
- Zubin, J. (1985) "Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia?", *Schizophrenia Bulletin*, 11- 3, pp 461- 470