

**PRIMER CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE PSICOTERAPIA
DE GRUPO**

24 A 28 DE SEPTIEMBRE DE 1957



BUENOS AIRES / REPUBLICA ARGENTINA

al analista de control cuando se quiere completar su formación. Creo que solamente así en una situación de empatía determinada es posible trabajar adecuadamente tanto para el grupo observador-terapeuta como para la integridad total del grupo.

Al Dr. Spiro, no sé si podré satisfacer su formulación. En todo caso, si lo he comprendido adecuadamente, mi contestación sería la siguiente: el grupo se integra inicialmente, y entonces no me refiero a los grupos preformados, que desde ya son iniciados a la terapia, al tratamiento, de una manera un tanto artificiosa, como podría ser el grupo al cual se refiriera el Dr. Garma ayer, de ulcerosos, o grupo de esquizofrénicos o el grupo de homosexuales al cual se refiriera el Dr. Whiting. Yo creo que los pacientes solicitan tratamiento. Cuando uno les propone la terapia de grupo por ser ello lo más conveniente en las circunstancias presentadas por el paciente, la primera reacción es una reacción de enorme ansiedad, o sea el peligro de enfrentarse con otros individuos que serán portadores de la situación interior tan importante, tan alarmante, tan valiosa para el paciente. Entonces por esa misma situación se integran tímidamente en el grupo, manteniendo primero cada uno su mundo aislado y cuando el gran descubrimiento es hecho, de que los problemas individuales básicos son comunes a todos ellos, ya por ser seres humanos con una igual evolución onto y filogenética, ya por ser ulcerosos u homosexuales o, en fin, presentar otros caracteres, la gestalt se realiza y el grupo se integra, como se integra un individuo que acepta sus diferentes núcleos y se permite unirlos.

Al Dr. Wender y muy brevemente, quiero decirle que me refería a amortiguador superyoico en todo el estricto sentido de la palabra, o sea considerando al super-yo fluctuando, desempeñando como papel de super-yo una vez el paciente y otra vez el grupo como su totalidad. Y el observador oscilantemente aliviando esta carga en ambas situaciones. En todo caso me permitiría aclarárselo personalmente porque el tiempo no me lo permite.

En cuanto al Dr. Plata, le quiero agradecer su contribución y señalarle que evidentemente el observador adopta uno u otro papel en relación con la situación interna del grupo como gestalt en un momento determinado o de los individuos que plantean la situación en relación con él.

Al Dr. Rosenthal me permitiré contestarle privadamente para no robar más tiempo a esta sesión.

PROYECTO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UN HOSPITAL GENERAL

por M. Goldenberg, L. Pérez, M. Kizer, D. Sor y L. Ricón (Bs. As.)

En el Policlínico de Lanús, hospital general de 500 camas, ubicado en una ciudad de gran población industrial y con una amplia zona de influencia, fué creado en agosto de 1956 el Servicio de Psicopatología

y Neurología. Esta innovación despertó serias resistencias, sobre todo por contar el servicio, además de un amplio consultorio externo con posibilitades para efectuar todos los tratamientos de la especialidad en forma ambulatoria, con sala de internación para ambos sexos en el piso de materias clínicas. Esta resistencia no sólo era de los pacientes y del personal subtécnico, sino también de la mayoría de los colegas del hospital.

Esta actitud fué modificándose paulatina y progresivamente, en la medida en que: 1º) se justificó la creación del servicio por el crecido número de pacientes que comenzaron a concurrir a nuestra consulta, en cuanto nos hicimos cargo del mismo; 2º) solucionamos muchos casos considerados como "funcionales", internados o atendidos en los consultorios externos de otras especialidades; 3º) participamos en ateneos y en consultas con otros colegas, lo que nos permitió colaborar en la solución terapéutica y en la aclaración etiopatogénica de muchos casos complejos, y, por último, 4º) el hecho importante de que nuestros internados no creaban problemas técnicos ni administrativos que perturbaran el funcionamiento del hospital. Eran pacientes iguales a los restantes del piso.

En el primer año se ficharon más de 1.500 pacientes de primera vez; aproximadamente el 60 por ciento eran casos psiquiátricos, de los cuales la gran mayoría psiconeuróticos en sentido amplio, en los que la terapéutica a efectuarse debía ser fundamentalmente psicológica. Esto nos llevó a programar un gran plan asistencial psicoterápico, que permitiera atender esta enorme cantidad de pacientes que concurrían a la consulta.

Por otra parte, la casi seguridad de aprobación por ley del poder ejecutivo de la autarquía del hospital y la aceptación por el futuro Consejo Directivo, de darle una fisonomía particular, integrándolo con un criterio psicomático y de proyección social, nos coloca ante la necesidad de atender en la medida que la organización lo permita a todos los servicios y extendernos fuera del hospital, en el ámbito de su influencia, en una acción preventivo-educativa de higiene general y mental. A estos fines dependerán de nuestro servicio el de Asistencia Social y el pedagógico existentes desde hace tiempo.

Por último, en nuestro servicio estamos organizando el "hospital de día", lo que nos permite atender un mayor número de pacientes que, sin separarse de su hogar, permanecen internados sólo de las 7 hasta las 18 horas, con el consiguiente ahorro de dinero y personal para el hospital. Estos pacientes cumplirán un programa en el que se contemplan la terapéutica biológica que necesitan, psicoterapia individual o en grupos, terapia ocupacional, recreativa, etc.

De tal manera, hubieron de incorporarse estos nuevos aspectos en el plano organizativo previamente elaborado, que ahora, desde el punto de vista psicoterápico, comprende:

- 1) *Psicoterapia individual* en aquellos casos en que se considere necesario o en los que por razones especiales no se pueden incorporar a algún grupo. De este aspecto no nos ocupamos en este trabajo.
- 2) *Psicoterapia de pequeños grupos* integrados por 5 a 8 pacientes, se-

leccionados entre los del consultorio externo o internados en el hospital, con el criterio que luego expondremos.

- 3) *Psicoterapia de grandes grupos*, integrados por un número mayor, ilimitado, de pacientes del ambulatorio o de la comunidad hospitalaria, seleccionados con criterios especiales que luego aclaramos, o a través del amplio plan de terapia ocupacional que abarca a todo el hospital y en la que además detectamos los casos que eventualmente deben ser tratados en nuestro servicio, en forma individual o integrando los pequeños grupos.
- 4) *Psicoterapia de comunidades* (fábricas, escuelas, centros culturales, etcétera), en un intento de extensión hospitalaria y con la colaboración del servicio social y a través de propaganda, encuestas especiales, cursos, conferencias, etc., abarcando la zona de influencia en la que se desenvuelve el hospital.

Aclaramos que, en cierto modo, no sólo un interés práctico nos guió en esta planificación (escaso número de psicoterapeutas y gran número de pacientes), sino la situación creada por el nuevo enfoque del problema hospitalario, que trata de subrayar y abarcar los aspectos psicológicos en la atención de todos los pacientes internados en el mismo, con la intención de humanizarlo y la de prolongar su influencia fuera de sus propios muros.

PSICOTERAPIA DE PEQUEÑOS GRUPOS

El proyecto de psicoterapia de pequeños grupos comprende la formación más o menos inmediata de diez grupos de 5 a 8 pacientes cada uno, para brindar así atención psicoterápica de 50 a 80 pacientes por semana. Las sesiones son semanales y duran una hora. Los grupos serán manejados con distintas técnicas, de acuerdo a la formación y orientación particular de cada psicoterapeuta. Trataremos en cada caso de especificar y de valorizar cada una de las técnicas adoptadas. Con tal objeto, hemos confeccionado dos planillas para cada grupo, una en la que se indica la dirección en que trabaja cada psicoterapeuta, y en la otra el registro gráfico del movimiento de cada grupo.

De tal manera que, con estos dos vectores de trabajo, esquema referencial del psicoterapeuta y evolución del grupo, podremos establecer comparaciones, evaluar los resultados y ver en qué medida las distintas técnicas pueden aportar mejores y más prácticas soluciones al problema que nos ocupa.

Hemos dedicado especial atención al criterio de formación de los grupos, considerando que ello abreviará y facilitará el tratamiento.

Cada enfermo que nos llegue, ya sea de los grupos de laborterapia, de los pacientes internados en nuestra sala o del consultorio externo, tendrá una historia clínica amplia de acuerdo a un modelo sobre el cual trabajará todo el servicio. Dicha historia, a grandes rasgos, comprende: la enfermedad actual, la historia biográfica, examen clínico, neurológico y examen mental. Se contempla específicamente la adaptación social del

enfermo en cada época de su vida y además tests de nivel intelectual, proyectivos, etc.

Una comisión médica, que incluye al psicoterapeuta, considera todos estos elementos de juicio recogidos previamente, y de acuerdo con ello decide en cada caso si corresponde o no terapia de grupos. Con los casos adecuados, se forman los grupos de la siguiente manera:

- 1) Como máximo, 7 a 8 personas.
- 2) Pueden ser mixtos, en cuanto a sexo.
- 3) Ni abiertos ni cerrados, el grupo con el psicoterapeuta es quien lo decide.
- 4) Diferentes edades, pero no extremas.
- 5) Nivel intelectual parejo.
- 6) Sin grandes diferencias económicas o culturales.
- 7) En grupos de psiconeuróticos no incluimos pacientes psicóticos ni personas que hayan padecido crisis psicóticas prolongadas. Asimismo, en general se evitan caracteropatías muy estructuradas.
- 8) La inclusión de uno o dos pacientes con cierta comprensión psicológica de su enfermedad.
- 9) Pacientes con diferentes cuadros psíquicos, buscando personalidades en cierto modo con rasgos contrastantes.
- 10) Grupos especiales de pacientes psicóticos.

Desde luego, este plan deja abiertas las posibilidades para formar grupos con otras características, técnicas y finalidades. Pensamos, luego de haber resuelto los problemas organizativos de esta primera etapa, formar grupos de niños, adolescentes, hipertensos, obesos, ulcerosos, etc., con la colaboración de los médicos de los distintos servicios.

En la actualidad ya funcionan dos grupos de 4 y 7 pacientes, respectivamente, mixtos y dirigidos con una técnica interpretativa.

PSICOTERAPIA DE GRANDES GRUPOS Y TERAPIA OCUPACIONAL

Consideramos grandes grupos a aquellos formados por más de 10 pacientes, ilimitados en cuanto a número y abiertos a la recepción de nuevos miembros. Los integramos en la comunidad hospitalaria con internados, ex internados, enfermos del ambulatorio y del hospital de día.

Trabajamos con estos grandes grupos, siguiendo dos líneas fundamentales:

- 1º) Grandes grupos de hospitalizados con problemas comunes a todos ellos, que son los que se crean en todo hospital general, y grandes grupos con problemas especiales que los homogeneizan (epilépticos, alcohólicos, enfermos en el preoperatorio, embarazadas, etc.).
- 2º) Grandes grupos de terapia ocupacional.
 - A) Con respecto a los primeros grupos considerados, el psicoterapeuta trabaja con amplia libertad, de acuerdo con su formación y con lo que considere prudente en el desarrollo de la sesión, pero en general la línea

es psicagógica o directivo inspiracional y toma en cuenta las siguientes normas y finalidades:

- 1) Tratar la situación conflictual que se crea por la acción del hospital sobre el paciente al separarlo de su medio habitual y al interrumpir su capacidad productiva.
- 2) Eliminar la ansiedad frente a la enfermedad, con aclaración suficiente del carácter de la misma.
- 3) Preparación para tratamientos diversos: electroshock, insulina, operaciones cruentas, partos o inclusive preparación para psicoterapia individual o de pequeño grupo.
- 4) Conseguir en los grupos la cooperación de pacientes que funcionaran como mentores, para adecuar los nuevos enfermos a todos estos problemas, y la utilización de líderes de sala, que surgidos del grupo y preparados adecuadamente por el médico y el psicólogo facilitan la adaptación de los nuevos pacientes al medio de la sala y del hospital en general que establecen cierta vigilancia cuando el personal médico abandona los servicios.
- 5) Preparación para reintegrar el paciente al medio familiar, de trabajo o estudio, de acuerdo a las nuevas condiciones en que sale del hospital.

B) En cuanto a la terapia ocupacional, se organizará por pisos y no por servicios, y con estos grandes grupos formaremos otros más pequeños que se dedicarán a una misma tarea con la supervisión de un psicólogo para cada grupo dirigidos por uno o dos médicos para cada piso. A medida que se vaya desarrollando la labor, el psicólogo tratará de detectar los problemas de los pacientes que requieran psicoterapia individual o de pequeños grupos para encauzarlos adecuadamente y además de la tarea de control se manejará psicoterápicamente ante el grupo de trabajo.

Entre las tareas posibles e inmediatas se plantean las siguientes: encuadernación, confección de juguetes, labores, mimbrería, jardinería, etc., con los cuales se aportará cierto beneficio material al hospital. Algunos pacientes, como los de ortopedia y los de cardiología, que deben ser adaptados a nuevas tareas por invalidez funcional, serán reorientados directamente por la terapia ocupacional. También dependerá de la sección de laborterapia la orientación vocacional de los adolescentes internados o del ambulatorio, cuando así sea necesario.

Cada paciente será registrado en una ficha completa de laborterapia, llenada por el médico del servicio en que se atiende, con los datos que interesen a estos fines: nombre, edad, profesión anterior, enfermedad, estado actual desde el punto de vista del rendimiento de su actividad (por ejemplo, puede deambular, debe estar en cama, puede desarrollar cualquier actividad, puede realizar tareas livianas, etc.). Esta ficha es completada por el psicólogo o el psiquiatra con un somero examen psíquico, consignando hobbies, intereses y vocación, eventualmente tests, y en ella se controlan los días de actividad, el rendimiento y periódicamente una especial mención a la evolución "emocional" y control de la ansiedad de cada paciente.

Las tareas administrativas que demandarán este tipo de terapia no estarán a cargo de los médicos, sino del resto del personal, sobre todo el servicio social, con la participación de los pacientes y el beneficio económico que puede obtenerse con la venta de los artículos producidos, ingresará al fondo del departamento de terapia ocupacional y será empleado en la ampliación de sus servicios y en la remuneración de los pacientes que trabajan y que lo necesiten.

C) Además de los que acabamos de mencionar con respecto a grandes grupos, el plan psicoterápico también contempla otros aspectos con la intención de crear una verdadera comunidad hospitalaria a través de vínculos sociales y afectivos. A tal fin se organizarán reuniones culturales y sociales, representaciones, conferencias con preguntas, proyecciones cinematográficas apropiadas en el nivel de divulgación y con finalidad psicoterápica, y se organizará una biblioteca. Tendemos así a una integración que reemplaza la situación de aislamiento y de egoísmo en que cada uno de los pacientes se encuentra en la mayoría de nuestros hospitales.

PSICOTERAPIA DE COMUNIDADES

Denominamos así al conjunto de medios de prevención, investigación, estudio e higiene mental (cursos, conferencias, encuestas, propaganda, difusión social o periodística, etc.) que actúan psicoterápicamente en la zona de influencia del hospital (fábricas, escuelas, instituciones, etc.).

Este aspecto constituye la última parte de nuestro plan y está insuficientemente elaborada. Sólo la autarquía del hospital y la disposición de medios y personal adecuado permitirán realizar esta labor compleja y utilísima y con la cual el hospital, en su más lata concepción moderna, se proyecta y se integra en el plano social.

No se nos escapa lo ambicioso de las perspectivas del plan presentado, del que se ha cumplido hasta ahora una pequeña parte. Pero nos resulta claro e indudable que, a pesar de las grandes dificultades que deben vencerse, la exigencia de la medicina hospitalaria de nuestra época terminará por imponer como necesaria la colaboración de los diversos sectores médicos, administrativos, de servicio social, psicólogos y psiquiatras que el plan requiere. Esa integración en equipo hace urgente, por otra parte, para su mejor desarrollo, la preparación de cursos y clases para formar un espíritu de cuerpo que permita alcanzar eficazmente las finalidades propuestas.

De todos modos, para la realización de nuestro plan, las aportaciones presentadas a este Congreso por los colegas que tienen ya experiencia hecha han de resultarnos de gran valor.

*Discusión del trabajo de los Dres. Goldenberg, Pérez, Kizer,
Sor y Ricón*

DR. USANDIVARAS (Buenos Aires): Me ha parecido sumamente interesante el proyecto, ya en parcial realización, que nos ha presentado el Dr. Goldenberg y sus colaboradores de su servicio. Me hizo acordar mucho al Northfield Experiment, famoso en la historia de la psicoterapia de grupo inglesa, en el cual comenzaron sus experiencias Foulkes, Bion y Bierer, que ha dado frutos tan importantes a la psicoterapia de grupo. Yo, por la cortedad de tiempo, voy a omitir una serie de observaciones que me interesaban mucho del trabajo, para referirme solamente a un aspecto práctico, quizá una sugerencia al proyecto que están haciendo. Comenzamos hace un año con otros colegas, en un servicio de niños, el intento de hacer la psicoterapia de organización con un criterio de grupos y de comunidad de todo un servicio de pediatría. Y quería hacerle notar al Dr. Goldenberg que nos encontramos con una serie de dificultades que en un principio, cuando lo planeábamos, no habíamos previsto, que eran las resistencias en el personal que podíamos llamar subalterno o auxiliar. Por ejemplo tuvimos que solucionar una resistencia pasiva que nos imposibilitaba realmente reunir a los grupos de madre y a los grupos de niños con las enfermeras. Hicimos un grupo con la Caba, con la Hermana de la sala, con las cabas de las diferentes secciones. Luego otro grupo con las enfermeras y esto nos permitió, por lo menos hasta ahora, parcialmente, solucionar parte de esas dificultades. Nada más.

DR. MORGAN (Buenos Aires): Yo también quiero felicitar la amplitud del plan propuesto por el Dr. Goldenberg. Lo que me interesa particularmente es lo que me pueda decir de más sobre lo que él llama Day Hospital y si actualmente eso funciona. Cuando yo estuve en Londres tuve ocasión de visitar el Day Hospital y me pareció una cosa sumamente interesante, tanto que he intentado hacer algo semejante acá y no he podido hacerlo. Por eso me gustaría que el Dr. Goldenberg nos diera más detalles y nos dijera si eso está actualmente en función.

SRA. JANINE PUGET DE GARCÍA REINOSO (Buenos Aires): También quiero asociarme a las felicitaciones ya que es un plan, podríamos decir, casi maravilloso e ideal y esperamos que se realice como ha dicho el Dr. Goldenberg. A mí me interesa y cada uno con lo suyo, especialmente los criterios de selección para pequeños grupos.

Y veo que coincidimos perfectamente en el criterio que ha adoptado el doctor Goldenberg para formar los pequeños grupos. Lo que sí me interesaría, ya que hemos llegado a la misma conclusión es cómo ha llegado él a esa misma conclusión y cómo, qué hace o si hace entrevistas largas, personales, antes, para hacer esa selección de grupos, si utilizan un grupo diagnóstico, si utilizan tests o demás; son preguntas que se me han hecho

a mí el año pasado en un curso que hemos dado sobre este tema y me interesaría ver qué me contesta él y ver si hemos llegado por los mismos medios. Felicitaciones nuevamente.

DR. WHITING (Sgo. de Chile): Yo quiero felicitar también al Dr. por su plan. Hemos tenido en Chile algunas experiencias más reducidas y yo creo que hay una diferencia enorme entre el plan y la práctica posterior y quisiera enfatizar algunos aspectos dichos por Usandivaras en el sentido de que es básica la preparación del personal subordinado, especialmente del más inferior, que en muchas ocasiones realiza un anti-plan. En este sentido a nosotros nos ha sido útil el poder mantener a los buenos líderes que surgen de los mismos enfermos a través de un club de enfermos, donde los ex enfermos pueden seguir viendo y colaborando y orientando a los que actualmente están hospitalizados. Podría decir muchas cosas más pero no me lo permite la brevedad del tiempo.

DR. GANZARAIN (Sgo. de Chile): Yo quería sumarme a las felicitaciones por el plan presentado por el Dr. Goldenberg y le pediría que nos explicara un poco qué es lo que ya está haciéndose, qué es lo que se va a hacer, porque en realidad el plan es magnífico, ideal como decía la señora de García Reinoso y uno queda con la impresión de que varias cosas todavía no se están haciendo y quiero saber justamente cuáles. Además, quería comentar una experiencia similar, aunque mucho más restringida, que nosotros estamos teniendo en un servicio de medicina interna de la Universidad de Chile. Por el menor número de horas y el personal introducido —somos dos médicos que cada uno trabajamos 8 horas en la semana— y por trabajar en un hospital universitario, hemos planteado como finalidad primera la formación del médico internista con un barniz de psiquiatría y como finalidad segunda, aunque primera en importancia, la investigación sobre temas más concretos, por ejemplo estamos realizando una investigación sobre los cuadros de invalidez o pseudo invalidez, digamos de invalidez diatrogénica de sujetos que tienen molestias pseudo anginosas. Y con ellos los juntamos en grupo y lo mismo hemos estudiado el problema de la actitud del médico que induce la invalidez diatrogénica.

DR. PICHON RIVIÈRE (Buenos Aires): El plan del Dr. Goldenberg en realidad me llena de nostalgia porque en el año 1946 en el Hospicio de las Mercedes tuvimos que organizar un servicio totalmente planificado de acuerdo al concepto de un grupo funcional. Allí habíamos llegado ya a resultados importantes y empezamos a hacer psicoterapia de grupo, sobre todo siguiendo la técnica de Schilder. En el plan, yo encuentro algunas dificultades muy serias. Por ejemplo: nosotros para cada 80 pacientes teníamos 30 personas psicoterapeutas. Yo calculo que para el plan Goldenberg por lo menos necesitaría de 50 a 100. Hay un aspecto también en el que encuentro una seria dificultad: es la inclusión de la laborterapia, o terapia educacional. Yo sostengo hace mucho tiempo que la terapia educacional es el factor más importante de cronificación. Crea en el paciente el hospitalismo, más aún en un hospital general. Creo que en

realidad al paciente internado que va ahí también a curar su enfermedad, también a hacer reposo, yo creo que la mejor terapia en esos casos es "rascarse" y no trabajar. En cuanto a los otros, los pequeños grupos y los grandes grupos, me parece muy interesante. Creo que es una de las pocas maneras de resolver este tremendo problema de la asistencia hospitalaria.

DR. PÉREZ (Buenos Aires): Yo quería agregar que en la discusión del plan presentado por el Dr. Goldenberg en este primer período, todavía un poco prematuro para sacar ninguna clase de conclusiones, a los colaboradores nos importaban dos cosas fundamentales: en primer lugar eliminar las discusiones ideológicas sobre la dirección psicoterápica de los pequeños y de los grandes grupos. En segundo término, tratar de eliminar el problema del personal subtécnico, basando la mayor parte de la dirección psicoterápica, si no toda, en el hecho de que los médicos, más los psicólogos, más los asistentes sociales, podían ser integrados en un team que permitiera que las enfermeras y el elemento administrativo del hospital redujera al mínimo su participación en la tarea. En tercer término me parece importante agregar que si bien cada psicoterapeuta tiene la libertad absoluta de dirigir su grupo de acuerdo a la forma y a la técnica que considere más conveniente, del conjunto de los materiales y de las técnicas suficientemente evaluadas que se van a seguir en el curso del año en que nos proponemos iniciar el plan, vamos a hacer un resumen, una discusión a fondo para saber en qué casos conviene una técnica determinada o ha demostrado dar frutos suficientemente eficaces, y en qué otros casos conviene variarla. Lo aportado por el Dr. Pichon Rivière sobre la laborterapia evidentemente es muy importante desde el punto de vista psicoterápico puro, pero desde el punto de vista económico respecto a la internación del paciente en el hospital, especialmente del paciente crónicamente afectado, aunque no sea psíquicamente sino también orgánicamente, nos parece muy serio tener en cuenta que él tiene una ansiedad muy grande por su falta de productividad económica y por su alejamiento familiar. Por lo tanto la laborterapia puede aliviar esta ansiedad. Nada más.

DR. C. A. PAZ (Buenos Aires): Por mi parte quiero preguntar al doctor Goldenberg qué edad tienen esos grupos que están funcionando y si estos psicoterapeutas hacen alguna clase de control o si se hace un control colectivo de los tratamientos y también me parece interesante cuál es la reacción del enfermo de hospital general cuando se le propone hacer un tratamiento que no es a base de medicamentos.

Contesta el Dr. Goldenberg

Quiero hacer una pequeña aclaración previa, con lo cual voy a contestar a varios de los colegas que han efectuado preguntas. Este plan ha sido elaborado en vistas de una situación verdaderamente particular, que pocas veces se presenta en nuestro país. Este hospital de Lanús es uno de tres ex hospitales muy bien construidos, hasta cierto punto lujosos, con una serie de comodidades que no son comunes en nuestros

hospitales. Y como eran hospitales que fueron pasando del Ministerio de Hacienda al Ministerio de Salud Pública y en la actualidad el Ministerio de Salud Pública no los quiere tener porque el presupuesto es muy grande y quiere desprenderse de todo lo que sea asistencial para ser lo que debe ser un Ministerio de Salud Pública que es dirigir, se creó la posibilidad de la autarquía. Hicimos una serie de reuniones y preparamos una serie de planes que afortunadamente fueron aceptados y terminó por elaborarse un proyecto de ley en el que participaban las autoridades técnicas del Ministerio de Salud Pública, asesor legal, Dirección de Construcciones, etc., y terminó por hacerse un proyecto de ley que prácticamente nosotros teníamos la seguridad de que iba a ser aprobado en esta semana, a no ser por una serie de pequeñas cosas que el Poder Ejecutivo en este momento no ha podido hacerlo. Es muy importante conocer la ley, o el proyecto de ley porque en él se establecen específicamente ciertas características que deben tener estos hospitales, por ejemplo, creo que es la primera vez que en un plan orgánico de un hospital de nuestro país se contempla la posibilidad de la extensión hospitalaria. Es más, se exige por ley. Hay un artículo que específicamente dice algo así como que "este hospital, además de sus funciones asistenciales, docentes y de investigación debe extender su obligación, su atención, a la zona que abarque su influencia". Además esto es un aspecto importante: el hospital queda con libertad; ¿quiénes manejamos el hospital? Un consejo profesional integrado por todos los jefes de servicio. Como la autarquía ya venía tuvimos que hacer varias reuniones para ir preparando el equipo porque nos íbamos a encontrar que se aprueba la autarquía y ahí tenemos al hospital y después, ¿qué hacemos? Entonces este futuro consejo profesional, es decir lo que va a ser el status del hospital que también está reglamentado, hemos hecho una serie de reuniones, hemos estudiado una serie de problemas y ya hemos llegado a una serie de conclusiones. Para nuestro aspecto nos interesa que el consejo profesional aceptó que este hospital tenga una fisonomía particular: es decir, hacer de este un hospital distinto, lo que ocurre en tantos lugares del extranjero en que uno sabe que en tal hospital se trata cáncer y es un lugar de investigación, etc.

Entonces, por ejemplo, en cuanto a investigación se van a tomar dos temas de investigación para trabajar obligatoriamente en el mismo hospital durante cinco años y se acepta jerarquizar al hospital y darle fisonomía haciendo de este un hospital psicosomático. Como al hospital le corresponden por ejemplo para el año que viene 40 millones de pesos, que era lo que costaba el hospital, el Poder Ejecutivo pone a nuestra disposición esos 40 millones de pesos y nosotros tenemos que distribuirlos y manejarlos. Como el Estado aprobó que el hospital tenga una orientación, en cierto modo psicosomática, resolvimos que el servicio social, el servicio de pedagogía y algún personal que eventualmente puede incorporarse al hospital, tenga, dependa del servicio que se va a llamar de psicopatología, neurología e higiene mental y esto me da una serie de posibilidades con las que yo nunca soñaba. Es la verdad y ahora me encuentro, en fin, hace unos meses que estamos con este problema. Entonces por eso elaboramos este

plan, que yo lo veo como muy ambicioso y comprendo que hay una serie de dificultades, pero respondo específicamente lo siguiente: Personal: nosotros somos ya aproximadamente 20 médicos en el hospital, además las alumnas de psicología de la Facultad de Filosofía de Rosario. Pido unos minutos más porque creo que esto es muy interesante. Claro, porque yo traje esto al Congreso, porque sé que en Chile han trabajado muy bien. Nosotros hemos tomado unas cosas, por ejemplo, la historia clínica está hecha en base a la historia de la cátedra que nos fué suministrada y que nos ha servido de guía para elaborar la nuestra. La experiencia que trae Usandivaras también la conocía y es en base a eso que hemos tomado nuestro plan y más o menos este es el proyecto que presentamos. Yo quería decir esto: que personal pensamos tenerlo, porque por ejemplo todas las alumnas que están en la escuela de Pedagogía, en el curso de Filosofía de la Facultad del Litoral, van a hacer su curso de aplicación en nuestro hospital y entonces van a concurrir durante un año. Ya se han presentado y ya tenemos por ejemplo 12 psicólogas, gente que está haciendo su preparación en psicología. La verdad que ya han concurrido y ya los tenemos. Somos casi 20 médicos y además pensamos que la resistencia del personal, que eso es muy importante y muy serio evidentemente, como ha dicho el doctor Usandivaras y con esto le contesto, también la tuvimos al comienzo, cuando se decía, por ejemplo los chistes que nos hacían, por ejemplo, eran estos: ¿dónde está el aparato de electroshock? Los locos los van a tener con rejas, y etc., etc. Y esto lo decían los médicos del hospital, porque un servicio de psiquiatría en un hospital general, en un piso de un hospital general, despertó grandes resistencias. Pero lo superamos perfectamente.

Esperamos lo mismo hacer con el personal subtécnico. Ya hemos hablado con el Director, tenemos el presupuesto para el hospital, tengo aprobada la construcción, los planos, votada la partida y el material para comenzar a trabajar. No lo hemos puesto en marcha, pero ya está aprobado el presupuesto para dar de comer a los enfermos y el plan como más o menos lo mencioné. Con respecto a la laborterapia, creo que la terapia ocupacional muy dinámicamente estructurada, no la vamos a hacer tipo laborterapia como hospital de crónicos sino que algunas pequeñas cosas que pueden ir sirviendo al hospital... (se vence el tiempo).

EL PLAN DE PSICOTERAPIA DE GRUPOS DEL INSTITUTO DE NEUROSIS

por Luis I. Basombrio y Carlos A. Paz (Buenos Aires)

El problema de la asistencia de pacientes neuróticos en los medios asistenciales estatales crea uno de los más graves problemas sanitarios, tanto por el elevado número de los mismos como por la especialización que exige su atención. Nada ha sido hecho en el país para encarar sobre bases reales, y con proyecciones sociales el problema de la neurosis; lo poco hecho es