

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO
EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 61

MARÍA JESÚS DE CASTRO OLLER, ROSA GÓMEZ ESTEBAN
y ÁNGELA DE LA HOZ MARTÍNEZ
(Editoras)

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO
EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2018

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría
C/ Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.
28015 Madrid, España.
Tel. 636725599. Fax 918473182.
ISBN: 978-84-95287-90-8
Depósito legal: M-18891-2018
Ilustración de la cubierta: María del Mar Soler Sánchez

Impresión: Gráficas Gutiérrez Martín

Distribución: Latorre Literaria
Camino de la Boca Alta 8-9. Polígono El Malvar. 28500 Arganda del Rey (Madrid)
Director de la edición: Enric Novella

I JORNADAS SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA:
«La psicoterapia de grupo en los servicios de Salud Mental»

*Hospital Universitario de La Princesa
Madrid, 5 y 6 de octubre de 2017*

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN DE LAS I JORNADAS DE LA SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO (AEN) <i>Rosa Gómez Esteban</i>	13
II. FACTORES TERAPÉUTICOS GRUPALES	17
El «discurso grupal», factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo. <i>Rosa Gómez Esteban</i>	19
La psicoterapia de grupo y la psicosis: un lugar para el sujeto. <i>Lola Lorenzo López</i>	33
Un espacio para la escucha en los dispositivos de Salud Mental. <i>Emilio Gamo Medina</i>	43
III. GRUPOS TERAPÉUTICOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL	53
Niños con trastornos psicosomáticos en psicoterapia de grupo. Procesos de mentalización entre iguales. <i>Ángela de la Hoz Martínez</i>	55
Algunas dificultades en psicoterapia de grupo: la suplementariedad de los roles. <i>Violeta Suárez Blázquez</i>	69
El trabajo grupal como eje del tratamiento, aprendizajes múltiples. <i>María África Cruz García</i>	79
IV. EL EQUIPO COMO GRUPO	91
Grupo, equipo e institución, en los contextos actuales de los servicios sanitarios. <i>Felipe Vallejo Jiménez</i>	93
La tarea y los liderazgos en los equipos asistenciales. <i>Ana Mena Pérez y Aurora Doll Gallardo</i>	103
«Equipados para la travesía grupal». Aplicaciones del grupo al trabajo en Salud Mental. <i>Rafael Arroyo Guillamón</i>	109

V. PSICOTERAPIA DEL GRUPO FAMILIAR	121
La escucha psicoanalítica del grupo familiar: ¿Qué psicoterapia? <i>Paloma de Pablos Rodríguez</i>	123
Parentalidad y grupo familiar. <i>Diana Sastre Alcober</i>	131
El lugar de la intersubjetividad en la psicoterapia psicoanalítica de pareja y familia. <i>Claudio Maruottolo</i> <i>Sardella</i> y <i>María Cecilia Llorens-Herrera</i>	143
VI. GRUPOS MULTIFAMILIARES	153
El grupo multifamiliar: «un campo dinámico interactivo». <i>Norberto Mascaró Masri</i>	155
Terapia interfamiliar: potenciando la terapia familiar a través del grupo multifamiliar. <i>Javier Sempere Pérez</i>	163
Los grupos multifamiliares en España. <i>María del Mar Soler Sánchez</i>	173
VII. COMUNICACIONES	187
El grupo operativo como instrumento del cambio: Experiencia en una unidad de Salud Mental <i>María Isabel Bueno Soriano, Carolina Antón Monllor,</i> <i>Sergio Revenga Montejan, Laura González Bixquert</i> y <i>Carlos Castor Moreno Rubio</i>	189
Experiencia práctica: Grupos de psicoterapia comunitarios Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). <i>Carmen Calafat Siquier, Laura Piñeiro Sanz</i> y <i>Carolina Torralbo Muñoz</i>	193
El grupo multifamiliar como sostén y validador del discurso del sí mismo del adolescente. <i>Sergio Camacho Borrego,</i> <i>Esther Ahijado Ramiro, Sergio Revenga Montejano,</i> <i>María Isabel Bueno Soriano, Laura González Bixquert</i> y <i>Carlos Castor Moreno Rubio</i>	197
Experiencia del grupo de escuchadores de voces de un CSM de Parla. <i>Clara Cocho Santalla, Cristina del Álamo Jiménez,</i> y <i>Concepción Baró Santamarta</i>	201

Grupo de apoyo en la crianza en mujeres con trastorno mental grave. <i>Clara Cocho Santalla, Raquel García Baró, Concepción Baró Santamarta, Pilar Sánchez del Hoyo y Cristina del Álamo Jiménez</i>	205
Psicoterapia de grupo en los programas de rehabilitación cardíaca. <i>Ángela de la Hoz Martínez y Rocío Espeso González</i>	209
Formación en grupos en la red pública: Unidad de psicoterapia individual y grupal de la UDMP Parla <i>Cristina del Álamo Jiménez, Clara Cocho Santalla, Ana I. Blanco Martos y Tania Martín González</i>	213
Dos años de experiencia multifamiliar en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts, Barcelona. <i>Patricia Escalona Zorita, Ester Moré Orriols, María Blanc Betés, Diana Romero Domínguez, Àngels Pujol Pujol y Gemma Castells Sagarra</i>	217
Terapia de grupo enfocada en el género en Hospital de Día de Adultos. <i>Patricio García González y Esther Rodríguez Muro</i>	221
Psicoterapia de grupo en población infanto juvenil en un Servicio de Salud Mental comunitario en el ámbito rural. <i>Eva González Ríos, Lucía Pilar Pérez Portas y Alfonso García Calero</i>	225
Abordaje grupal de las voces en la psicosis. <i>Carmen Hidalgo Arjona y Carmen Gómez Montaño</i>	229
Todas a una con el dolor: una experiencia grupal. <i>María Liste Caparrini, M.ª Luisa Costa Ferreira da Silva, Pablo Feito Fernández, Lisi Amaya Lega y Carolina Cabrera Ortega</i>	233
Terapia dialéctica conductual adaptada a la práctica habitual de un centro de Salud Mental. Aspectos cualitativos, experiencia vivencial. <i>María José Martín Vazquez, Nuria Sekade Gutiérrez, Helena Fernández Garcimartín y Daniel Ballesteros Sanz</i>	237
La psicoeducación, sentida. Algunas notas en torno a la primera experiencia de grupo introductorio de terapia basada en la mentalización en pacientes con TLP. <i>Javier Ramos García y Jesús Fernández Rozas</i>	241

Grupos de intervención sobre los estados de conciencia: Encuadre, objetivos terapéuticos, métodos de intervención. <i>Silvia Rufián Vargas, Belén Rodríguez López</i> <i>y Adolfo García de Sola Márquez</i>	243
Desingularizar y cohesionar. <i>Lidia Sánchez Morales,</i> <i>Laura Bassolas Esteban, Neus Esterich Costa</i> <i>y Francisco José Eiroa-Orosa</i>	247
Grupo de <i>mindfulness</i> para niños con diagnóstico de TDAH: Experiencia en un Centro de Salud Mental. <i>María Sánchez Pascual, Ana Madrigal Aguilera, Tania Díaz</i> <i>Suárez, Ángeles Asiel Rodríguez y Flor Miño Herranz</i>	251
Grupo de familiares: pensar un dispositivo de apoyo, obtener un dispositivo de cambio. <i>Olalla Santamaría Gómez, Cristina Espinar Suárez,</i> <i>Reyes Navarro Pablo, Clara Fernández Burrac</i> <i>y Laura Mantrana Ridruejo</i>	255
Programa para el buen uso de psicofármacos. Grupos de terapia para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio. <i>José Antonio Santos Cansado, Antonia Gallardo Becerra,</i> <i>Román Reviriego Rolo, Elisa Muñoz Godoy</i> <i>y M.^a José Bermejo Rivero</i>	259
Experiencia de psicoterapia grupal con adultos jóvenes en crisis: análisis del discurso. <i>Mineli Tajuelo Epitie,</i> <i>Luis Granell Ninot, Anna Balagué Puxan,</i> <i>Fátima Marco Padín y Esther Rodríguez Soria</i>	263
Análisis cualitativo de una encuesta de satisfacción tras la psicoterapia de grupo: factores terapéuticos y experiencia emocional correctiva. <i>Fátima Vilchez Trigueros,</i> <i>Ángela Larrosa Chacón, Andrea Erdocia Remacha, Ignacio</i> <i>Trevijano Fragoso y Victoria de Felipe García-Bardón</i> . . .	267
VIII. RELACIÓN DE AUTORES	271
Autores comunicaciones	274
Otros colaboradores	278

I.

PRESENTACIÓN DE LAS I JORNADAS DE LA SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO (AEN)

Rosa Gómez Esteban, Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo

Mi agradecimiento a Emilio Gamo y Paloma de Pablos, compañeros en la Junta Directiva de la Sección, a los Comités, Científico y Organizador, y a la Junta Directiva de la AEN, en especial a Candela de Santiago y a Esperanza Arguijo por la ayuda que nos han prestado. Asimismo, a todos los participantes, ponentes, autores de las comunicaciones y asistentes que con vuestra presencia habéis hecho posible la realización de las Jornadas.

Comienzo con una breve historia de la Sección para todos aquellos que no la conocéis. En los inicios de 2012, algunos compañeros de la AEN con larga experiencia en la psicoterapia grupal, decidimos impulsar las gestiones pertinentes para organizar una Sección de Psicoterapia de Grupo en la AEN. A primeros de junio de 2015, se cumple nuestro deseo con la aprobación de la Sección de Psicoterapia de Grupo en la Asamblea Extraordinaria de la AEN.

El objetivo fundamental de la Sección es impulsar la Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental y, por tanto, la formación e investigación en esta disciplina. Propusimos una organización en Grupos Territoriales y Áreas Temáticas. La función de los Grupos Territoriales es promover la psicoterapia grupal en sus territorios, y las Áreas Temáticas se crearon para abordar la complejidad de las problemáticas que se atienden en Salud Mental desde los diferentes dispositivos. Estas Áreas quedaron constituidas del siguiente modo:

1. Psicoterapia de grupo en Atención Ambulatoria.
2. Niños y Adolescentes.
3. Hospital de día y comunidades terapéuticas.
4. Unidad de Agudos, en Hospital General.
5. Psicoterapia del grupo familiar.
6. Grupos multifamiliares.
7. Grupos en Rehabilitación y Recuperación.
8. Grupo de Residentes.

En la Sección tenemos una concepción grupal del tratamiento en consonancia con la teoría grupal de los procesos de salud y enfermedad. Sabemos que las denominadas «enfermedades mentales» se producen en la red de relaciones sociales y familiares, y que los diferentes cuadros psico-

patológicos se producen como efecto de vínculos patológicos. Su propia denominación es un emergente social que muestra y a la vez oculta y reprime que estas «enfermedades» se producen en las relaciones con los otros.

Los tratamientos biológicos se han mostrado claramente insuficientes en el tratamiento de estas problemáticas, por eso precisamos conocer las condiciones de producción de estos padecimientos y las causas que están en el origen de los síntomas que se padecen. La complejidad de los procesos de la salud/enfermedad mental, por la multiplicidad de factores psicológicos/grupales/sociales que intervienen, requiere que ser abordada desde diferentes disciplinas y en una estrecha colaboración entre las mismas, en una interdisciplinariedad.

La psicoterapia de grupo parece obtener mejores resultados que la individual, como muestran las amplias investigaciones realizadas por autores muy significativos en el campo de la psicoterapia grupal, entre ellos, Yalom. Se valora que los cambios subjetivos en los grupos terapéuticos se realizan con más facilidad que en individual, debido a la presión que el propio grupo ejerce sobre las defensas inconscientes de sus integrantes.

Esperamos que estas Jornadas nos acerquen a las diversas teorías, prácticas y metodologías de la psicoterapia grupal que se realizan en los servicios públicos en nuestro país. Nos gustaría que en este encuentro seamos capaces de transmitir nuestras experiencias teóricas y prácticas, sabiendo de las limitaciones que supone hacerlo en este encuadre espacio-temporal. Hubiéramos deseado utilizar nuestra metodología de trabajo en la organización de las Jornadas, posibilitar el trabajo en grupos pequeños y grandes, pero no hemos contado con los recursos pertinentes para realizarlo.

En este encuentro pretendemos reflexionar acerca de cómo realizamos nuestros grupos terapéuticos, con qué teorías, metodologías, encuadres, patologías, edades, y en qué dispositivos de salud. Queremos ampliar nuestra visión de la psicopatología, y desde lo individual hacer un pasaje a una psicopatología grupal en relación con la vida cotidiana de los sujetos. Asimismo, subrayar nuestros instrumentos terapéuticos, «la palabra», que es productora de enfermedad y de curación, y la atenta «escucha» y «lectura» de las palabras de los pacientes. Estos instrumentos son centrales en nuestra práctica clínica, a través de la escucha y lectura de las palabras de los pacientes podemos conocer lo que demandan cuando vienen a la institución, qué les pasa y cuáles son los motivos de su sufrimiento. Nos permiten conocer la función y el sentido de los síntomas en sus vidas, y nuestras intervenciones les posibilitarán que puedan preguntárselo a su vez.

Sabemos que los integrantes en los grupos terapéuticos también satisfacen necesidades muy íntimas, entre ellas, encontrarse con los otros, ser acogidos y escuchados, comunicarse y dialogar, identificarse con los otros, tener una identidad y un reconocimiento. El grupo terapéutico satisface su deseo de sentirse perteneciente a un «nosotros grupal», pero desde la diferencia.

Reflexionaremos acerca del funcionamiento institucional, de los equipos, objetivos y tareas, de la movilidad de roles y de su capacidad de producir o no vínculos más saludables entre los profesionales y con los pacientes. En las Jornadas nos interesa mostrar el importante papel de las instituciones de salud mental si cuentan con equipos que puedan abordar la complejidad de los procesos terapéuticos, y de las necesidades y demandas de la población a atender. Necesitamos equipos que busquen la inter y transdisciplinariedad, es decir, que posibiliten la articulación entre los saberes y prácticas de las diferentes disciplinas (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional). Es urgente que las instituciones incorporen nuevos modos de funcionamiento que permitan organizar un equipo de trabajo con claros objetivos y tareas, tanto comunes como diferenciadas. Sólo la consecución de estas tareas y objetivos permitirá a la institución producir efectos terapéuticos en los pacientes y en los profesionales.

Intentaremos transmitir la manera en que realizamos nuestras intervenciones e interpretaciones, nos preguntaremos si en los grupos terapéuticos nos ofrecemos como líderes, modelos de identificación, o si por el contrario depositamos ese liderazgo en la tarea terapéutica. Nos preguntaremos: ¿Por qué y para qué hacemos un grupo terapéutico? Estas preguntas nos remiten a una cuestión central, el deseo del equipo terapéutico, nuestra implicación en el grupo y la relación que establecemos con los pacientes.

Por otro lado, precisamos también investigar los resultados de nuestros tratamientos, preguntarnos por aquellas prácticas que involucren más a los pacientes, y también revisar los fracasos en los tratamientos para reflexionar sobre nuestra responsabilidad, más allá de la problemática del equipo y de la institución. Es preciso investigar el funcionamiento de nuestras instituciones, sobre todo, cuando no se trabaja en equipo, para reflexionar sobre las estrategias que lo promuevan y faciliten, ya que hemos constatado que el equipo disminuye la ansiedad de los profesionales en su clínica diaria. Nuestro objetivo es que nuestras instituciones de salud mental sean de salud, y no de enfermedad, y sabemos que cuando se trabaja aisladamente se generan vínculos enfermantes entre los profesionales y, por tanto, con los pacientes.

Desde una ética del cuidado y de la responsabilidad compartida, proponemos que «lo grupal» en los servicios se incorpore en la organización del trabajo institucional. Privilegiamos los grupos terapéuticos porque son la herramienta terapéutica de elección en los servicios públicos para la mayoría de las psicopatologías, tanto graves, como moderadas y leves. Fundamentalmente por los siguientes motivos: su mayor eficacia terapéutica, su necesidad en lo público porque es el mejor instrumento para responder a la alta demanda asistencial, y por supuesto, por los menores costes económicos, que son muy significativos al ser eficaces los grupos terapéuticos en encuadres breves.

Desde la Sección proponemos, para dar mejor respuesta al sufrimiento colectivo, un Programa de Psicoterapia de Grupo en todos los Centros de Salud Mental con el objetivo de organizar mejor lo asistencial, con el ofrecimiento de grupos terapéuticos dirigidos a todas las patologías, y que se encargara también de la formación de los terapeutas grupales. Pensamos que la psicoterapia de grupo ha de ocupar un lugar central en los programas de formación de los residentes de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

La Sección organiza estas I Jornadas con la intención de compartir la clínica grupal e interrogar los saberes, prácticas, y técnicas de la psicoterapia grupal, con un ambicioso objetivo que es el intento de integrar la teoría y la práctica que tan disociados suelen estar en el quehacer clínico. Sabemos que muchos de vosotros trabajáis con grupos, como hemos observado en las casi 50 comunicaciones libres recibidas, que parten de diferentes orientaciones teóricas y prácticas. Y esperamos que las Jornadas tengan como efecto que los profesionales que trabajan con grupos terapéuticos se interesen aún más por la psicoterapia de grupo, y amplíen sus grupos terapéuticos a otras patologías. Pero, sobre todo, pretendemos que aquellos que conocéis menos la psicoterapia de grupo os vayáis con la clara idea de que es un instrumento terapéutico imprescindible en los Servicios de Salud Mental.

Aprovechamos el espacio de las Jornadas para proponeros el desarrollo de grupos de trabajo que tengan como tarea la psicoterapia de grupo desde las diferentes orientaciones teóricas.

La primera mesa reflexionará sobre los factores terapéuticos, la segunda, en la aplicación de la psicoterapia de grupo a las diversas psicopatologías, la tercera, sobre la importancia del equipo en la institución, ya que su funcionamiento puede producir iatrogenia en los pacientes, o por el contrario tener efectos terapéuticos. Y posteriormente abordaremos el grupo familiar y los grupos multifamiliares, que son instrumentos terapéuticos de gran interés, muy eficaces en las patologías más graves, y que nos evidencian la relación entre grupo familiar y psicopatología del sujeto.

Recordaros que en todas las reuniones de la Sección, además del espacio organizativo, tenemos un Espacio Clínico que denominamos «Pensando en común lo grupal» al que os invitamos para reflexionar sobre temas en relación a la psicoterapia de grupo. Os animamos a haceros socios de la Sección de Psicoterapia de Grupo y de la AEN, deseamos que disfrutéis en las Jornadas y que os resulten de gran interés para vuestra práctica clínica y para la relación diaria con el paciente y la institución.

¡¡¡Bienvenidos!!!

II

FACTORES TERAPÉUTICOS GRUPALES

EL «DISCURSO GRUPAL», FACTOR TERAPÉUTICO CENTRAL EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Rosa Gómez Esteban

«El potencial curativo de un grupo terapéutico no reside en el terapeuta sino en el grupo mismo, terapeuta incluido.»

O'DONNELL (1)

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia de grupo ha de ocupar el lugar que le corresponde en los Servicios de Salud Mental porque ha demostrado ser muy valioso en el sufrimiento subjetivo. Es el instrumento de mayor eficacia en todas las psicopatologías y problemáticas del sujeto y en todo tipo de edades, no sólo como alternativa al uso de psicofármacos. La multiplicidad de objetos y transferencias disminuyen las defensas y facilitan el cambio subjetivo de los integrantes, por lo que resultan eficaces también en encuadres breves. Deseamos potenciar los grupos terapéuticos en los Servicios de Salud Mental porque es el instrumento que mejor aborda los factores psicológicos y sociales implicados en el proceso de la enfermedad.

La psicoterapia de grupo requiere una rigurosa formación de los profesionales que incluye una pertinente teoría de la subjetividad, de los procesos de salud-enfermedad mental, de la psicopatología, de las bases del tratamiento grupal, y de los principales factores terapéuticos. Nuestra base teórica es la teoría de grupo operativo, cuyo eje para la comprensión del sujeto es la teoría psicoanalítica, su articulación nos permite conocer la estructuración psíquica, la internalización del grupo familiar, las relaciones entre las diferentes subjetividades, y los mecanismos y procesos grupales. Pensamos con Freud (2) que «la psicología individual es psicología social», y con Pichon que «la psicología siempre es social porque el sujeto es social». Es decir, pensamos el sujeto desde lo social, la vida cotidiana, y a partir de una psiquiatría que, como la psicología, es social.

Desde la metodología grupal psicoanalítica operativa sabemos que el sujeto se construye en redes vinculares, grupales, institucionales y sociales, siendo los vínculos del grupo familiar los más significativos. Y desde la psicoanalítica, en un sujeto dividido entre lo consciente y lo inconsciente, en un sujeto que se construye en una complejidad de interrelaciones mediadas por el lenguaje que intermedia la relación con los otros. Un sujeto que se construye en la relación con el Otro materno, en el grupo

familiar y en los posteriores grupos a los que ha pertenecido. Y del mismo modo que se estructura psíquicamente en el grupo también enferma en el ámbito grupal; seguimos la teoría pichoniana, cuando decimos que el grupo es el espacio donde se gestan los procesos de salud/enfermedad y los terapéuticos. Pichon (3), pionero de la Escuela Argentina, hace más de medio siglo ya planteaba que la enfermedad del paciente era emergente del grupo familiar y que el grupo terapéutico era el dispositivo más pertinente para su mejoría. La psicoterapia de grupo psicoanalítica operativa es un tratamiento psicológico por la palabra, que se realiza «en», «a través» del grupo, y «con» el grupo. Es psicoanalítica porque promueve la verbalización y significación, además de la catarsis, y porque hay «escucha» y lectura psicoanalítica. Asimismo porque se analizan las transferencias y resistencias que bloquean el proceso grupal, y se realizan intervenciones analíticas e interpretaciones por parte del coordinador.

«Lo grupal», «la realidad psíquica grupal» se construye en el entrecruzamiento entre el equipo terapéutico (que sostiene el encuadre y la función interpretante), la organización grupal (constituida por la interacción y vinculación entre los integrantes) y la tarea terapéutica (objetivo común por el que se reúne el grupo, y que es la elaboración conjunta de la problemática intra, intersubjetiva y grupal). Es una realidad psíquica compleja construida por los pensamientos/afectos/acciones de los integrantes, que a su vez es atravesada por la realidad social. Esta temática ha sido investigada ampliamente por Pichon en su definición de grupo, en la articulación de la mutua representación interna de los integrantes, y por Kaes (4) en su conceptualización del «Aparato Psíquico Grupal». Ambos autores coinciden en que la organización grupal se construye a partir de dos organizadores: los grupos internos, psíquicos, y los socioculturales.

La instancia grupal que se produce en el encuentro entre las diferentes subjetividades y en la interrelación con el equipo terapéutico es una realidad psíquica compleja abierta al mundo interno de los sujetos y al mundo exterior; una instancia que funciona de manera relativamente independiente e influye de manera significativa sobre los integrantes. Pensamos «lo grupal» como una realidad psíquica compleja que se constituye por la interrelación de las diferentes subjetividades, de un conjunto de personas que se reúnen en un espacio/tiempo/ y con una tarea determinada, y que organizan una estructura y un discurso grupal que influye de manera significativa en los discursos de cada uno. La estructura y el discurso del grupo es efecto de las diversas interacciones, interrelaciones, transferencias y vínculos entre los participantes, de la articulación de la «mutua representación interna» de cada uno de ellos, como señalara Pichon, y que Quiroga planteara como organizador grupal junto a la tarea (5).

Los factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo son de gran interés, y motivo de investigación desde el inicio para los autores grupales

de orientación psicoanalítica; que fueron salvo excepciones los que iniciaron la historia de los grupos terapéuticos. Los factores más significativos que señalaron son: la asociación libre, la catarsis, la escucha con atención flotante, la transferencia e interpretación, los análisis de las defensas y resistencias, la elaboración y el deseo del terapeuta. Foulkes y Pichon, que fueron pioneros en el campo grupal, coincidieron en que el primer factor terapéutico era la comunicación, y consideraron que su bloqueo generaba síntomas psicopatológicos en los sujetos. Foulkes da gran importancia a la «matriz grupal» que es el conjunto de las comunicaciones que se dan en un grupo. Por otro lado, Langer, Grinberg y Rodrigué, en el primer «Manual de psicoterapia de grupo» en lengua castellana, insisten en que los factores terapéuticos fundamentales son los mecanismos de identificación, junto a la interpretación y la transferencia, porque ponen en marcha los procesos de interacción, interrelación, comunicación, y aprendizaje. Asimismo, y fuera del campo psicoanalítico, Kaplan y Sadock (6), y Yalom (7) describen los factores terapéuticos de esta disciplina, toman alguno de los señalados por los psicoanalistas, pero básicamente nombran aquellos factores generales que se dan en todo grupo organizado (universalidad, empatía, esperanza, socialización, etc.).

En un trabajo que realicé hace unos años (8) planteaba dos tipos de factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo: nucleares y generales; los primeros eran específicos a los grupos terapéuticos, mientras que los «generales» se daban en todo tipo de grupos. Los mecanismos de identificación, que Freud describiera en «Psicología de las masas y análisis del yo», dan cuenta de los generales; la identificación en sus dos acepciones, como «forma primitiva de enlace a un objeto» y como «identificación de los sujetos entre sí» cuando depositan «el ideal del yo» en la figura del líder. En este trabajo me centro en los factores terapéuticos que se derivan de «lo grupal», una totalidad diferente a la suma de las partes, según la idea lewiniana. En la primera parte desarrollo la idea de que el grupo terapéutico cumple tres funciones terapéuticas fundamentales y, en la segunda parte, muestro el «plus» que se produce en el ámbito del grupo, la creación de un «Discurso grupal» que es singular para cada grupo. Y planteo una hipótesis: «El Discurso grupal es el principal factor terapéutico en la psicoterapia grupal», y una propuesta: «El Discurso grupal es el objeto de la psicoterapia de grupo».

EL «GRUPO» Y SUS FUNCIONES

El grupo existe cuando es objeto de deseo para los integrantes, como previamente lo fue para el equipo terapéutico. El grupo es objeto pulsional, transicional, transferencial y funciona como un objeto especular en el que cada integrante realiza sus proyecciones. Es un objeto pulsional cuando es

libidinizado, y a él se dirigen los sentimientos de ambivalencia de amor y odio; es un objeto transicional, que ayuda a discriminarse de los otros; y un objeto transferencial, que es objeto de las transferencias de los integrantes. La instancia grupal cumple tres funciones terapéuticas fundamentales: espacio del juego transicional y transferencial; espacio de contención de los movimientos pulsionales; y espacio del proceso de significación y elaboración del discurso grupal.

El grupo, espacio transicional y transferencial

El grupo funciona como espacio transicional donde transitan los objetos del mundo interno de los sujetos y los del mundo externo en múltiples movimientos que se dan del interior al exterior y viceversa. El grupo también funciona como espacio transferencial donde emergen fenómenos transferenciales muy complejos. Entendiendo las transferencias como proyecciones de afectos que corresponden al pasado de los sujetos, que se actualizan en el aquí-ahora grupal y que se transfieren y depositan en el equipo terapéutico o en los compañeros.

La transferencia grupal, apoyándome en diversos autores, entre ellos, Bejarano y Gear y Liendo, la planteo con tres características: complejidad, multiplicidad y diversidad; y cinco modalidades: verticalidad, horizontalidad, circularidad, transversalidad y transferencias grupo-tarea. La transferencia grupal es compleja, por la multiplicidad y diversidad de transferencias que se entrecruzan, efecto de los múltiples y diversos sujetos/objetos/pulsiones/afectos/sentimientos/y problemáticas que se dan en el grupo. Y también por la multiplicidad y diversidad de conflictos: dependencia-separación/ identidad/sexualidad/agresividad; y aquellos pertenecientes a los diferentes ámbitos: familia/pareja/relación filial/paternal/laboral y social. Es una transferencia compleja, a su vez, por la multiplicidad y diversidad de modos de relación, maneras de pensar, interpretar, actuar y formas de enfrentar situaciones y conflictos aparentemente homogéneos. En las transferencias grupales también incluimos las intertransferencias que se dan entre coordinador y observador, y su análisis es preciso porque permite identificar prioridades, emergentes principales, y situaciones de urgencia.

El grupo, espacio de contención de las pulsiones de muerte

Los movimientos pulsionales de vida y de muerte que Freud descubriera en el sujeto, los observamos también en los grupos. Los primeros tienden a la cohesión, constitución y construcción del grupo, y los segundos, por el contrario, a la destrucción, desintegración, e incluso a la disolución del mismo. Las pulsiones destructivas son más significativas en las etapas iniciales de los grupos terapéuticos, por eso algunos autores

como Pichon y Bleger (9) describen importantes ansiedades confusionales y paranoides en estos períodos. Estas pulsiones también varían según la psicopatología, siendo más intensas en los grupos de melancólicos y en los denominados «trastornos de personalidad».

El grupo, para soportar las angustias que surgen en el encuentro con los otros, tiende a la búsqueda de identificaciones como forma de sostén y defensa; por ello, algunos terapeutas grupales realizan grupos homogéneos para promover los mecanismos de identificación y atenuar los movimientos pulsionales de los participantes. La verbalización del «nosotros grupal» es un emergente muy significativo porque muestra la constitución del grupo, un acontecimiento que unifica y genera mucha satisfacción: «somos el mejor grupo». Es una ilusión grupal que se vive con omnipotencia y que permite la contención de los movimientos pulsionales de muerte; una ilusión necesaria para soportar los movimientos disruptivos y poder construir las diferentes redes vinculares que conformarán la estructura grupal.

El grupo, espacio de simbolización

En el grupo terapéutico circulan las palabras, pensamientos, fantasías, afectos, sentimientos, deseos y aquellas acciones que muestran los modos de vincularse con los otros. En el mismo se presentifica el pasado, se externalizan los grupos internos de cada integrante en el aquí-ahora grupal, mostrando ese pasado que les ha producido tanta angustia y sufrimiento. El proceso terapéutico grupal es un proceso de dialectización en el que pueden elaborarse la ambivalencia, las contradicciones, y transformarse los conflictos dilemáticos en problemáticas a resolver. Es un lugar privilegiado para pensar y expresar aquellas palabras que no fueron dichas en la vida de un sujeto. El grupo terapéutico es un espacio de gran potencialidad porque posibilita la sensibilización con las formaciones del inconsciente, las de los otros y el propio. La disminución de los mecanismos defensivos permite la liberación de los significantes bloqueados y afectos disociados promoviendo los procesos de elaboración.

Es un espacio privilegiado porque potencia los procesos de significación al incorporar aquellos elementos que no pudieron simbolizar porque fueron reprimidos, denegados, rechazados, o nunca pensados porque quedaron en el registro de lo real, de lo traumático. Las reacciones en espejo y los fenómenos de condensación y resonancia en el grupo permiten descubrir que lo que creían singular es común a los otros, y lo que pensaban era común, es singular. Y, es un espacio único para reconocer la diferencia, gracias a los múltiples movimientos de identificación/desidentificación que posibilitan la discriminación y diferenciación de los otros. El grupo terapéutico es de gran interés porque ofrece múltiples objetos transferenciales que enriquecen los procesos de significación y es de gran potencialidad terapéutica porque la multiplicidad de intervenciones de los

integrantes son un «plus» a las del equipo coordinador, lo que multiplica los efectos terapéuticos.

EL EQUIPO TERAPÉUTICO Y LA CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO GRUPAL

En el grupo terapéutico circula el complejo campo de necesidades, demandas y deseos de los sujetos y el equipo traza sus intervenciones en función de las formaciones del inconsciente de los sujetos y del latente grupal que emergen durante el proceso. El equipo terapéutico opera para que en este proceso se transforme la petición de eliminación de la angustia y del sufrimiento en una demanda de análisis, en una búsqueda de la verdad sobre uno mismo. En las primeras etapas, el coordinador en sus intervenciones apunta a promover un cambio en el discurso, de la desaparición de los síntomas al deseo de conocer la función de los mismos y la causa que los origina.

Función coordinación

El equipo terapéutico ha de colocarse en una posición descentrada de la organización grupal para no ofrecerse como modelo de identificación y de Ideal del yo. El analista grupal/coordinador, aunque interviene sobre la grupalidad, su función específica es sostener el pensamiento y el discurso individual para que los participantes puedan interrogarse sobre sus problemáticas y deseos. En sus intervenciones trata de articular las múltiples direcciones del discurso grupal, apuntando a lo vincular, a la grupalidad y a la singularidad, a las identificaciones y diferencias. A través de la «libre discusión flotante» que nombrara Foulkes detecta aquellos emergentes de lo individual o grupal que pueden entrar en el proceso de significación. Su intervención varía en función de los momentos del proceso, con los silencios se mostrará activo si es síntoma de angustia, o lo acompañará si se trata de un silencio reflexivo; en los momentos de estancamiento relanza el discurso, señala o puntúa cuando se precisa la reflexión sobre alguno de los enunciados/gestos/actos de los integrantes. Se dirige a la repetición, a lo traumático, a lo no verbalizado, y trata de buscar conexiones entre los pensamientos para que aquellos que han sido reprimidos, «no dichos» o rechazados entren en el proceso de significación.

El coordinador interviene para marcar el valor del enunciado y romper la aparente relación entre significante y sentido; marca o remarca el valor de algunos enunciados y busca la conexión entre ellos, pero rehúye la comprensión, los sobreentendidos, y rompe la lógica del signo que relaciona estrechamente significante y sentido. Su función principal es subrayar aquellas palabras, significantes/emergentes que sean capaces de generar relaciones con otros significantes/emergentes. En su intervención busca

que emerjan aquellos pensamientos reprimidos o rechazados y los contenidos latentes del aquí-ahora grupal.

Insistimos en que subraya aquellas palabras y frases que sean emergentes y, por tanto, capaces de generar relaciones con otras, que generen nuevos sentidos durante el proceso. Prioriza intervenir sobre las contradicciones, equívocos, paradojas, inversiones, negaciones y denegaciones, para que su reflexión facilite los cambios subjetivos. El coordinador, si utilizamos el lenguaje del fisioterapeuta como metáfora, ha de deshacer aquellas contracturas y torceduras. Dicho con otras palabras, ha de desatar aquellas ataduras que han obstaculizado la historia de los pacientes al haber quedado fijados en su goce pulsional. Al trabajar sobre las repeticiones transferenciales se incorpora el pasado al presente, y al presentificarse el pasado pueden abordarse los puntos de fijación del sujeto. Los acontecimientos traumáticos y los secretos familiares pueden ser pensados y simbolizados y de esa manera se evita su transmisión a través de las generaciones. Prevenir los efectos psicopatológicos en la descendencia requiere un trabajo de elaboración de lo que no ha sido significado. Ya que en la medida en que emergen los significantes que fueron reprimidos o forcluidos pueden liberarse los afectos que fueron suprimidos o rechazados.

El analista grupal apoya los interrogantes que se plantean los sujetos del grupo, en la búsqueda de sus propias respuestas, de la verdad de cada uno. Las diversas intervenciones/interpretaciones transforman los existentes en emergentes, que a su vez generarán los nuevos existentes de la nueva situación grupal. Éstos a su vez se transformarán en nuevos emergentes que demandarán ser interpretados, y así sucesivamente. Desarrollando la idea pichoniana de «unidad de análisis» en el grupo, la intervención/interpretación es el instrumento que posibilita el pasaje entre el existente y el emergente; un existente que se genera con lo real e imaginario de cada participante y del grupo; y, a su vez, un emergente que se construye como efecto de la interpretación y pertenece al registro simbólico. La intervención/interpretación del analista grupal es una intervención simbólica sobre los existentes, que son los fenómenos que se dan en la realidad existencial de ese grupo y que están organizados en base al registro imaginario y real de los integrantes. Estas intervenciones facilitan el intercambio, la interacción, interrelación y comunicación, es decir, la producción de los diversos vínculos que irán estructurando el campo grupal. El analista grupal, a través de sus diferentes intervenciones, señalamientos, preguntas, puntuaciones, cortes o interpretaciones, posibilita el proceso de elaboración en los diferentes sujetos y facilita la construcción del discurso grupal.

Función observación

El observador desde la periferia del grupo, en un segundo plano, escucha y lee los significantes que emergen para organizar con tiempo el

discurso grupal de cada sesión. Detecta aquellos emergentes capaces de formar parte de la cadena de significantes que estén circulando en el grupo, para facilitar su entrada en el proceso de significación. En su función de escucha/escritura/y lectura, y apoyado en las intervenciones del coordinador construye el latente grupal que es desconocido para los participantes. A partir de su formación y posición descentrada genera las condiciones de producción del discurso de cada sesión y del discurso del grupo a lo largo de su devenir. El observador, desde su mayor visión de la dinámica grupal, encadena los emergentes, incluye los silencios, pausa y puntúa aquello del discurso que sea pertinente para el proceso de significación. Su posición privilegiada, más alejada de la mirada de los otros, silenciosa y atenta le permite realizar la lectura del acontecer grupal, en sucesivas lecturas hacia adelante y hacia atrás. Estos movimientos se suceden en la búsqueda de nuevos sentidos, nuevas lecturas en las que los emergentes posteriores re-significarán a los anteriores.

La lectura de emergentes es el eje del discurso grupal, que muestra en el aquí-ahora el acontecer y latente grupal. La lectura requiere un minucioso trabajo de elaboración, en un primer tiempo se realiza la escritura de los enunciados de los participantes; y en el segundo se eligen los elementos que se tornen significativos, a partir de las sucesivas lecturas que se realizan hacia delante y hacia atrás. Los emergentes serían los elementos mínimos que tienen la capacidad de significar en su asociación con otros. Los emergentes por sí mismos no son capaces de significar, excepto si son signo o síntoma, y sólo se hacen visibles en su interrelación con los otros, y gracias a la atenta escritura de lo observado. Las asociaciones de emergentes que hacen cadena permiten recuperar los eslabones perdidos, para de ese modo encontrar las significaciones reprimidas/denegadas/forcluidas y las del latente grupal. Sabemos que las lecturas de emergentes varían en función de los esquemas referenciales teóricos/prácticos/afectivos de los observadores; en la psicoterapia psicoanalítica grupal operativa la construimos con la anotación de lo dicho, de lo que se ha querido decir sin decirlo, y con aquello que no ha sido dicho, ni oído. El observador para realizarla se desplaza con su mirada y escucha analítica a través de aquellos significantes que si se confirman como emergentes grupales darán la significación. Es la escucha y lectura del discurso grupal, efecto del entrecruzamiento de los discursos individuales, duales, subgrupales, y grupales que se despliegan en el proceso terapéutico.

El discurso grupal que se construye en cada sesión se basa en las palabras e intervenciones del coordinador y de los integrantes, y en el vínculo predominante entre ambos. En el trabajo previo de investigación, primero se diferencian las partes de la totalidad, y posteriormente se asocian los fragmentos para realizar una nueva reconstrucción y lectura de la totalidad. El observador con el tiempo del que dispone desde el inicio del grupo hasta la lectura de emergentes reflexiona sobre las posibles lecturas

que puede construir. En las asociaciones pertinentes surgen los eslabones perdidos que revelan los pensamientos reprimidos o forcluidos y los afectos suprimidos. En su lectura de emergentes propone el «discurso de la sesión» que se lee en voz alta y pausada, 20/30 minutos antes de la finalización del grupo.

La lectura de emergentes se realiza a partir de un corte que se establece en el encuadre y que divide la sesión grupal en dos partes. El corte del coordinador deja paso al segundo momento del grupo que permite la escucha del discurso grupal que ha construido el observador. La función del corte tiene gran interés, es un punto de inflexión en el grupo, de la palabra se pasa a la escucha; se trata de un momento reflexivo acerca del proceso de significación grupal de ese encuentro, del discurso grupal que se ha producido entre ellos y con el equipo terapéutico. El corte establece una separación, un momento de soledad en el que se toma distancia de las propias palabras y de las de los otros; una separación del coordinador y de la dinámica grupal que va a permitir escuchar el discurso colectivo. Es un momento de corte que permite, a cada uno y también al coordinador, escuchar las cadenas asociativas producidas y los nuevos procesos de significación que se han dado en esa sesión grupal. Es una nueva elaboración que se apoya en las lecturas previas y que, a su vez, posibilitará otras nuevas lecturas/discursos/sentidos, es decir, otros desconocidos procesos de significación. El equipo terapéutico en los análisis que realiza incluye también el material del discurso posterior a la lectura de emergentes, que es de gran interés porque permite analizar los efectos de dicha lectura en el grupo y en los integrantes. En estos trabajos de análisis post y pregrupo han de incluirse también las transferencias del equipo terapéutico con el grupo y entre ellos, ya que es un análisis imprescindible para bordear los obstáculos que se generan a lo largo del devenir grupal.

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO GRUPAL

El discurso grupal, objeto principal de nuestra investigación, funda la estructura del grupo terapéutico psicoanalítico junto a la transferencia grupal; en las etapas iniciales del mismo sólo se observan discursos individuales más o menos coherentes. El discurso grupal es producido por los sujetos y está en función de los movimientos pulsionales, transferenciales y transicionales del grupo; y emerge en el diálogo y pensamiento entrelazado entre los miembros del grupo poniendo de manifiesto los grupos internos de cada sujeto. El discurso grupal se construye con el material de los diferentes discursos subjetivos entrelazados, es un producto de la interdiscursividad que muestra una mayor implicación con los decires y las palabras que se enuncian. Este compromiso es fundamental para disminuir las defensas que se producen en el proceso y facilitar el cambio subjetivo,

ya que el deseo de pensar en común facilita también la búsqueda de lo que hace sufrir a cada uno, que es un «goce» desconocido para el sujeto y remite a la fijación pulsional.

El discurso grupal es el discurso de lo reprimido, y el grupo es el sujeto de este discurso, decía Bejarano (10). Es un discurso colectivo que se produce en el entrecruzamiento de los discursos producidos por cada sujeto, y no una sumatoria de discursos individuales. Se trata de una producción colectiva, que toma al grupo como unidad discursiva y al cuerpo colectivo como sujeto de la enunciación pero no desde una postura unificadora de la diversidad, como también señalara O'Donnell (11). El discurso grupal es efecto de la grupalidad construida en la articulación entre las diferentes subjetividades; y se constituye con los enunciados de los participantes del grupo, pero también con aquello que corresponde al registro de lo no verbal, gestos, miradas, sonidos, silencios, pero siempre que sean significativos para el mismo. Un discurso que se construye a lo largo del devenir grupal y a partir del material de las diferentes sesiones del grupo a lo largo del encuadre. El observador del equipo terapéutico orientado por los emergentes del grupo que van siendo enunciados por los diferentes portavoces observa las diferentes líneas discursivas, y selecciona entre ellas las que mejor dan cuenta del acontecer grupal. Para esta lectura prioriza aquellos elementos que son relevantes, básicamente las dudas, ambigüedades, contradicciones, paradojas, y las disociaciones que se dan entre lo manifiesto/latente, el pensamiento/afecto/acción, y lo común/y diferente.

El discurso como el grupo es inexistente en las primeras etapas, y en la medida en que el grupo lo construye será capaz de significar los procesos que se dan en el mismo, es decir, dará existencia al grupo. Podemos decir que en la medida en que el discurso existe, es real, el grupo es otro real que tiene existencia. La unidad mínima del discurso total de un grupo es el «discurso grupal de la sesión», la producción discursiva que se construye en ese encuentro grupal, que es producida a partir de elementos relevantes o no, pero que son emergentes grupales significativos y, a su vez, desconocidos por los sujetos. El deseo de trabajar con otros y con el equipo terapéutico favorece el compromiso con la tarea terapéutica y con el deseo de cambio personal. Y estos movimientos en la dinámica facilitan las «asociaciones en cadena» de las palabras de los participantes con el posterior surgimiento de los emergentes grupales que propiciarán la construcción del discurso de ese grupo.

El discurso grupal, a lo largo de su devenir, se conforma en función de las diferentes estructuras grupales que se organizan en las complejas interrelaciones que se den en la triangularidad: organización grupal/coordinación/tarea, que definiera Bauleo (12). Para que este discurso se produzca, el equipo terapéutico ha de subrayar y puntuar aquellos dichos, acciones, afectos, miradas, gestos y sonidos, pero siempre que sean emergentes de la subjetividad o grupalidad. El equipo ha de puntuar y subrayar

aquellos elementos que al asociarse permitan decir aquello que no existe, para hacerlo existir; y descubrir aquellos nudos, puntos de goce, de placer, que muestran la fijación en cada sujeto. En el permanente trabajo de elaboración se han de desanudar los significantes reprimidos y liberarse los afectos correspondientes, ya que para que el afecto se libere es preciso que se desbloqueen las cadenas asociativas reprimidas. El equipo terapéutico ha de realizar la lectura del inconsciente de los sujetos y de lo latente grupal, la lectura de aquello que fue reprimido, no dicho, no pensado o rechazado. A través de las afirmaciones subjetivas en las que cada uno anticipa la palabra del otro observa los entrecruzamientos de los inconscientes de los sujetos que en su articulación generan un discurso común que es compartido por el grupo.

Para conocer el proceso de significación en el grupo terapéutico, nos ayuda conocer como se da en el inconsciente de cada uno de los participantes. En este punto nos interesan los planteamientos de Dolores Castrillo (13), que sigue a Lacan y nos recuerda que «el inconsciente está estructurado como un lenguaje». Y que éste funciona según la lógica del algoritmo (Significante/Significado; en el que la barra entre ambos introduce la resistencia a la significación), y no según la lógica del signo de Saussure (Significado/Significante). En este algoritmo lacaniano se sustituye el signo por la estructura (hipótesis en la que toda realidad se considera desde el punto de vista de las relaciones). La autora señala que las formaciones del inconsciente tienen la fórmula de este algoritmo (Significante/Significado) que muestra que la significación es el resultado de la pura diferencia de los significantes entre sí. Es decir, el significante es constituyente del significado, y lo que da el efecto de sentido es la articulación diferencial de los significantes entre sí. La significación, por tanto, es efecto de la función significante, de los lazos de los significantes entre sí, ya que el significante en sí mismo no tiene una significación, y por otro lado, su valor está en función del diferente lugar que ocupa en relación a los demás.

Estos planteamientos nos son de gran utilidad para pensar los procesos de significación en los grupos terapéuticos, por ello investigamos los enunciados de los participantes, para seleccionar aquellos significantes que en su articulación en una cadena tengan la capacidad de producir nuevos sentidos, nuevos significados. En el proceso grupal, los discursos de los sujetos entran en resonancia o, por el contrario, en disonancia, en una interdiscursividad producida por las diferentes historias individuales, que también remiten a la historia institucional y social en la que está enmarcado ese grupo. Y es en la combinación e interconexión de los emergentes grupales significativos de cada encuentro como se produce el discurso grupal que va a representar al grupo en ese momento y situación grupal, pero que también resignificará la historia previa del grupo. Las múltiples preguntas/señalamientos/puntuaciones e interpretaciones a lo largo del proceso, basadas en los enunciados de los participantes, ayudarán a construir el discurso grupal.

Las cadenas asociativas que surgen en el devenir del grupo se entrecruzan, desentrecruzan y originan nuevos discursos, de acuerdo con Fernández (14), quien añade que se trata de un discurso abierto y no uniforme. Al igual que Foladori (15) que plantea que es abierto porque siempre puede encontrarse un sentido adicional, que puede estar en otro lado, debido al desplazamiento o a la condensación. Por ello decimos que el discurso grupal es un discurso abierto que se construye y deconstruye, para volver a construirse y deconstruirse, en la búsqueda de cierta verdad para cada sujeto y para el grupo. Es fundamental para el observador observar y leer las cadenas de significantes porque es en ellas donde el inconsciente y el sentido insisten. Los significantes en los encuentros grupales circulan libremente hasta que son señalados como emergentes de la dinámica grupal/individual y entran en el proceso de significación. Los emergentes bien detectados y señalados abren y desarrollan el proceso de significación evitando entrar en la dinámica resistencial, y quedar estancados en el campo imaginario.

Los significantes en el grupo terapéutico no circulan en un movimiento lineal ni circular, lo hacen por retroacción, en un movimiento en el que un acontecimiento anterior se comprende, a partir de otro posterior. Es un proceso de significación en el que se da un movimiento de «retroacción», de lo posterior a lo anterior; es decir, un movimiento en el que los emergentes finales resignifican a los previos, ya sean éstos los de la propia sesión o de sesiones anteriores. Es decir, el proceso de significación en el grupo terapéutico se produce en una temporalidad retroactiva, en un «après-coup», en la que el último término resignifica a lo anterior. Es un movimiento espiralado, como lo denominara Laplanche (16), un movimiento de los significantes en espiral, que Pichon nombra «Espiral dialéctica», que es un concepto central en su enseñanza y lo utiliza para aprehender los movimientos que se dan en los grupos para ir de lo manifiesto a lo latente, y viceversa. Una espiral dialéctica que es fundamental para comprender el proceso y la estructura de los vínculo/s del sujeto/s con el mundo, tanto interno como externo.

El proceso de significación ha de incluir los diversos ejes de producción de sentido que se observan en los grupos, y que corresponden a la verticalidad, horizontalidad, circularidad y transversalidad de los discursos, por eso Baudes (17) denomina al discurso grupal, discurso «crucigramático». Esta imagen es interesante porque permite pensar que el discurso grupal está construido por los diferentes discursos entrecruzados en líneas verticales/horizontales/ y transversales, que a su vez son generadores de nuevos sentidos. Es una producción de sentido que se da siempre a partir de la lógica del discurso, y en coherencia con los límites del propio texto, de acuerdo con Foladori (18). Es decir, el sentido surge del propio discurso porque sólo quien lo enuncia está en condiciones de producirlo, es decir, sólo quienes lo enuncian construyen el discurso. Desde esta posición teórica, el equipo terapéutico sólo realiza hipótesis o conjeturas, ya que la verdad es transitoria y los nuevos sentidos sólo pueden producirse a partir de los previos.

Primera.—En lo grupal se constituye el sujeto, pero también se enferma, por lo que el grupo terapéutico es el espacio privilegiado para conocer los modos de vinculación patológicos y generar otros modos de relación, otros vínculos y discursos.

Segunda.—El grupo terapéutico se estructura por dos factores: la transferencia grupal y el «discurso grupal». Las transferencias grupales ponen en escena la multiplicidad y diversidad de conflictos reprimidos/denegados/rechazados/ o no simbolizados de los sujetos.

Tercera.—El equipo terapéutico precisa de una buena formación teórico-práctica, que incluya el análisis personal, ya sea grupal o individual. Ya que sabemos que además del deseo de cambio de los integrantes es imprescindible el deseo del equipo terapéutico.

Cuarta.—El «discurso grupal» se constituye en la complejidad, multiplicidad y diversidad de sujetos, interacciones, objetos transferenciales, identificaciones, comunicaciones, problemáticas, vínculos y discursos.

Quinta.—El observador realiza la lectura global del texto grupal a partir de elementos corporales, intelectuales y afectivos. Lo corporal se refiere a aquellas palabras no dichas, que son expresadas a través del cuerpo, y que están dirigidas al otro. Y selecciona aquellos elementos que pueda interrelacionar entre lo dicho, no dicho, los actos, el contexto, y los sujetos productores del discurso en su interrelación.

Sexta.—El discurso se construye en la asociación y entrecruzamiento de los emergentes que circulan en el grupo, de aquellas palabras/frases/sonidos significativas que en su articulación con los anteriores y posteriores dan la significación, y que se enlazan o no en función de los momentos de cambio y resistencia.

Séptima.—El «discurso grupal» se produce a partir de lo latente grupal y las formaciones del inconsciente de los sujetos, ya sean síntomas, lapsus, y sueños, pero también de lo latente grupal. Los emergentes, «inicial, central y final», que describiera Bauleo, son útiles como guía del discurso grupal.

Octava.—El discurso grupal es producto de los entrecruzamientos de los diferentes discursos: intrapsíquicos, vinculares, grupales, institucionales, y transindividuales, que se refieren a lo inconsciente que se transmite a través de las generaciones.

Novena.—El discurso grupal es el factor terautico central en la psicoterapia de grupo, efecto de la grupalidad y que incluye a todos los demás, los específicos y los generales. Produce cambios en la posición subjetiva y permite la elaboración y construcción de la historia de cada sujeto, además de la del grupo.

Décima.—La gran potencialidad del proceso terapéutico grupal es efecto del discurso grupal y de la complejidad del campo transfereencial. Por ello, proponemos al «discurso grupal» como objeto de la psicoterapia de grupo psicoanalítica, que es producido a partir de los denominados «in-conscientes individuales»/«grupos internos» y del latente grupal.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Donnell P. Teoría y técnica de la psicoterapia grupal. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.
2. Freud S. «Psicología de las masas y análisis del yo», (1924), tomo VII, p 2563, Obras Completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1974.
3. Pichon-Rivière E. El proceso grupal, del psicoanálisis a la Psicología Social. Buenos Aires: Nueva Visión; 2007.
4. Kaes R. El Aparato Psíquico Grupal, construcciones de grupo. Barcelona: Granica Edit; 1977.
5. Pampliega de Quiroga A. «El concepto de grupo y los principios organizadores internos de la estructura grupal». Rev. Temas de Psicología Social, nº 6. 1984.
6. Kaplan H, Sadock B. Terapia de grupo. Madrid: Ed. Panamericana; 1996.
7. Yalom Id, Vinogradov S. Guía breve de psicoterapia de grupo. Buenos Aires: Paidós; 1996.
8. Gómez Esteban R. «Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo». En: Ceverino A (coord.). Salud mental y terapia grupal. Madrid: Ed. Grupo 5; 2014.
9. Bleger J. Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1967.
10. Bejarano A. Resistencia y transferencia en los grupos. En: Anzieu D, Bejarano A, Kaes R. El trabajo psicoanalítico en los grupos. México: Ed. Siglo XXI; 1978.
11. O'Donnell P. Teoría y técnica de la psicoterapia de grupo. Buenos Aires: Amorrortu Ed; 1974.
12. Bauleo A. Contrainstitución y grupos. Madrid: Ed. Fundamentos; 1977.
13. Castrillo D. «Lacan y la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure». En: Chorne M, Dessal G, Lacan J. El Psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica; 2017.
14. Fernández A. El campo grupal, notas para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión; 1989.
15. Foladori H. Grupalidad, teoría e intervención. Santiago de Chile: Ed. Espiral; 2005.
16. Laplanche J. «Après-coup». Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
17. Baudes de Moresco M. «Del significante y su circulación en el discurso grupal». En O'Donnell y cols, «El análisis freudiano de grupo». Buenos Aires: Nueva Visión; 1984.
18. Foladori H. *Ibidem*.

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y LA PSICOSIS: UN LUGAR PARA EL SUJETO

Lola Lorenzo López

INTRODUCCIÓN

Trataremos en esta exposición de presentar notas, ideas, reflexiones y plantear interrogantes acerca del potencial terapéutico que representa el pensamiento grupal y la psicoterapia de grupo, en el intento de comprender a las personas con psicosis, y no perdiendo de vista lo que apunta Bachelard: una experiencia, una teoría que es verdaderamente verdadera que no provoca debates, ¿a qué sirve? (1). Abordaremos algunas características específicas de la psicoterapia grupal y sus procesos a partir de la experiencia clínico-asistencial y la concepción operativa de grupo (COG).

La experiencia grupal vivida por los integrantes del grupo y observada e investigada por el equipo coordinador, para nosotros es lo que nos permite acercarnos a conocer y/o intentar comprender las vicisitudes y el recorrido que realizan estos pacientes en su proceso de recuperación, es decir, los procesos por los que transitarán en la psicoterapia grupal. No cabe duda que construir dispositivos grupales para estas personas es hoy una tarea terapéutica imprescindible en los servicios de salud mental. El espacio social y relacional que organiza el dispositivo grupal es el medio más natural, en tanto espacio microsociedad, para la recuperación.

EL CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

Ha sido en el contexto del Hospital de Día (HD) donde he aprendido de la psicosis y de la psicoterapia de grupo. He estado acompañada en este proceso de aprendizaje por mis compañeros del HD de Granada y del HD de Sevilla, con ellos y con los usuarios de estos dispositivos comencé a aprender de la psicosis, y de las posibilidades terapéuticas que el dispositivo grupal ofrece a estas personas tan dañadas en su subjetividad.

El HD, en tanto espacio de convivencia terapéutica, ofrece muchas posibilidades para el tratamiento de personas que presentan grandes dificultades para vivir, y es el equipo terapéutico quien ayudará a construirlo y sostenerlo. La tarea no es fácil porque quienes participan en este entramado relacional, pacientes, familias y profesionales, están sujetos a sus propias vivencias, emociones y modelos teóricos. «Fuimos aprendiendo que no son los espacios o vínculos institucionales los que curan a los pa-

cientes, sino que éstos son la ocasión para que la institución se torne terapéutica (2).

GRUPO-CAMBIO Y APRENDIZAJE

En los procesos grupales se produce un aprendizaje tanto de los pacientes como de los terapeutas. No podría estar en esta mesa hoy, si no fuera por el trabajo compartido con los pacientes. Nos hemos acompañado. El aprendizaje en el campo de la clínica implica una elaboración, una reflexión a partir de la práctica, ya que es desde ésta donde se reajustan los esquemas de referencia y se construye el conocimiento. Se trata de un proceso dialéctico ineludible. La teoría ha de ser reinterpretada en relación con los objetos internos de cada uno, el resultado de la elaboración de la teoría da lugar a una manera de vincularse, de interpretar, que será el papel del terapeuta (3).

Pacientes y profesionales hemos aprendido que la experiencia psicoterapéutica grupal constituye un proceso complejo en el que se pone en movimiento situaciones diversas, confusas, cargadas de emociones intensas, inseguridades y temores, cuyo potencial terapéutico permite a quienes participan conectar con su necesidad de ternura, de ser acogidos en su sufrimiento, de reconstruir lo dañado, de luchar contra los estereotipos y la alineación. En última instancia, la psicoterapia de grupo es un trabajo sobre los obstáculos y las resistencias al cambio, sobre los estereotipos y las relaciones interpersonales, sobre el interjuego entre el grupo interno y el grupo externo; elementos todos ellos a los que hace referencia la COG (concepción operativa de grupo) (4).

La psicoterapia de grupo y la elaboración teórica sobre su praxis también permite instituir un modo de conocer, comprender la psicosis, y formular un modelo asistencial y de organización de los dispositivos. Hemos aprendido con los pacientes que una tarea psicoterapéutica tiene que venir acompañada de una acción social y política; en el contexto asistencial significa una acción hacia la transformación de nuestras organizaciones asistenciales.

Si no procuramos producir cambios en las condiciones organizativas y en los ámbitos donde se expresa el malestar, la repetición de los modelos tradicionales de entender y tratar la psicosis permanecerá como una reactualización del modelo «manicomial», es decir, del modelo de exclusión. Los dispositivos terapéuticos grupales no son suficientes para el tratamiento de los pacientes si no vienen acompañados de una organización de los servicios asistenciales basada en el modelo comunitario. Con estas personas la rutina, el aburrimiento, la desidia, la falta de ilusión «mata» los pocos intereses que tienen.

Los pacientes con psicosis son personas muy aisladas en el diálogo con sus grupos internos. El espacio grupal como lugar de encuentro, de

reconocimiento mutuo, de recuperación de la comunicación con el mundo exterior, de pertenencia les abre la posibilidad de no quedar atrapados en la cronicidad, en la repetición estéril y alineada. Protegiendo al paciente de la institucionalización de la enfermedad (5). El espacio grupal y la psicoterapia de grupo se instituyen como agentes de cambio: facilitan un lugar distinto de la institucionalización de la psicosis, de la enfermedad, es decir, posibilitan un espacio instituyente para enfrentar los temores y ansiedades que la vida emocional relacional les provoca.

El espacio grupal y la psicoterapia de grupo se instituyen como agentes de cambio cuando ofrecen a los pacientes con psicosis la posibilidad de experimentar por el otro ternura y calidez. Es decir, cuando a través del trabajo grupal han podido pasar de la indiscriminación y de una comunicación basada en identificaciones proyectivas a un diálogo donde escucharse y poner palabras a las emociones. También en tanto permiten el aprendizaje de los cambios a realizar, y el reconocimiento de las posibilidades, límites y obstáculos que se presentan en el proceso. Y asimismo, al favorecer la recuperación de los aspectos saludables y capacidades tantas veces negadas, ocultas tras los síntomas; ya que ello ayuda al sujeto a recuperarse como sujeto social.

El espacio grupal es un agente de cambio en la medida en que se organiza como espacio y objeto transicional, como plantea Rosa Gómez, «el grupo al ofrecer soporte, contención y alojamiento subjetivo abre el espacio para la simbolización y la constitución del sujeto» (6).

El espacio grupal y la psicoterapia de grupo también funciona como agente de cambio para los profesionales. El grupo aporta la posibilidad de un trabajo compartido, de conocimiento de los significados de la crisis y los síntomas del paciente, y asimismo de los obstáculos que se presentan en el proceso hacia la recuperación. Es decir, cura al profesional de sus estereotipos acerca del enfermar y le permite conocer algo de sí mismo, ya que el encuentro grupal moviliza sus grupos de referencia y su grupo familiar. El grupo, como espacio para la intersubjetividad, es un factor terapéutico central en el acompañamiento terapéutico para los pacientes quebrados por la psicosis.

LA TAREA

La tarea, en cuanto objetivo y organizador de la experiencia grupal, es un factor terapéutico importante y central para la COG. En el encuadre grupal, a los integrantes del grupo les proponemos como tarea manifiesta: «trabajar las dificultades y obstáculos que cada uno tiene para vivir su vida cotidiana y llevar a cabo sus proyectos». Ponemos el acento en el para qué, mas allá de las diferentes maneras de formular la tarea.

Contemplamos sus posibilidades de poder cambiar, si así lo quieren, y las de trabajar juntos. Sabemos que algunos pacientes lucharán por mante-

nerse en el aislamiento relacional y que otros necesitarán encontrarse con los demás. Trabajaremos con esta tensión propia del grupo que se da entre el cambio y la resistencia al cambio (7).

Para estos pacientes, el pasaje del agrupamiento a un grupo que coopera para llevar a cabo la tarea es en sí mismo un factor curativo. El logro de cooperar, es decir, integrar al otro a través de la experiencia terapéutica en el trabajo compartido es un factor importante. Esta integración permite distanciarse de la posición narcisista y omnipotente en la que están situados y ofrece la posibilidad de reconocer las propias carencias. Cada integrante del grupo intentará una comunicación con los compañeros de la experiencia grupal.

En el grupo observamos la emergencia de conductas defensivas ante la exposición de experiencias emocionales, que se movilizan en el contacto con una tarea a la que no pueden darle significado. En los primeros momentos frente a la tarea están muy atrapados por su grupo interno, en estos inicios parece que la tarea, el para qué están juntos, el para qué de este trabajo terapéutico se desdibuja. Las ansiedades paranoides y confusionales emergen. La tarea aparece como algo peligroso de la que hay que defenderse.

LA DEMANDA

La demanda, y la alianza terapéutica son elementos que hay que trabajar con los pacientes para poder sostener el proceso terapéutico grupal. La petición de tratamiento en el HD casi siempre viene de otro, la familia o los profesionales que les atendieron. El pedido de ayuda nos indica que el núcleo familiar ya no puede sostener, ni sostenerse; que la depositación ya no es suficiente para mantener el equilibrio familiar. El paciente con sus conductas y reclamos, con su aislamiento y sufrimiento pone en juego el precario equilibrio adquirido en los procesos de depositación (8).

Sabemos que estas personas tan dañadas aceptan la propuesta de tratamiento con más o menos ambivalencia y desconocimiento. Hay una pregunta que los integrantes del grupo tendrán que ir elaborando, más allá de quien venga la demanda de tratamiento: ¿Por qué y para qué aceptan participar en la experiencia grupal en este momento de su vida? Estos primeros momentos son sostenidos por la organización del HD, por algo tan complicado de definir en la práctica como es el ambiente relacional, que denominamos «el ambiente terapéutico».

Acuden atrapados en un lugar de enfermos para ellos y sus familias. Y con alguna esperanza de recuperar sus vidas, truncadas, paralizadas y llenas de malestar. Algunos sienten que no tienen nada que perder, otros buscan calmar el malestar, y otros es la necesidad de relación lo que les impulsa a aceptarnos; pero casi todos se sienten solos, poco comprendidos

e ignoran cómo narrar lo que les pasa. Describen síntomas, saben poco de sí mismos y mucho de su angustia, miedos, impulsos y descontrol. En el trabajo grupal irán pasando de una demanda no explicitada por ellos a una tarea grupal que les sitúa como protagonistas o agentes necesarios para llevar a cabo un cambio terapéutico.

Para empezar a trabajar no esperamos que los pacientes formulen una demanda, es suficiente que sientan la necesidad de hacer algo para aliviar su sufrimiento. Entrar a participar en una experiencia terapéutica grupal ya es tomar una posición distinta en relación con el terapeuta y su lugar como paciente.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA, EL CUIDADO, EL ENCUADRE

Sabemos que el peor daño que podemos hacer a estos pacientes es no interesarnos por su vida, su sufrimiento, y por ellos. Es decir, dañamos su integridad como personas si les negamos como sujetos. En la construcción del dispositivo grupal ponemos nuestro deseo, nuestras fantasías de curación, nuestro interés por ellos y nuestra confianza en su capacidad de recuperarse. Esperamos que ellos mismos puedan descubrir o acceder a sentir un deseo de cambio y recuperar la confianza en sus posibilidades.

El encuadre es nuestro mejor aliado. Se constituye y posibilita la organización del espacio grupal, ya no es la presencia solitaria del terapeuta. El encuadre contiene y crea un lugar para ser ocupado por los fantasmas, por las fantasías inconscientes (9). Es un proceso necesario para construir la alianza terapéutica, para hacer el pasaje de la desconfianza básica que ha formado parte de su desarrollo a poder confiar en «otro» que le sostenga en el espacio grupal; es decir, el camino para pasar de una alianza terapéutica a una alianza de trabajo.

La desconfianza ha sido lo aprendido, han estado atrapados en una posición narcisista, en dependencia hacia objetos frágiles, cambiantes, que han tolerado poco sus proyecciones, que no han tenido la capacidad de contenerlas ni hacerlas más tolerables. En general, una madre que no pudo sostener la dependencia simbiótica que le hubiera permitido tener experiencias con el mundo exterior. Y en el grupo se preguntan: ¿por qué confiar en que no vaya a suceder lo mismo? Irán aprendiendo que pueden confiar, y esta confianza facilitará el pasaje de la alianza terapéutica a la alianza de trabajo, que será uno de sus primeros aprendizajes.

EL AQUÍ Y AHORA

En los inicios del grupo, tras la instalación del encuadre, la comunicación está dirigida al equipo coordinador, esperan que éste les proteja y

pueda contener el malestar e inquietud que se produce en el aquí y ahora. Es el momento de darse cuenta que la propuesta terapéutica es de aprendizaje, es una búsqueda de un saber acerca de sí mismos y de los otros; se trata de compartir una tarea y un espacio real e imaginario. Serán momentos de monólogo, un monólogo con sus grupos y experiencias anteriores, como nos dice A. Bauleo (10).

En el espacio grupal intentan despistarse, obviar lo que les sucede en la experiencia del «aquí y ahora», se alienan en su rol de enfermos o en su necesidad de depender del terapeuta. Emergen los contenidos fragmentados, disociados, los mecanismos esquizoides y las proyecciones, todo ello oscurece e ignora lo que sucede en el aquí y ahora, aquello que impacta en sus propios grupos internos.

Los que pueden darse un tiempo para experimentar el contacto con los otros, los que puedan escuchar y hacerse cargo de su funcionamiento en el aquí y ahora... se quedarán. Otros se percibirán en una posición intolerable, al no soportar un mundo emocional que vislumbran peligroso, que les empuja a descentrarse de su lugar de depositarios de su grupo familiar. Necesitan controlar o ser leales a su grupo primario, imaginan que colocarse en otro lugar, en el que algo de su deseo pueda surgir, les conducirá a la pérdida, a perder esa madre que les necesita para subsistir y, a su vez, que ellos necesitan para que les proteja de las exigencias de la vida.

Este movimiento es central en las primeras sesiones grupales y se repetirá a lo largo del proceso grupal. Podrán descubrir que ser sujetos de la experiencia, ser actores de un cambio en el aquí y ahora les podrá asegurar o posibilitar otros posibles cambios en su vida. Aprenderán a conocer sus límites y las muchas dificultades de su proceso de recuperación, y también que las respuestas no están en los terapeutas sino en la posibilidad de construir un proyecto de vida. Se trata de un aprendizaje que realizarán en la medida en que puedan tolerar el contacto con el otro y la realidad externa en el «aquí y ahora».

EL GRUPO, EL EQUIPO COORDINADOR, EL CAMPO TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA

Investigar la contratransferencia es central para saber lo que sucede en la relación con los pacientes psicóticos. La contratransferencia en el grupo reactualiza la historia grupal del coordinador, así el grupo interno del coordinador permite la lectura del grupo actual (11). La contratransferencia en este contexto significa la movilización que la relación con los integrantes y el trabajo grupal produce en nuestro grupo interno. Y como dice A. Bauleo: «La contratransferencia se configura en la formación, se reafirma en la supervisión, y se confronta en el ejercicio cotidiano de la práctica, así como en la comunicación entre colegas» (12).

Voy a mostrar en relación con esta temática alguna escena en dos sesiones de psicoterapia grupal (que coordinaba junto con Natividad Carrión, psiquiatra del HD):

Primera escena

Termina la sesión de hoy, «me quedo en silencio, no tengo palabras, no puedo pensar, mi compañera en la coordinación comenta que siente un fuerte dolor en el estómago, la observadora, una residente que nos acompaña, comenta: me ha gustado mucho la sesión, qué interesante». Seguramente os habréis encontrado con situaciones similares y podéis aventurar algunas hipótesis de lo que sucedió en la sesión: proyecciones masivas, escisiones, lo que los integrantes no pudieron tolerar quedó depositado en el equipo terapéutico. Por un lado, el bloqueo y vaciamiento del pensamiento, el dolor de las emociones peligrosas en el estómago, y por otro, la mirada de la observadora que enuncia «los pacientes han trabajado».

El equipo coordinador, después de la sesión grupal, pueda dar cuenta de lo depositado transferencialmente, es un momento de descarga emocional y de intentar integrar las partes depositadas en cada miembro del equipo. Somos partidarios de tener otro momento para la lectura del material, recapitular sobre lo acontecido en la sesión y lo hacemos antes de comenzar la siguiente sesión. Lo realizamos leyendo la sesión, y rastreando los emergentes en la búsqueda de significados latentes.

En ese momento podemos pensar, ponemos palabras ahí donde antes era solo emoción, tratamos de reconstruir el discurso grupal y construimos nuevas elaboraciones, y otros sentidos. Hacemos algunas hipótesis acerca de lo que no pudieron elaborar, de lo que quedó proyectado, depositado en la coordinación y de cómo nos movilizo la sesión. Lo que implica una relectura del latente grupal.

En la psicoterapia grupal con pacientes psicóticos uno de los mecanismos más significativos que se hacen más presentes son los mecanismos de identificación proyectiva y la introyección. La contratransferencia facilita la comunicación del coordinador con el grupo, a través de la interpretación, en el aquí y ahora de la sesión. Interpretación que desde la COG se dirige al común denominador, como nos dice Pichon Rivière (13).

Segunda escena

Entramos en el espacio grupal, hoy de nuevo trabajamos; ¿qué esperamos? Quedan en nosotros rastros de lo acontecido en la sesión anterior, ¿seremos capaces hoy de contener las proyecciones, digerirlas y devolverlas de forma que puedan ser asimiladas e incorporadas?, ¿el espacio grupal podrá contener? Estamos a mitad del proceso terapéutico, ya hay una historia. Un integrante del grupo comenta, «tengo miedo, se me mete

en la cabeza que a mi hermana pequeña la pueden violar, si yo lo pienso puede suceder... si lo pienso es que va a pasar».

Al escuchar este relato percibimos que ya no hay angustia, que el paciente usa esta preocupación que le invade su vida cotidiana como vehículo de comunicación, es un relato que ya todos podemos tolerar sin sentirnos invadidos por la angustia. Los integrantes del grupo se sienten conmovidos desde la empatía con el paciente, se hace presente el sentimiento de pertenencia. El paciente, su discurso, sus temores forman parte de la temática a trabajar, es decir, de la tarea. La repetición, recurrir al mundo delirante frente al vacío existencial, es un pasaje constante en estos grupos.

«Se produce un momento de silencio, parecen necesitar un momento para digerir lo que han escuchado. Estamos en otro momento grupal, hay miradas más dulcificadas, más amables, entienden el mensaje, ya saben que es la manera que el paciente tiene de contarles algo acerca de su vida, de una parte de su vida cotidiana invadida por esta idea».

La coordinación lee el latente grupal. El punto de urgencia: necesitan recurrir al mundo delirante para evitar la tarea en el aquí y ahora. La coordinación facilita que puedan pensar acerca de cómo estas ideas interrumpen su proyecto de vida; el paciente se hace portavoz de las resistencias del grupo, lo delirante para evitar las experiencias de la vida cotidiana. Ante la intervención de la coordinación dice «es que cada vez que hago algo que me gusta me vienen esos pensamientos». Otra integrante le dice: «no va a pasar nada, llevas pensando esto mismo hace mucho tiempo y no le ha pasado nada a tu hermana».

La coordinación escucha este diálogo, descansa, se da un tiempo de espera, ya no tienen urgencia de paliar la angustia de este integrante cuando sesiones atrás relataba estas vivencias. Los integrantes abren un diálogo para sostenerse frente a un discurso que atemoriza: «a mí me pasa lo mismo que a tí, son obsesiones», «esta mañana tomé la pastilla y creo que quedó algún resto en la saliva; le di un beso a mi hermana que está embarazada, y ahora estoy inquieta por si en los restos de saliva había quedado algo de la pastilla y puede pasar a su barriga».

Aliados en el temor omnipotente de hacer daño, cómplices en obviar cualquier emoción subjetiva en las relaciones con personas significativas; una hermana pequeña, una hermana que espera un hijo. Se dicen: «son paranoias, obsesiones», una explicación que no calma la ansiedad, pero les permite trabajar sobre ese material. Es decir, poder *hablar de sus relaciones con esa hermana pequeña que le desplazó, de la hermana embarazada que trasmite vida y pone de manifiesto los límites de la maternidad tras una crisis psicótica*. Otro integrante escucha el diálogo e intenta negar las emociones, «son cosas que pasan, ideas que no son verdad».

Se logran calmar los sentimientos agresivos, la rivalidad, los celos y la culpa, se diluye en una alianza entre todos, en una cooperación para poder

estar juntos y mejorar, de eso se trata la tarea grupal en este momento, de no sufrir tanto porque se puede ir elaborando con otros. La coordinación observa este movimiento y espera el momento en que puedan abrirse los procesos de simbolización. Es decir, el paciente expresa lo imaginario como real, «a mi hermana pueden violarla», la intervención de la coordinación y de los integrantes le acercan a simbolizar que algo de este pensamiento delirante tiene que ver con el poder hacer, poder disfrutar o no. Es función del coordinador facilitarles la experiencia de que estas proyecciones puedan retornar convertidas en contenidos más tolerables.

La identificación proyectiva, decía Bion (14), es uno de los mecanismos de comunicación más básicos en los pacientes psicóticos. Y esta modalidad de comunicación estará muy presente en la experiencia terapéutica grupal. De ahí la necesidad de que el coordinador-terapeuta sea capaz de tolerarlas, asimilarlas y escuchar al bebé-paciente que reclama la atención (15).

El coordinador cuenta con un gran aliado en este diálogo transferencial-contratransferencial, el trabajo en cooperación, en colaboración entre todos los integrantes. Tendrán que trabajar para facilitar la integración de lo escindido y lo proyectado por intolerable; y de este modo «abrir el espacio mental» hacia el conocimiento y el aprendizaje.

La tarea del coordinador es trabajar sobre los obstáculos y la disociación entre pensamiento y emoción que es una modalidad muy presente en la psicosis. «La interpretación en la técnica operativa no sólo se dirige al desvelamiento de lo latente, sino que pretende también la progresiva apropiación de los sujetos de su capacidad de transformación de sí mismos y de la realidad» (16). Para estos pacientes este nivel de aprendizaje es fundamental porque significa el pasaje de sujetos para la enfermedad a sujetos que hacen consciente el lugar que hasta ahora han ocupado. Un lugar tanto en su grupo familiar (el enfermo-portavoz de la no elaboración de las ansiedades) como en la institución, y también ellos mismos preocupados como enfermos para subsistir entre sus vivencias caóticas y las exigencias del medio.

Traigo una frase de Galende, «cuando el ser humano logra encontrar vínculos sólidos con otros logra vehiculizar sus reclamos, se adquiere capacidad de actuar en el espacio público... así se asegura la condición de ciudadano, porque se recupera la capacidad de la ciudadanía y se evita el regreso sobre sí mismo, fuente del trastorno mental... ocupar el espacio público... reconstruir el colectivo social» (17). Ahí estaremos todos, un paso más en la relación terapéutica, esto es un factor terapéutico del grupo... Es una pequeña sociedad que debate si está con otros, o por el contrario queda en los repliegues de la madre, en la estereotipia, en la cronicidad.

Y termino con A. Bauleo: «si no se ubican espacios sociales para llevar a cabo experiencias alternativas, lo expresado en los discursos tendentes a ciertos cambios en las estructuras sociales queda circunscrito a enunciados ideológicos de buena voluntad sin implementación practica». Y añade, «el

grupo puede desempeñar el papel de una especie de organizador social de espacios de experiencia, son lugares sociales posibles para la experiencia ya que aparecen como un momento práctico para ejecutar y elaborar un pensamiento de cambio».

BIBLIOGRAFÍA

1. Bachelard G. La formación del espíritu científico. Buenos Aires: Siglo XXI; 1974.
2. Brasi M, Bauleo A. Clínica Grupal, Clínica institucional. Madrid: Atuel; 1990.
3. Vico Cd. Pero de qué se trata? Madrid: Revista Área 3; 2006.
4. Pichon Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos aires: Nueva Vision; 1974.
5. Mannoni M. El psiquiatra ,su loco y el psicoanálisis. Buenos Aires: Siglo XXI; 1985.
6. Gómez Esteban R. Factores Terapéuticos en la psicoterapia de grupo. En: Ceverino A (coord.). Salud Mental y Terapia Grupal. Madrid: Ed.Grupo5; 2014.
7. Tarí García A. Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la COG. Cuadernos de temas grupales e institucionales. N.19. 2015.
8. Pichon Rivière E. Teoría del vinculo. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.
9. Vico Cd. Ibídem.
10. Bauleo A. Psicoanálisis y Grupalidad. Buenos Aires: Paidós; 1997.
11. Bauleo. Ibídem.
12. Bauleo A, Monserrat A, Suárez F. Psicoanálisis Operativo. Buenos Aires: Atuel; 2004.
13. Pichon Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos aires: Nueva Visión; 1974.
14. Bion WR. Volviendo a pensar. Buenos Aires: Horme; 1997.
15. Winnicott DW. Proceso de maduración en el niño. Barcelona: Laia; 1975.
16. Cifuentes Cáceres, Suarez Blázquez. Conversando sobre interpretación. Cuadernos de temas grupales e institucionales. N.19. 2015.
17. Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Paidós; 1990.

UN ESPACIO PARA LA ESCUCHA EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

Emilio Gamo Medina

En este trabajo se hace una reflexión sobre nuestra experiencia, ya recogida en numerosos artículos, ponencias y libros, en torno a los grupos de orientación analítica realizados en diversos Servicios de Salud Mental, aproximadamente durante los últimos 33 años y los 22 últimos en el Servicio de Salud Mental de Parla, Madrid, que realiza desde hace años un amplio abanico de terapias e intervenciones grupales. La extensión del tema obliga a pasar de forma breve sobre la mayoría de los aspectos. Se trata de presentarlo y hacer sugerencias que despierten el interés para que puedan ser objeto de debate.

PUNTOS DE PARTIDA

Freud no practicó la terapia grupal, aunque sus aportaciones teóricas y alguna observación breve permiten considerarle uno de sus precursores. En «La psicología de las masas y análisis del yo» (1921) (1) destaca el papel del mecanismo de la Identificación como el más temprano enlace afectivo que puede surgir cuando el sujeto descubre en sí el rasgo común con otra persona que no es objeto de sus instintos sexuales. La Identificación juega un papel fundamental en la constitución del sujeto y juega un papel estructurante en el Complejo de Edipo. El Yo y el Super-Yo se diferencian a partir del Ello y están definidos por las identificaciones de las que derivan.

La serie de identificaciones son básicas en la constitución de la personalidad. En 1918 en «Los caminos de la terapia analítica» (2) plantea extender más allá de lo restringido del psicoanálisis la acción terapéutica de éste; se puede pensar que uno de estos desarrollos podría ser la terapia grupal. Esto lo planteó claramente D. Lagache (1955) en «la psychanalyse» (P.U.F. Ed., París 1955) (3). También Freud en «el porvenir de la terapia analítica» (4) hace una curiosa observación: el éxito terapéutico individual puede obtenerse igualmente en la comunidad; el que los mecanismos neuróticos puedan ser descubiertos por los otros obligaría a los individuos a ocultarlos y aún a quitarles la razón de ser; atacando la ecuación simbólica y la ventaja secundaria de la enfermedad.

Se suele considerar a J. Pratt (1905) un iniciador con la práctica de grupos de apoyo y psicoeducativos dirigidos a los tuberculosos. En 1911 Moreno (5) introdujo los Grupos de Psicodrama, basados esencialmente en la catarsis o dramatización de los conflictos, aportando elementos teóricos como «yo-auxiliares», etc., que son utilizados con posterioridad por diversas orientaciones grupales. Desde una perspectiva ajena al psicoanálisis como la Psicología Dinámica, Kurt Lewin (1951) (6) formula el grupo como una totalidad dinámica inserta en un campo vectorial que une a los individuos entre sí y al grupo, siendo el todo superior a cada una de sus partes. Muy tempranamente Lagache formuló, en 1955, su idea de la Psicoterapia de Grupo, en la que el paciente, en contacto con un grupo, expresa sus deseos, produciéndose material preconsciente en presencia de varias personas, que facilitan o inhiben la expresión y constituye una experiencia que estimula la ansiedad, la expresión de la culpa y los procesos transferenciales. Habla también de la Teatrotterapia en relación con el psicoanálisis, aludiendo a las prácticas ya existentes de psicodrama de orientación analítica como la de D. Anzieu que utiliza el psicodrama, no sólo como expresión por la acción, sino como una comunicación simbólica. Alude a otros desarrollos de psicoanálisis de grupos y psicodrama como los de Diatkine; señala la función técnica de la pareja de analistas grupales, que no deben entrar en el juego de los pacientes, y concentran sobre ellos fenómenos transferenciales. Constituyen para él una estructura parental que induce entre los pacientes el modo de ser infantil correspondiente a la organización arcaica de la neurosis.

Siguiendo con dos obras clásicas sobre terapia grupal como las de L. Grinberg, M. Langer, E. Rodrigué (7) y S. Foulkes, E.J Anthony (8), se pueden señalar hitos fundamentales en el desarrollo de la terapia de grupo:

- Inicio de la terapia de grupo dejando aparte el apoyo y la sugestión en base a la interpretación individual realizada en el grupo como S.R. Slavson y P.S. Schidler.
- W.R. Bion (9) desarrolló una técnica interpretativa considerando al grupo como totalidad. Distingue entre el grupo de trabajo ligado a la realidad, a hacer algo, y los supuestos básicos instantáneos, inevitables e instintivos del grupo: dependencia, apareamiento y ataque-fuga.
- Foulkes y Anthony consideran el grupo como un todo, pero de forma limitada, no como un organismo grupal. Diferencian las características del psicoanálisis y la terapia de grupo. La transferencia en el análisis individual es más regresiva y vertical, en el grupo más horizontal, actual e interpersonal. Conciben la discusión libre flotante como un correlato de la asociación libre en el análisis.

Describe fenómenos específicos del grupo como los «fenómenos de espejo», «fenómenos condensadores» con descarga de material profundo unidos a la fusión de ideas asociadas en el grupo que contienen un elemento de sorpresa. La «resonancia» como tendencia de cada miembro de hacerse eco de cualquier acontecimiento grupal.

- Por otro lado, Pichon Rivière en «El proceso grupal» (10) introduce la técnica operativa de grupos, centrada en la tarea. Aporta elementos de gran interés como la noción de «grupo interno», conjunto de relaciones internalizadas, sobre todo del grupo familiar, en interacción con los objetos del mundo externo. Y P. O'Donnell (11), con el que inicié mi formación grupal, en «Teoría de la transferencia en la psicoterapia grupal» (1977), considera que hay un deslizamiento del grupo interno hacia el grupo externo, que puede definir la transferencia grupal. El encuentro de ambos se produciría en la zona intermedia de lo imaginario que podría relacionarse con el espacio transicional de D.W. Winnicott («Realidad y juego») (12) (espacio transicional que introdujo Freud con el famoso juego del «fort-da», del afuera y adentro, del carrito lanzado por el niño que alude a la presencia y ausencia de la madre y al control sobre ésta). O'Donnell afirma que la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas del paciente y el terapeuta que juegan juntas.

EL PSICODRAMA FREUDIANO O GRUPO Y PSICODRAMA DE ORIENTACIÓN ANALÍTICA. ELEMENTOS TEÓRICOS BÁSICOS. NUESTRA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Las anteriores observaciones, especialmente las últimas, pueden servir para la fundamentación del grupo con dramatizaciones o grupo y psicodrama de orientación analítica formulado como psicodrama freudiano por sus fundadores. G. Lemoine y P. Lemoine (seguidores tempranos y muy cercanos a Lacan) definieron sus características, en los años setenta, en «Teoría del psicodrama» (13) y en «Jugar, gozar» (14). Con ellos y posteriormente con R. Levy (15) realizamos la formación un grupo de profesionales españoles, dando lugar a una experiencia de trabajo progresivo en la Asistencia Pública. Este instrumento se ha usado como recurso terapéutico importante, durante más de las tres últimas décadas en diversos Servicios de Salud Mental (16-18).

Definiré de forma resumida sus características:

El grupo se compone de una cifra que oscila entre unas seis y doce personas. Se reúne, preferentemente, con una frecuencia semanal, durante una hora y media. Es abierto y puede incluir nuevos miembros, así como

tener altas. Hay dos terapeutas, un animador y un observador. En la sesión alguien comienza a hablar y se le deja que exprese su discurso, que se anuda con el de los otros miembros, avanzando de forma metonímica, por deslizamiento de significantes, esperando una intervención del animador. Para favorecer la emergencia del inconsciente bajo el sentido manifiesto de lo que uno dice, se invita a algún miembro a representar algo de lo relatado. Para esto se ha debido realizar una escucha para elegir la persona y el momento de la escena, a partir del primero que habla y el eco en los demás por semejanza, oposición, etc.

La escena supone:

- La elección de los otros que representarán algo, el papel y los motivos de esta elección.
- La representación, a veces con lapsus, discordancias con lo previamente relatado, momentos de sorpresa que hacen tambalear el discurso consciente.
- La eventual aplicación del cambio del rol del protagonista con el otro de su identificación.

Las escenas no deben ser fabuladas ni intencionalmente modificadas. Existe la posibilidad de hacer interrupciones en su representación. En general, se desalienta lo excesivamente catártico o emocional. La escena es una representación que a través de sus aspectos fallidos puede permitir un nuevo encuentro y combinación de significantes para el sujeto. De este modo se trata de que la relación del sujeto con su discurso y con la consideración de la aparente causa de su sufrimiento cambie. Posteriormente a la escena, se pregunta a los otros yoes auxiliares por su resonancia de la misma. El resto de los miembros del grupo continúa expresándose y asociando. Se establece una línea de circulación de significantes enlazando los discursos y escenas hasta que el animador finaliza la sesión. En este momento, el observador realiza una breve observación, señalamiento de la cadena asociativa o su forma de articularse.

La representación y la mirada, implicando ambas el cuerpo, son elementos diferenciales de los grupos psicodramáticos. El juego múltiple de la mirada está siempre presente. Al final de las sesiones, el observador ofrece una visión de lo que ha podido no verse. Siguiendo a P. y G. Lemoine, entre los objetivos del grupo está el hacer una ruptura con el discurso previo mantenido por los pacientes, para instaurar otro nuevo que tiene que ver con la escucha inconsciente y su relación con el deseo. Se abre un lugar donde, ante la mirada del otro, se facilita su propia expresión. Se opone la sorpresa, la pregunta o el enigma que surge de la dramatización, a la comprensión «intelectual». Los lapsus pueden suponer el desmoronamiento del discurso yoico y facilitar la emergencia de lo reprimido, negado, del deseo ignorado.

Se destaca que hay algunos rasgos terapéuticos fundamentales comunes a diversas técnicas psicodramáticas. Han sido descritas por J. M. Sacks (19):

- Temporalidad centrada en el presente.
- Desarrollo de la capacidad de simbolización.
- La escenificación como forma de privilegiar lo concreto frente a la defensa del salto a las generalidades.
- El role playing como mediación entre la realidad y la fantasía.

Por otra parte, cualquier práctica en grupo supone la escucha, la mirada que impone el cuerpo y las transferencias grupales que están siempre presentes, ya se trabaje con ella o no intencionalmente, según las modalidades de interacción, que podríamos agrupar, como hemos hecho en el Centro de Salud Mental de Parla en:

- Terapias grupales
- Grupos centrados en problemáticas, patologías o ámbitos concretos.
- Técnicas o tareas terapéuticas en grupo.

Hay que matizar que la mirada terapéutica es una mirada atenta que complementa y se relaciona con la escucha. Traigo a propósito la máxima de Baltasar Gracián en el siglo XVII en su «Oráculo manual y arte de la prudencia»: «Abrir los ojos a tiempo. No todos los que ven han abierto los ojos, ni ven todos los que miran... como son sordos para oír, no abren los ojos para ver».

INDICACIONES, EXPECTATIVAS Y LOGROS OBTENIDOS

Las indicaciones del empleo de la intervención grupal (dejando aparte las específicas de los psicóticos) se dirigirán a personas con una problemática neurótica en sentido amplio, trastornos de personalidad o psicósomáticos, crisis vitales o adaptativas desencadenantes de una quiebra en una estructura anteriormente compensadas. Y en general, a las personas con mecanismos repetitivos patológicos y susceptibles de beneficiarse de una terapia basada en la palabra que ayude a afrontar o replantearse situaciones biográficas.

Los pacientes se derivan tras entrevistas de evaluación o un tratamiento previo. Habitualmente, después de una estabilización de la sintomatología más aguda o perturbadora, si ésta existiese. En un elevado porcentaje hay un tratamiento psicofarmacológico. En un principio no se derivarían los casos más apropiados para abordajes psicoterapéuticos breves o

problemáticas muy focalizadas, ni aquellos otros en los que se estime una contraindicación (sin hablar en términos absolutos podríamos pensar en sujetos con mucha inestabilidad o frecuentes descompensaciones, gran tendencia a las actuaciones o manipulación, estructuras deficitarias...). La decisión de hacer un abordaje individual o grupal a veces es relativa, en otras está en relación con las características clínicas y situacionales con respecto a la demanda asistencial.

La derivación al grupo supone un ir más allá de la petición de ayuda por el sufrimiento centrado en un síntoma y la remisión de éste. Cuando se considera indicado continuar dando este paso, existe un corte o cambio de discurso, una consideración de la pregunta por el sufrimiento de cada sujeto dentro del marco del espacio grupal. En un estudio previo, en un 62% del total, se evidencian una clara mejoría tras la participación en un grupo (posterior, en la mayoría de los casos, a una mejoría sintomatológica previa) y hasta en un 40% del total se constataba la existencia de cambios positivos significativos en la vida personal. La experiencia del trabajo con grupos lleva a postular, por parte de los terapeutas, distintas expectativas que cabe esperar, como las siguientes:

- Capacidad para afrontar determinadas decisiones o cambios problemáticos.
- Replanteamiento o resituación en relación con la vida familiar o conyugal.
- Posibilidad de evolución en relación con los aspectos psíquicos problemáticos o psicopatología en el terreno laboral o estudiantil difícil de superar. A menudo, en estos campos hay dificultades reales que implican a grupos sociales de referencia; la terapia grupal puede permitir, sin negar las circunstancias adversas o el estrés externo, poner cierta distancia y recolocar al sujeto ante estos.
- Hablar sobre temas como la sexualidad, la identidad sexual, la dificultad de responder a los otros, aceptar los propios límites o errores, reconocer las necesidades de ayuda.
- Hacer frente a las rígidas exigencias parentales (o que se juzguen como tales) y las autoexigencias excesivas.
- Ayudar, a través de las identificaciones grupales, a la elaboración de duelos recientes, antiguos o el duelo anticipado.

PUNTUACIONES SOBRE LAS SESIONES

El material recogido alude repetidamente a los siguientes temas:

- Vínculo madre-padre e inclusión de los pacientes en dicha relación. Posibilidad o dificultad de cambio del propio lugar dentro

de la triangulación. Dificultades por desplazamiento o pérdida del lugar como hijos y la intrusión en la pareja parental.

- Necesidad de apoyo y dificultad para aceptar la ayuda, tanto en la vida como en la transferencia en el grupo.
- Aspectos tales como la exigencia, la responsabilidad, el temor a defraudar, ligados a la triangulación edípica.
- Mayor aceptación, transcurridas algunas sesiones, de la realidad psíquica interna: el estar solos, dependencia, depresión, atreverse a decir «no».
- El miedo a decepcionar a los padres se relaciona con la propia decepción que los sujetos han sufrido de éstos y sus carencias. Aparece la identificación con el deseo de los progenitores y con el padre castrado.
- Confusión de sentimientos amor-odio. Sentimientos de culpa. Angustia por la incapacidad de responder, en relación con los padres, figuras de autoridad o propia pareja.
- Indiferencia y aburrimiento. Dificultad o imposibilidad de aceptar los errores o limitaciones.
- Qué significa ser hombre o mujer. La sexualidad, las fantasías o recuerdos de abusos sexuales. El inicio de la menstruación. La homosexualidad. El reconocimiento como sujeto sexuado en la adolescencia.
- La muerte. La enfermedad, las fantasías suicidas.
- La emergencia del propio deseo.

Con respecto a las escenas podemos observar repetidamente entre otros mecanismos terapéuticos:

- Escenas aparentemente banales que despiertan escenas latentes, o cadenas asociativas.
- La sorpresa o discordancia tras, por ejemplo, la inversión de rol.
- La repetición de series de escenas homólogas.
- Caídas de autoengaños que la escena y los otros evidencian.
- Cambios o giros en el modo de actuar tras una escena o sesión.

OBSERVACIONES GENERALES

En la evolución de las terapias grupales de orientación analítica, esquemáticamente, podríamos decir que se inician como un análisis individual en grupo, siguen como una terapia de grupo como totalidad, o terapia de grupo como todo de forma más limitada. La orientación que hemos seguido podría caracterizarse como una terapia por el grupo (teniendo las sesiones subgrupos como los implicados en las escenas). Se evitaría la

dicotomía individuo grupo. Dramaturgos como Claudio Tolcachir (entrevista del *El País Semanal*, 2017) comentan la importancia de ponerse en el lugar del otro, como sentido del teatro actual. Esta idea es importante referida al ámbito terapéutico colectivo. Desde nuestra praxis terapéutica se puede afirmar que el grupo permite realizar una contención, una disminución de la angustia, basadas en la pertenencia grupal, en la identificación con otros miembros y en el apoyo inespecífico. Pero no se insiste en el apoyo yoico, sino más bien en evitar la rigidez del super-yo, el desinflamiento del yo ideal y la aceptación de la falta.

- Una observación que surge a través de la continuidad de las sesiones es que lo que se podría llamar cura, es realmente un proceso de interacción con los terapeutas y con los otros del grupo, semejante a un viaje con diversas etapas; en el que cada etapa descubre un aspecto ignorado que ayuda al propio encuentro y a descubrir que significan los objetivos que se buscan.
- Actualmente se insiste en *el papel de la investigación* y de la medición de la eficacia; sin detenerme sobre este terreno tan amplio es preciso señalar que la experiencia terapéutica permite al tiempo una investigación sobre la propia actividad. La actitud caracterizada por Bion «sin memoria ni deseo» facilita el encuentro con lo nuevo que surge; partiendo de principios, formulaciones teóricas y técnicas definidas, inventar cada vez la terapia.
- Con respecto a *la medición y comparación de la eficacia terapéutica* hay que considerar que cada procedimiento empleado, tanto sea biológico, como de los diversos tipos de abordaje psicológico, cabe esperar unos objetivos o resultados que no son superponibles; a menudo, complementarios pero diferentes.
- *El papel de la formación para los grupos y psicodrama de orientación analítica.* Es importante para los terapeutas realizar un grupo didáctico básico y un grupo de segundo grado posterior; en el que los participantes desarrollan rotativamente el papel del coordinador y el observador; con una observación final de él o los terapeutas principales, que hacen señalamientos, sobre todo, de los puntos ciegos observados. Esta modalidad de grupo es muy importante para la supervisión de casos realizada por los propios especialistas o especialistas en formación, como los Residentes, participando en un grupo de supervisión con técnicas psicodramáticas. Esto permite más dinámicamente descubrir los aspectos contratransferenciales. A la vez dicha participación en un grupo puede suponer un inicio de la propia formación como terapeutas grupales. Esta experiencia enriquecedora la hemos realizado con Residentes de la zona sur de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. «La psicología de las masas y análisis del Yo» (1921). En Obras Completas III. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p 2563-2610.
2. Freud S. «Los caminos de la Terapia Analítica» (1918). En obras completas III. Madrid: Biblioteca Nueva.; 1973. p 2457-2462.
3. Lagache D. La psychanalyse. París: PUF; 1955. p 103-110.
4. Freud S. «El porvenir de la terapia psicoanalítica (1910)». En Obras Completas II. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p 1568-1569.
5. Moreno JL. Psychothérapie de groupe et psychodrame. París: PUF; 1965.
6. Lewin K. Field Theory in Social Sciences (Ed. D. Cartwright). Nueva York: Harpar Bros; 1951.
7. Grinberg L, Langer M, Rodrigué E. Psicoterapia de grupo. Buenos Aires: Paidós; 1974.
8. Foulkes S, Anthony EJ. Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Buenos Aires: Paidós; 1984.
9. Bion WR. Experiencias en grupos. Barcelona: Paidós; 1980.
10. Pichon Rivière E. El proceso grupal. Buenos Aires Nueva Visión; 1974.
11. O'Donnell P. La teoría de la transferencia en la psicoterapia grupal. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
12. Winnicott DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa; 1978, p 61.
13. Lemoine G, Lemoine P. Teoría del Psicodrama. Barcelona: Gedisa; 1972.
14. Lemoine G, Lemoine P. Jugar gozar. Por una teoría psicoanalítica del psicodrama. Barcelona: Gedisa; 1980.
15. Levy R. ¿Existe la pareja terapéutica? En Grupos terapéuticos y Asistencia Pública. Madrid: AEN; 1997.
16. Gamo E, Álvarez-Estrada E, Torres E, Pascual P. Grupo y Psicodrama de orientación analítica, puntualizaciones teóricas e indicación en los Servicios de Salud Mental. En: Gamo E, Gómez Esteban R. Grupos terapéuticos y Asistencia Pública. Madrid: AEN; 1997.
17. Gamo E. Ante la mirada de los otros. Madrid: Ed. Libertarias; 2007.
18. Gamo E, Pazos P. Qué cabe esperar del grupo y psicodrama analítico. En Psicodrama y salud (Herranz Castillo coord.). Madrid: U.P. Comillas; 2001.
19. Sacks JM. «Psicodrama en Kaplan». En Kaplan H, Sadock B. Terapia de grupo. Madrid: Médica Panamericana; 1996.

III

**GRUPOS TERAPÉUTICOS
EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

NIÑOS CON TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO. PROCESOS DE MENTALIZACIÓN ENTRE IGUALES

Ángela de la Hoz Martínez

INTRODUCCIÓN

La Psicoterapia de Grupo es un tratamiento eficaz en distintas patologías, adecuado para la mayor parte de niños con problemas y distintas alteraciones psicopatológicas. Aporta un beneficio terapéutico no sólo adicional a las intervenciones individuales, sino con entidad específica, además de optimizar tiempo y recursos. Aunque no existe una técnica de psicoterapia de grupos específica para los Trastornos Psicosomáticos o Somáticos (1), expondremos como *en los grupos de psicoterapia con niños, entre iguales, se despliega un factor terapéutico muy importante como soporte y proveedor de mentalización*. Se evidencia su eficacia en intervenciones con distintos grupos de edad respecto a cuatro índices de cambio: la disminución de la frecuencia e intensidad de la sintomatología; una mejor elaboración psíquica y nivel de organización mental y entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración; así como en la capacidad relacional: en la relación intrasujeto y en las relaciones interpersonales, y en la reducción del impacto psicológico de la enfermedad y la ansiedad asociada.

La psicoterapia de grupo ha sido una elección de intervención clínica preferente, en mi actividad laboral, como psicóloga clínica en un servicio de Salud Público de la Comunidad de Madrid desde hace más de 25 años. Este bagaje grupal ha sido el aliciente para desarrollar desde hace más de cinco años, intervenciones terapéuticas grupales específicas con niños y adolescentes, con distintos trastornos psicosomáticos, en un contexto hospitalario.

METODOLOGÍA

La complejidad y diversidad de la clínica psicosomática con niños nos plantea la necesaria especificidad del abordaje psicoterapéutico. Ya que identificamos múltiples variaciones en el funcionamiento psíquico, me refiero en concreto a una «insuficiencia en la calidad en la mentalización» que, en términos generales, impide la expresión psíquica de los conflictos. En el análisis individual de los niños tratados, hallamos que más que la

noción de conflicto, útil en la comprensión de las neurosis, existen dificultades particulares para elaborar conflictos, una carencia en la forma de procesar las experiencias y/o en la capacidad de simbolización y déficits de recursos yoicos, también esperables, si tenemos en cuenta que los niños están en proceso de desarrollo. Esto nos lleva a valorar las deficiencias de elaboración y los sistemas de defensa y a pensar, inevitablemente, en el concepto de trauma. Los niños pueden vivir situaciones traumáticas con gran poder patógeno, por indefensión o bien por vulnerabilidad previa. Situaciones traumáticas que lo son por desbordar la capacidad de elaboración durante la niñez y adolescencia.

Presento un abordaje psicoterapéutico realizado desde el modelo de la Escuela de París IPSO que entiende básicamente que somos seres esencialmente psicossomáticos que expresamos conflictos simultáneamente en lo psíquico y en lo somático. Desde este planteamiento podríamos, no hablar tanto de enfermedades psicossomáticas, porque desde esta perspectiva todas lo son, sino de enfoque psicossomático (2). Además en los niños, el paso de lo psíquico a lo somático es mucho más rápido y fácil que en el adulto, sus mecanismos de defensa están menos elaborados y sus capacidades de mentalización menos desarrolladas. Sufren en su cuerpo por algo que no pueden decir ni expresar (3).

La experiencia adquirida en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes somáticos en el Hospital de Psicossomática de París en niños y adultos, ha permitido avances teóricos sobre los procesos de desorganizaciones somáticas, a partir de las variaciones identificadas respecto al funcionamiento psíquico: la calidad de la «mentalización» (4), con el método específico de la investigación psicossomática (5).

ENCUADRE

En algunos casos la Psicoterapia de grupo podría ser una indicación de primera elección, pero previamente a la indicación de grupo, decido tener el número de sesiones, individuales y familiares, necesario como para establecer una adecuada alianza terapéutica con el niño y los padres. Doy mucha importancia a este factor, antes de iniciar la intervención grupal. Por ello, atiendo aspectos específicos del síntoma que presenta el niño y sus efectos en la familia e informo a los padres de cómo entendemos lo que le ocurre al niño y del trabajo que vamos a ir haciendo. Mientras damos esta información, prestamos atención a la capacidad mentalizadora de cada miembro de la familia en su relación con los otros, y lo exploramos. Intentamos transmitir una actitud mentalizante, mostrando interés por los estados mentales. Y, en general, estimulando la mentalización en los pacientes y sus familias en los distintos procesos de intervención de psicoterapia individual, familiar y de grupo.

Consideramos modalidades relacionales y vinculares del grupo familiar, valorando la historia de sus relaciones, sus modos de relación y de vinculación y la «calidad» de la relación que establece el niño con nosotros y respecto a lo que nos cuenta.

Durante los 5 últimos años he conducido más de 20 grupos de estas edades:

- Grupos de niños: de 4 a 6 años.
- Grupos de latentes menores: de 6 a 8 años.
- Grupos de latentes mayores: de 8 a 10 años.
- Grupos de púberes: de 11 a 13 años.
- Grupos de adolescentes: de 14 a 16 años y de 16 a 18 años.

Son grupos cerrados, entre 5 y 8 miembros, de ambos sexos, con una duración de un año, no cerrada desde el principio. Las sesiones tienen una duración de 45 minutos, ampliable a 90 minutos para los más mayores.

Selecciono a los miembros de cada grupo de manera que pueda pensar al grupo como «conducible». Equilibrado entre la homogeneidad de trastornos y la excesiva disparidad. Con el fin de que haya una posibilidad de identificación y de diferenciación. Deben tener contacto con la realidad, cierta capacidad para reaccionar emocionalmente a lo que dicen los demás, y cierta flexibilidad para tolerar y modular las experiencias emocionales o las tensiones, motivación y conciencia de enfermedad.

La consigna es sencilla, adaptada al grupo de edad. Les digo que: «podemos hablar de lo que se les ocurra, les interese, o les preocupe..., de lo que sucede fuera del grupo, incluso de las cosas que nunca debieron pasar, pensar o sentir y también de lo que pase aquí, dentro del grupo, ya que trataremos de escuchar, comprender, lo que pase entre nosotros». Las normas de asistencia, puntualidad y confidencialidad son protectoras y reguladoras, con el fin de crear un clima de confianza.

Estas intervenciones grupales forman parte de las actividades asistenciales del Programa de Interconsulta y Enlace con el Servicio de Pediatría y de Dermatología, para la Atención a niños y adolescentes, que realizo en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

El PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA que desarrollamos es el siguiente:

<i>Proceso de evaluación</i>	<i>Proceso psicoterapéutico</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Alta</i>
Historia Clínica Psicósomática	Intervención Individual		
Investigación Psicósomática	Intervención Familiar		
	Intervención Grupal con técnicas de juego y técnicas psicodramáticas		

En este proceso privilegio la Psicoterapia de Grupo porque les proporciona un marco de contención, de soporte emocional y de aceptación de su problemática, y un sentimiento de pertenencia, en momentos especialmente vulnerables, en que prevalece la adaptación y las ansiedades asociadas a la enfermedad. Y fundamentalmente, por sus efectos psicoterapéuticos en la salud.

Presentamos a continuación una relación de trastornos que padecen los niños tratados:

- *Digestivos*: Cólicos. Vómitos. Dolores abdominales.
- *Respiratorios*: Asma.
- *Neurológicos*: Dolores. Migrañas. Cefaleas. Insomnio. Mareos. Síncopes.
- *Endocrinológicos*: Diabetes.
- *Cutáneos*: Eczema. Dermatitis. Alopecia. Vitíligo. Tricotilomanía. Excoriaciones.
- *De expresión nerviosa*: Tics. Tricofagia. Disfagia. Pagofagia. Coprofagia.
- *Eliminatorios*: Enuresis. Encopresis. Estreñimiento. Diarrea.

Consideramos además, que estas afecciones, habituales en niños emotivos y ansiosos, se asocian frecuentemente a trastornos de ansiedad y depresión comórbidos. Además se valoran otros signos, como: manifestaciones de ansiedad, miedos, obsesiones, características histeriformes, entrelazados e interdependientes con quejas de dolor.

Si pensamos que la desorganización somática se produce cuando la vía mental está bloqueada, porque la capacidad elaborativa del niño esta sobrepasada en el momento evolutivo en el que se encuentra, ante estimulaciones conflictivas que no puede manejar; se trataría entonces de desarrollar un proceso de tratamiento en el que se mejore el funcionamiento mental, el soporte para la mentalización: potenciando la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos y desarrollando cualidades que enriquezcan su mundo representacional. Se plantea así que la patología psicósomática está en relación con «la representación de cosa» (Freud), y su vinculación con «la representación de palabra» y los

estados afectivos; de ahí la importancia que los psicopsicólogos de la Escuela de París han dado a los déficits del funcionamiento preconsciente, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos.

Consecuentemente, el trabajo terapéutico requerirá aportes imprescindibles para el desarrollo de la capacidad de simbolización y de mentalización. Además, a lo largo de estos procesos terapéuticos, hemos identificado, gracias al abordaje grupal, la posibilidad y la relevancia de un trabajo fundamental con las identificaciones, decisivas en el proceso de construcción de la identidad que se revelan como patológicas, manteniendo vínculos de interdependencia patógenos e impidiendo el desarrollo de recursos y funciones yoicas para construcción del proceso identitario sano. Siendo, por tanto, necesario un trabajo con el grupo familiar que desarrollemos en paralelo o posteriormente a la psicoterapia de grupo con iguales, con flexibilidad en los encuadres.

Para todo ello, además de estos *Objetivos Terapéuticos* generales:

- Aprender a identificar y reconocer sus dificultades y problemas.
- Identificar y expresar emociones de forma apropiada.
- Expresar conflictos y buscar cómo afrontarlos.
- Participar en el análisis de situaciones comunes al grupo y personales.
- Desarrollar iniciativa y creatividad.
- Desarrollar cualidades y habilidades para observar, esperar, escuchar, prestar atención.
- Desarrollar procesos cognitivos.
- Ensayar y aprender nuevos comportamientos.
- Mejorar su socialización.
- Mejorar el autocontrol, la tolerancia a la frustración y la autoestima.
- Mejorar la motivación por el aprendizaje y la adquisición de hábitos.
- Superar manejos familiares inadecuados.

Nos proponemos mejorar:

- El funcionamiento mental.
- El soporte para la mentalización.
- La elaboración psíquica y nivel de organización mental.
- La autonomía personal, la capacidad y calidad relacional y el desarrollo psíquico.

¿Cómo podemos promover estas capacidades en la psicoterapia de grupo?

En el niño, su tiempo vital es un tiempo de desarrollo, organización y estructuración psíquica, de configuración de su subjetivación. Sabemos que en este tiempo, por su vulnerabilidad somatopsíquica, las carencias y traumas producen efectos desestructurantes en su psiquismo que afectarán a toda su vida. *Con Wilfred Bion, Pierre Marty, André Green, Thomas Ogden, Peter Fonagy entre otros autores, hemos aprendido que existe una gran diversidad de fallas en la mentalización de nuestros pacientes, que son elementos clave, para la comprensión de sus perturbaciones y su abordaje clínico.*

Tratamos de articular estos procesos tan complejos y valorar la utilidad clínica del trabajo con niños en psicoterapia de grupo, en que «entre» iguales, en el grupo, con el grupo, se potencian factores terapéuticos específicos cuando, con una actitud mentalizadora, nos focalizamos en favorecer procesos sostenidos por la actividad del preconscious: organización, estructuración y elaboración psíquica, de simbolización y representación.

El grupo se propone como un espacio de base segura y continente, desde el que explorar las emociones y pensar sobre ellas, y facilitador de un trabajo de mentalización, inscrito en la intersubjetividad, en el que se despliegan procesos de simbolización y de elaboración. La formación y la actividad del preconscious tienen como condición estar inscritas en la intersubjetividad. Se mentaliza «en» y «para» la relación. El trabajo en grupo tendría por objeto, abrir el acceso a las representaciones, desarrollándose *un factor terapéutico nuclear del grupo muy importante, como proveedor de mentalización.* En el grupo, con el grupo, a través del grupo se promueven cambios en la esfera psíquica y relacional de sus miembros, de ahí su validez no sólo como técnica psicoterapéutica, sino como proceso, en el que se puede analizar lo que se crea, lo que se habla, lo que se juega, lo que se elabora y los resultados en la dinámica grupal y en los individuos. Cada niño hace su propio proceso y el grupo hace su proceso.

Subrayamos la utilidad de promover mentalización en el proceso de la psicoterapia de grupo; potenciando la actividad relacional de los miembros entre sí y las funciones y cualidades del terapeuta, que se revelan como factores terapéuticos fundamentales para potenciar y generar mentalización en el grupo.

INTERACCIONES MENTALIZADORAS ENTRE IGUALES

El grupo representa la posibilidad de compartir experiencias afectivas y comportamentales y socializadoras con iguales que reflejan sus organizaciones intrapsíquicas individuales y desde ahí podemos tener vías de

acceso a ello y desarrollar un trabajo mentalizador, promoviendo *experiencias mentalizadoras* entre ellos.

Los niños, cuanto más seguros y contenidos se sientan en el contexto grupal, experimentarán mayor libertad e intimidad y tomarán riesgos emocionales que de otra manera no tendrían lugar. El valor y la voluntad para exponerse y explorar, se fortalecen y se facilita movilizar formaciones del preconscious y la emergencia de respuestas preconscious. Es así, como la experiencia preconscious forma un puente tanto entre fenómenos conscientes e inconscientes como entre intrapsíquicos e intersubjetivos. Entonces se hace posible la integración y la elaboración.

Pero revisemos brevemente, primero el concepto de mentalización y las hipótesis aportadas por los psicopatólogos de la Escuela de París, para después abordar estas cuestiones: ¿cómo plantear un enfoque de trabajo psicoterapéutico en grupo basado en la mentalización con niños con trastornos psicopatológicos? *¿Qué factores terapéuticos aportaría la psicoterapia de grupo en la mentalización de los niños con trastornos psicopatológicos?*

CONCEPTO DE MENTALIZACIÓN

El concepto de Mentalización ha tenido un desarrollo considerable, en los últimos 25 años, tanto en el conjunto de conocimientos, como en el ámbito de aplicaciones. Surgió en la literatura psicoanalítica a finales de 1960. Fue creado por Pierre Marty (6) y desarrollado por los psicopatólogos de la «Escuela de París». Hace referencia a una actividad fundamental y permanente de nuestro psiquismo, predominantemente preconscious, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. Consiste en elaborar y transformar las excitaciones pulsionales y los movimientos afectivos, en representaciones psíquicas. Esta elaboración es una actividad mental, protectora de excitaciones y estímulos provenientes tanto del sujeto como del exterior, y puede ser evaluada en dos dimensiones: cualitativa y cuantitativa (7).

Este proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas, que tienen una calidad sensorio-perceptiva, se organizan progresivamente en representación de palabras, ligadas con valores afectivos a través del proceso simbólico. Pero es necesario que las pulsiones y los afectos sean representados, procesados y descargados de alguna forma, para que no se acumulen en el aparato psíquico de un modo perjudicial, o se descarguen por vías corporales, como en el caso de las somatizaciones. Cuando se dan fallas o insuficiencias en este proceso de mentalización más probabilidades tendrá la patología de situarse en un plano somático.

Si consideramos que la formación y la actividad del preconscious están inscritas en la intersubjetividad podemos pensar que la actividad del preconscious del «otro», de los «otros», es particularmente necesaria, para proveer un apoyo sostenedor de formación y de actividad psíquica. Y creemos que esta función mentalizadora del «otro» y de los «otros» puede ser desarrollada en el contexto del trabajo grupal y constituir un factor terapéutico muy potente.

Realizo unos breves comentarios para seguir conceptualizando cómo la actividad preconscious está siempre implicada por defecto o por insuficiencia. P. Marty describe insuficiencias del preconscious en los sujetos vulnerables a las enfermedades somáticas, considerándolas consecutivas a una indisponibilidad afectiva de la madre, al comienzo de la existencia, lo que obstaculizaría la constitución del sistema de representaciones. La función materna, en este sentido, juega un papel importante en la génesis de las funciones somáticas de un individuo (7); trata de evitar que el bebé permanezca sometido a excitaciones externas o internas demasiado fuertes o muy duraderas. De manera que el sistema para-excitación, no sea ni excesivo ni insuficientemente utilizado por la madre. No es cuestión de la imago materno, ni de la mala o buena madre, sino de la madre externa y particular de cada niño y de cada niño con su inconsciente, sus conflictos y el conjunto de sus características propias que influyen en el maternaje y el futuro del niño (2). Sabemos que las interacciones traumatógenas o traumas ocurridos en el seno de esta relación, así como diversos déficits y perturbaciones en las funciones parentales, suelen encontrarse en la base de muchas de las fallas en la capacidad de mentalizar de pacientes adultos, con distintos grados de severidad psicopatológica.

La capacidad para mentalizar es por tanto un logro del desarrollo, se desarrolla en los primeros años de la vida, y su cualidad está influida por las relaciones tempranas con las figuras de apego. Si los cuidadores son sensibles a sus necesidades, tiene una actitud amorosa y le consideran como alguien con estados mentales propios (deseos, afectos, creencias, fantasías, etc.) el niño ira construyendo modos prementalizados de experimentar el mundo interno. Piera Aulagnier (1975), Wilfred Bion (1962), Francois Duparc (1981), André Green (1994), Serge Lecours (2007), Dominique Scarfone (2013) y muchos otros autores, desde distintos marcos teóricos, se refieren a la mentalización en un sentido análogo al de Pierre Marty.

P. Fonagy y sus colegas desarrollaron un modelo diferente, aplicado a la psicopatología del desarrollo en el contexto de las relaciones de apego perturbadas. Diseñaron la *Terapia basada en la Mentalización* (8) para psicopatologías severas, y progresivamente han ido ampliando su ámbito de aplicación en múltiples abordajes (9). Las diferencias entre ambos enfoques son muchas, pero se dan puntos en común, y es posible buscar articulaciones tanto en lo teórico como en lo clínico y complementarse de

un modo productivo. Un desarrollo pormenorizado de estos temas excede a esta exposición, pero sólo mencionar un aspecto que, al ser difícil de describir, raramente se tiene en cuenta, ilustrar la función del preconsciente en el desarrollo del proceso grupal. En el dominio de la comunicación preconsciente es donde se evidencia el entrelazamiento de los fenómenos intrapsíquicos e interpersonales.

¿Cómo plantear un enfoque de trabajo psicoterapéutico en grupo, basado en la mentalización con niños con trastornos psicósomáticos?

El uso creativo de los procesos preconscientes en la dinámica grupal requiere del terapeuta una integración natural de conocimientos sobre el desarrollo cognoscitivo, psicomotor, emocional y social del niño, así como de capacidades técnicas sobre el significado y el desarrollo del juego, y las Terapias de Juego; además de experiencia en el desarrollo de sus funciones para preservar su rol y un encuadre de seguridad para los participantes y para entrar en una relación significativa con un niño. El referente de espacio transicional y el juego son medio privilegiados para ello (11). Somos testigo de los movimientos psíquicos, emociones y entramado de las relaciones que el grupo escenifica con su juego. «Lo natural es el juego y es por sí mismo, también una terapia» escribía D. W. Winnicott.

El juego, en su función desarrolladora normal, promueve el crecimiento y el desarrollo integral del niño, brinda la oportunidad de experimentar nuevas conductas, facilita la expresión de sus vivencias, emociones, pensamientos e intereses y opciones para resolver sus necesidades, preocupaciones y conflictos internos. Es obvio que las experiencias de juego son divertidas, renovadoras, saludables y constructivas y posibilitan establecer interacciones con sus semejantes. Pero, específicamente, el escenario del juego terapéutico entre iguales facilita la expresión de aspectos conscientes e inconscientes. El «como si» del juego permite explorar de forma simbólica y se potencian los factores terapéuticos. El juego terapéutico provee de un soporte desde el que abordar trastornos emocionales, conflictos o traumas; provee de estructuras de representaciones sobre las que apoyar la representación de sus propios conflictos inconscientes, desarrolla la capacidad de simbolizar y optimiza las capacidades mentalizadoras. Es evidente que jugar ha de formar parte del tratamiento si tenemos en cuenta los siguientes OBJETIVOS TERAPÉUTICOS a través del JUEGO en el grupo de terapia:

- Verbalizar material consciente y sus sentimientos.
- A actuar el material inconsciente y liberar la tensión que lo acompaña.
- Desarrollar iniciativa, creatividad, cualidades y habilidades.
- Mejorar su socialización.

- Expresar conflictos y buscar soluciones.
- Abordar conflictos del ambiente escolar y familiar.

Los grupos terapéuticos de niños que juegan, hablan, piensan y elaboran, ayudan al niño en su desarrollo, maduración y adaptación.

El grupo como soporte y proveedor de mentalización

En la dinámica grupal se despliega un factor terapéutico muy importante como soporte y proveedor de mentalización. El terapeuta decide el nivel de intervención terapéutica en el que trabajar adecuándose a los tiempos del proceso grupal de:

- Creación de un espacio de seguridad y confianza, facilitador de un ambiente de reflexividad.
- Desarrollo de una relación terapéutica.
- Provisión de técnicas concretas que se utilizan para lograr optimizar la mentalización de los niños.
- Desarrollo de la capacidad de reconocer y tolerar estados mentales.
- Acceso a la mentalización.

Todo comienza con la creación de un espacio de seguridad y confianza, facilitador de un ambiente de reflexividad. El trabajo sobre la constitución del grupo como un espacio transicional, con un «adentro» y un «afuera», activa el proceso de crear un envoltorio limitador. Cuando el terapeuta observa, escucha, trata de comprender lo que ocurre y pone palabras esta creando un espacio interno, condición fundamental para desarrollar procesos de mentalización. Para que entre ellos, en el grupo y con el grupo sean capaces de imaginar, crear, pensar y «jugar» con los estados mentales.

Es preferible dejar que el niño desarrolle la experiencia de expresar libremente la relación que descubre con otro, con otros, en el grupo, con el grupo, al mismo tiempo que consigo mismo; esto se ve favorecido por el juego. Cada niño posee sentimientos, expectativas, necesidades y deseos que pueden ser detectados y entendidos, si estamos atentos y receptivos para ayudar al niño a tomar conciencia de sus estados y procesos mentales; y a que se relacionen entre ellos en base a *sus propias representaciones de sí mismos y de los demás*. Es un proceso en el que se desarrollan representaciones preconscientes, la posibilidad de desarrollar transformaciones y una estructuración psíquica en el niño, por la organización y reorganización armoniosa de las relaciones entre sus objetos internos. Estos movimientos conducen progresivamente a que se desarrolle un proceso de pensamiento y de equilibrio interno del niño que se muestra en juegos más constructivos y simbolizadores, que evolucionan hacia el dibujo y hacia el uso de la palabra.

De manera que el grupo va siendo capaz de verbalizar los procesos que se dan en el grupo, el discurso grupal otorga existencia e historia (12).

El grupo abre la puerta a la simbolización en un tiempo y un lugar para jugar y pensar, y en el que el lenguaje toma cada vez más importancia, de tal modo que nacen los pensamientos. A medida que el niño adquiere un manejo del lenguaje más preciso, en el seno de estas interacciones, tendrá mayores oportunidades de integrar la información subjetiva sobre sus estados mentales, con signos lingüísticos provistos por el terapeuta, cuando es preciso. El terapeuta con un lenguaje claro, accesible y cercano puede presentar a los niños la nominación de sus objetos, de sus relaciones y sus afectos, dándoles sentido y ocasionalmente realizar interpretaciones; promueve con y entre ellos *interacciones mentalizadoras* para generar mentalización en el grupo.

Un aspecto nuclear es el modo en que el terapeuta despliega sus funciones de estimulación, contención y moderación, entre otras; que en lo esencial se corresponde con disponibilidad, confiabilidad, compromiso, aceptación, contención, cuidado y ausencia de crítica; y especialmente, con una percepción intuitiva, empatía, espontaneidad, imaginación y actividad creativa, así como una actitud interrogativa y respetuosa hacia los estados mentales ajenos, consciente de los límites del propio conocimiento de los niños. Estas cualidades del terapeuta constituyen fundamento básico de la «atención», «escucha» y alianza terapéutica.

Para desarrollar la capacidad para mentalizar específicamente, trabajamos procesos emocionales y relacionales con el fin de ampliar el mundo de sus representaciones mentales centrándonos en:

1. Identificar y reconocer su propio estado interior, sus sensaciones corporales, emociones y sentimientos y los de los demás.
2. Comprender el desarrollo natural de las emociones.
3. Razonar sobre las propias emociones y las de los demás.
4. Regular las propias emociones y las de los demás.
5. Apreciar la significación de las acciones de los otros mediante la atribución de sentimientos y pensamientos.
6. Aumentar la capacidad y calidad de la comunicación con el otro.

El terapeuta se focaliza en la sensación subjetiva de cada niño, con respecto a sí mismo y a sus relaciones inicialmente, en su «aquí y ahora» mental (pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades); el terapeuta ha de representar el estado afectivo del niño y para ello ha de sintonizar con él, desde su propio estado emocional, todo ello con el propósito de estimular la construcción conjunta de representaciones; en la capacidad de mentalizar la experiencia de sí mismo y de otros, y en las situaciones particulares en que esta capacidad falla. Promueve la curiosidad sobre los estados mentales, para que el niño pueda asociarlos a su realidad subjetiva

sentida (es decir, a su experiencia consciente y preconscious) y a cómo tales estados mentales motivan y explican el comportamiento de uno mismo y de los demás, mejoran la calidad de las relaciones y los afectos se convierten en algo más entendible y manejable.

Asimismo trata de estimular la creación de un área transicional de relaciones en la cual pensamientos y emociones puedan desplegarse e integrarse. Este espacio permite establecer la adquisición de experiencias en el plano social, que introducen al niño en la esfera de valores como la ayuda mutua, la solidaridad, el respeto y el reconocimiento. En este devenir se constituye la base del conocimiento de sí mismo, de la empatía, la compasión, la cooperación y la capacidad de resolución de conflictos.

El trabajo que se despliega en el grupo promueve el proceso complejo de constitución de su identidad, de construcción de sí mismo, de una identidad que podrá pensarse a sí misma y de las capacidades de relación. El trabajo grupal facilita un contexto de socialización entre iguales en el que es posible, a través del juego, la expresión de conflictos cotidianos, en un ambiente de seguridad, en el que el niño puede entender sus sentimientos, el por qué de sus conductas, ensayar alternativas de interacción y tener experiencias más íntimas y significativas con los otros. Permite lograr un nivel más profundo de intersubjetividad.

En el grupo aprenden a observar, actuar y reflexionar, a conocerse y ponerse en el lugar del otro, ampliando de ese modo su repertorio de conductas desde el autoconocimiento y el respeto; también logran una mejor habilidad para comprenderse entre sí, comunicarse y colaborar más efectivamente. Entre ellos superan sus inhibiciones y adquieren la posibilidad de individualizarse, estando juntos y experimentando la capacidad para encontrarse solos; y ello gracias al trabajo de pensamiento, simbolización y mentalización. Observamos una relación recíproca entre el clima y la dinámica grupal que estimula y favorece las interacciones mentalizadoras y la regulación emocional del niño que va consolidando vínculos emocionalmente seguros. Vínculos e interacciones, a su vez, favorecen el desarrollo de la capacidad mentalizadora.

RESULTADOS

Valoramos la eficacia del proceso psicoterapéutico con un análisis cualitativo de los objetivos propuestos y los cuatro índices de cambio propuestos:

- Disminución de la frecuencia y la intensidad de la sintomatología neurológica, dermatológica, respiratoria, digestiva; hasta su remisión, (disminución significativa a los 3 y 6 meses y finalizado el tratamiento (1 año) y durante el seguimiento posterior a los 18 y 24 meses.

- Mejor elaboración psíquica y nivel de organización mental.
- Mejoría clínicamente significativa:
 - en el desarrollo psíquico en general y entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración
 - en la capacidad relacional: en la relación intrasujeto y en las relaciones interpersonales.
- Reducción del impacto psicológico de la enfermedad y la ansiedad asociada. Además del beneficio para los pacientes y sus familias, se disminuyen los costes y el número de consultas médicas.

Se observa la disminución y remisión de la sintomatología y que el proceso terapéutico grupal logra efectos que estimulan y activan la evolución y el desarrollo psíquico en su capacidad de mentalización y relacional de cada uno de sus miembros. Se evidencia eficacia terapéutica cuando las intervenciones del psicoterapeuta favorecen procesos de simbolización y mentalización. Y el grupo se muestra como soporte y proveedor de mentalización eficaz. Las cualidades de estas interacciones son el principal factor terapéutico de la psicoterapia de grupo que proponemos para generar mentalización en los niños con alteraciones psicodinámicas.

Además valoramos efectos terapéuticos respecto a:

- Mantener los síntomas somáticos bajo control.
- Minimizar la interferencia de la enfermedad con sus actividades cotidianas.
- Reducir el impacto adverso de la enfermedad en la vida del paciente y su familia.
- Mitigar el estrés asociado con la enfermedad.
- Fomentar la autonomía del paciente reduciendo su dependencia del personal sanitario y de la totalidad del sistema para el cuidado de su salud, en la medida de lo posible.

CONCLUSIONES

Abordamos el tema de la mentalización desde la especificidad de un modelo de intervención en Psicoterapia de grupo de orientación analítica, que tiene como foco central la mentalización, tanto como eje fundamental de las técnicas psicoterapéuticas desarrolladas por el terapeuta, como en los objetivos del tratamiento de los pacientes con trastornos psicodinámicos con déficits de esta capacidad.

La psicoterapia de grupo tiene el potencial de crear una matriz interaccional generadora y sostenedora, en cual la mentalización puede desarrollarse, mediante experiencias e interacciones con cualidades mentalizadoras, representando un factor psicoterapéutico nuclear en psicoterapia de grupo con niños con trastornos psicodinámicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón FJ. Psicósomática y psicoterapia de grupos. En: Ceverino A. (coord.). Salud Mental y Terapia Grupal. Intersecciones y fronteras de la salud mental, 4. Madrid: Editorial Grupo 5; 2014.
2. Smadja C. Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009.
3. Kreisler L, Fain M, Soulé M. El niño y su cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1999.
4. Marty P. Mentalisation et Psychosomatique. Collection Les Empêcheurs de Penser en Rond. París: Les Laboratoires Delagrande; 1991.
5. Marty P, M'Uzan, M, David C. La investigación Psicósomática. Madrid: APM Biblioteca Nueva; 2013.
6. Marty P. La psicósomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu; 1992.
7. Marty P. El orden psicósomático. Valencia: Editorial Promolibro; 1995.
8. Fonagy P, Bateman AW. *Mentalization-Based Therapy* MBT. Oxford: Oxford University Press; 2004.
9. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
10. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002.
11. Winnicott DW. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa; 1971.
12. Gómez Esteban R. «Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo». En: Ceverino A (coord.). Salud Mental y Terapia Grupal. Intersecciones y fronteras de la salud mental, 4. Madrid: Ed. Grupo 5; 2014.

ALGUNAS DIFICULTADES EN PSICOTERAPIA DE GRUPO: LA SUPLEMENTARIEDAD DE LOS ROLES

Violeta Suárez Blázquez

«Todo grupo se plantea explícita o implícitamente una tarea, la que constituye su objetivo o finalidad. La tarea, la estructura grupal, y el contexto en el que se relacionan tarea y grupo constituye una ecuación de la que surgen fantasías inconscientes, que siguen el modelo primario del acontecer del grupo interno. Entre estas fantasías algunas pueden funcionar como un obstáculo en el abordaje del objeto de conocimiento y distorsionantes en la lectura de la realidad, mientras que otras actúan como incentivo del trabajo grupal.

El enfrentamiento de ambos tipos de fantasías inconscientes proyectadas en el grupo producirán las situaciones de conflicto características de la tarea grupal. El esclarecimiento de dichas fantasías inconscientes, así como la resolución dialéctica del dilema que dio origen al conflicto, constituyen la tarea latente del grupo, inaugurando entonces la posibilidad de la creación» (1).

Las fantasías inconscientes proyectadas en el grupo producen situaciones de conflicto que pueden funcionar como obstáculos o como incentivos a la tarea grupal, dice Pichon Rivière. Apunta también a que las fantasías inconscientes siguen «el modelo primario del acontecer del grupo interno» o, en otro momento, que «son la crónica del acontecer intrasubjetivo del grupo interno». Es decir, crónica, narrativa, representación —en el sentido dramático— de las relaciones de los objetos y personajes del grupo interno entre sí y con el mundo externo.

El mundo interno o grupo interno se construye sobre la base de los procesos de proyección e introyección *mutuos* en el vínculo de un sujeto con un objeto externo, *real*, que no es un objeto pasivo puesto que puede gratificar o frustrar, siendo fuente y objeto a su vez de fenómenos proyectivos e introyectivos. La dimensión intrasubjetiva del sujeto que constituye su mundo interno no es una réplica exacta de las relaciones con los objetos externos, sino más bien una recreación de éstas.

Esta narrativa intrasubjetiva se evidencia en el desarrollo de la tarea grupal, sea esta terapéutica o de cualquier otro tipo, al requerir la situación grupal y el trabajo necesario para la consecución del objetivo compartido un reajuste continuo en la dialéctica mundo externo- mundo interno, lo que se produce a través del interjuego de adjudicación y asunción de roles.

Cuando varias personas se reúnen en grupo para hacer algo en común, surgen fantasías —*crónicas del mundo interno*— que organizan los estilos de relación de los sujetos. Cada cual realiza sus depositaciones sobre el

resto, esperando que los otros se comporten o actúen según los modelos internalizados e intentando acoplar sus personajes internos a este nuevo escenario externo. En la escena (grupo) actual se produce entonces el entrecruzamiento de dichas fantasías, siendo aquellas requeridas por la tarea grupal las que adquirirán relevancia. Este entrecruzamiento, determinado por la singularidad de los sujetos y la particularidad de la tarea (otros compañeros/otra tarea, sería otro el resultado), provoca las modalidades de la interacción propias de ese grupo en concreto, que se patentiza en los mecanismos de adjudicación y asunción de roles (2).

El ajuste más o menos dialéctico/más o menos estereotipado en la adjudicación y asunción de roles tiene un papel determinante en nuestras relaciones interpersonales, y su análisis es sumamente revelador en el contexto del grupo psicoterapéutico. La comunicación con el otro y la posibilidad de la cooperación en la tarea compartida dependen de un ajuste suficientemente bueno en esa dialéctica. El malentendido se produce porque no se da el reajuste que exige la realidad, cuando en la interacción mundo interno-mundo externo no se dan las coincidencias esperadas.

Al convocar a los pacientes a incorporarse a un grupo de psicoterapia les proponemos un trabajo compartido de reflexión y comprensión sobre su sintomatología, sobre sus ansiedades y dificultades en la relación consigo mismos y con los demás, y les pedimos su participación en un encuentro con otros que sabemos va a movilizar emociones y reacciones que habrán de compartir con los otros integrantes y los terapeutas de ese grupo.

En la situación grupal, varias personas reunidas alrededor de una tarea, cada uno se va a instalar desempeñando diferentes roles, y adjudicándose los a los demás, esperando un encuentro que sea en realidad un «reencuentro», una repetición de la trama vincular de su propio grupo interno. Cuando lo que esperamos del vínculo con el otro está más determinado por nuestras proyecciones que por las características del vínculo real la comunicación se distorsiona y el encuentro con el otro se hace difícil, produciéndose el malentendido.

A lo largo del proceso grupal los integrantes irán descubriendo que el escenario esperado no es el mismo que se desarrolla realmente ante ellos. Que las personas que tienen frente a sí y con las que intentan comunicarse no siempre aceptan el ropaje con el que cada cual quiere vestir al otro; que hay otros que les quieren vestir con un ropaje que no les encaja bien y les hace sentir incómodos. Puede que ese «reencuentro» no se produzca tan fácilmente. Incluso que dé lugar a situaciones de malestar y conflicto. La comunicación puede hacerse complicada, al estar demasiado interferida por las proyecciones mutuas, transferencias múltiples que dificultan el encuentro real con los otros, o, más exactamente, el encuentro con los otros reales.

La necesidad de cooperar en la tarea, la interacción entre los miembros del grupo y los señalamientos del equipo terapéutico/coordinador van facilitando los ajustes progresivos en ese interjuego, a través del esclare-

cimiento de las fantasías inconscientes, de los patrones vinculares escenificados en los roles actuados en la escena grupal. Este esclarecimiento no sería posible sin la intervención del portavoz, aquel integrante grupal que delata a través de la expresión de sus propias necesidades, ansiedades o fantasías, el acontecer grupal, mostrando a su través, como caja de resonancia, las ansiedades, necesidades y fantasía grupales.

Son los portavoces los que permiten, a través de los indicios que aportan, la decodificación de la adjudicación de roles, la confrontación del grupo con la realidad concreta. «El portavoz puede desempeñar su rol en virtud de que se da en él una articulación entre su fantasía inconsciente —fantasía que sigue un modelo primario— y el acontecer del grupo en que se inserta». La articulación se produce porque «las necesidades, las ansiedades y las fantasías enunciadas por el portavoz y su manera de formularlas hacen referencia a su historia personal, en tanto el hecho de que las formule en un momento dado del acontecer grupal señala el carácter horizontal del emergente» (3).

En la medida en que este reajuste se va produciendo, la distorsión de la realidad disminuye y los procesos de introyección-proyección son más dialécticos; el grupo interno tiene menos presencia, los roles desempeñados se vuelven complementarios en pro de la tarea grupo, y se produce el aprendizaje y la modificación de los esquemas referenciales. El grupo externo se hace más presente y eficaz.

Desde el esquema referencial con el que intervengo y pienso la psicoterapia —la Concepción Operativa de Grupo—, la tarea como terapeuta involucra fundamentalmente el análisis de los vínculos entre los integrantes, en su interaccionar en el aquí/ahora y en relación a la tarea propuesta, a través de los emergentes que van apareciendo a lo largo del proceso grupal, enunciados por uno o más portavoces. Dicho análisis implica entre otros aspectos:

- La identificación de las ansiedades y estereotipias, de las dificultades en el afrontamiento de las exigencias de la vida cotidiana que se actualizan en el aquí y ahora de la interacción en el grupo y en relación al trabajo terapéutico.
- El análisis de las transferencias múltiples que nos permiten el acceso a los patrones vinculares, repeticiones que están en el origen de sus síntomas y del sufrimiento.
- La comprensión del interjuego de roles puestos en marcha en dicha interacción, y de las fantasías que ello involucra, exponentes de los modelos internos de vinculación.
- El señalamiento de las contradicciones y situaciones polarizadas que dan cuenta de aspectos disociados, escindidos, en la lectura de la realidad.
- El análisis de las ideologías.

Nuestra función involucra facilitar el despliegue de todos estos aspectos para permitir la búsqueda de nuevos modos de entender, interpretar y resolver sus dificultades y contradicciones, con una mayor integración de los aspectos escindidos y una disminución de las proyecciones en los vínculos, que redundará en una mejor adaptación activa a la realidad, y por tanto en una mejoría de la salud mental.

En diferentes ocasiones me he encontrado como psicoterapeuta grupal con una situación grupal en la que dos o más integrantes enfrentados entre sí se ven involucrados en un conflicto que afecta, de uno u otro modo, a todos los pacientes. El origen de dicho conflicto es variado, pero en mi experiencia tiene algunos elementos comunes que me interesa compartir:

- Aparece como rivalidad entre integrantes, amenazando la continuidad de la tarea terapéutica hasta que pueda ser resuelta dicha situación.
- Se presenta en forma dilemática y «exige» el posicionamiento por parte del resto de integrantes en uno u otro de los polos del conflicto.
- Puede dividir el grupo en dos, alineado cada subgrupo en uno de los portavoces del conflicto.
- Dividirse entre los que miran cómo se desarrolla el conflicto, y los que participan directamente en él.
- Genera un clima emocional de alta intensidad, con sentimientos de amor/odio, aceptación/rechazo, dificultando la reflexión y la capacidad de pensar, y facilitando la actuación.
- Como terapeutas podemos también sentirnos invadidos de este tsunami emocional, siendo necesario un buen manejo de la contratransferencia.
- Es importante no perder de vista la relación con las resistencias/dificultades a la tarea terapéutica que está expresando dicha conflictividad y de la que los integrantes aparentemente protagonistas son sendos portavoces, pero que involucra a todo el grupo.

La presentación dilemática de cualquier situación, sea individual o interpersonal —podríamos decir también institucional o social— es siempre una señal, un emergente que remite a aspectos contradictorios escindidos entre sí, pero que forman parte de la misma realidad. Desde la función de coordinación de un grupo, sea su tarea psicoterapéutica, formativa o cualquier otra, hemos de leer dichas situaciones dilemáticas como la presentación de uno de los polos del conflicto con la exclusión de su opuesto que, no obstante, estará presente aunque oculto u obturado. La indagación sistemática de las contradicciones, en todas sus formas de presentación, es parte fundamental de nuestra tarea como terapeutas. Como nos recuerda Ana Quiroga: «la concepción dialéctica que subyace y sostiene la técnica de grupo

operativo esta siempre atenta a la contradicción sujeto-sujeto, sujeto-grupo, mundo interno-mundo externo y a las internas del sujeto» (4).

Así pues, esta modalidad de conflicto polarizado entre dos o más integrantes ha de ser leído como un aspecto parcial, más visible de una situación que involucra aspectos opuestos y contradictorios con aquellos que aparecen en primer plano, formando parte ambos del mismo proceso. Y aunque se manifieste a través de uno o más portavoces como algo singular, el resto de los miembros del grupo están participando de uno u otro modo de la misma conflictiva. A continuación mostraré una viñeta clínica de un grupo terapéutico en el que se produjo una de estas situaciones, e intentaré realizar un análisis coherente con lo expuesto hasta ahora.

Se trata de un grupo inicial de 9 integrantes, 3 varones y 6 mujeres. Este grupo tiene un encuadre del tipo «corredor terapéutico»: sesiones semanales durante 16 semanas, al cabo de las cuales se evalúa qué pacientes continúan y cuales salen de alta, iniciándose un nuevo encuadre de 16 semanas e incorporándose pacientes nuevos. En esta ocasión se incorporan 3 pacientes nuevos, de los cuales uno no vuelve por motivos de incompatibilidad horaria tras la primera sesión. Así el grupo queda constituido por 8 integrantes, de los cuales 6 han participado, de uno u otro modo del conflicto.

El inicio del conflicto se produce durante el periodo estival, a través de un grupo de whatsapp que crean los pacientes del periodo anterior al inicio de este nuevo encuadre, a iniciativa de una de las pacientes que ha sido dada de alta. El conflicto se presenta entre dos mujeres, a raíz de un intercambio de mensajes entre ellas con contenido mutuamente descalificador e insultante, en el que cada una acusa a la otra de intentos de manipulación, hacer públicos mensajes privados, haber traicionado la confianza, y también acusaciones de hipocresía, prepotencia y toxicidad.

Todo ocurre en relación a un tercer integrante, varón que expone a través del whatsapp su frustración por no haber podido afrontar una situación que le provocaba intensa ansiedad. Ello da lugar a una serie de mensajes de apoyo entre el resto de los integrantes hacia el varón. Estas dos mujeres se interpretan mutuamente los mensajes que una y otra escriben y se producen una serie de malentendidos que culminan en las mutuas acusaciones y descalificaciones. Ambas pacientes contactan previamente al inicio del grupo con las terapeutas, vía e-mail, informando, de diferentes maneras, de la existencia del conflicto. Se les anima a exponerlo grupalmente, y lo abordan en la segunda sesión de psicoterapia.

Al abordar la problemática en la sesión, una de las pacientes plantea si puede «ser nociva» para el grupo y propone ser expulsada si esto fuera así. La otra pide permiso para que se hagan públicos los mensajes intercambiados, incluyendo algunos que no eran conocidos por el resto de los integrantes, pues se dieron entre ambas exclusivamente, para que se pudiera analizar en profundidad lo ocurrido. Se pone de manifiesto la

rivalidad entre ellas. Es patente la triangulación respecto al integrante varón, que no parece darse por enterado. Este hombre ya había sido objeto, en el periodo anterior, de un enfrentamiento entre otras dos integrantes, en parecida situación, siendo él objeto de una supuesta ofensa por parte de una y saliendo en su defensa la otra paciente.

Tras esta rivalidad está el deseo de ejercer un buen maternaje, función en la que ambas mujeres se han sentido frustradas en su historia personal con hijos varones. Ambas parecen incapaces de ponerse en el lugar del otro, no perciben que su rivalidad les impide ayudar a este hombre, al estar ocupadas en demostrar su «razón» más que en entender qué necesitaba él. Se produce una repetición que permite vislumbrar el por qué del fracaso de ambas en su historia personal.

Las dos han sufrido relaciones familiares con abandono o negligencia materna, y muestran con su actitud la necesidad de ser aceptadas por los demás y al mismo tiempo escaso interés por los sentimientos de los otros cuando éstos no coinciden con su propio registro. Ambas se muestran ávidas, impulsivas, y egocéntricas. Involucran al grupo en un conflicto que aparentemente sólo ha surgido por malos entendidos entre ellas, requiriendo de los otros su testimonio.

Cada una presenta su versión de los hechos y pone de testigo al resto de los pacientes a la búsqueda de alianzas con las terapeutas y el resto de integrantes. Los demás se muestran incómodos, expresan con mucha cautela su perspectiva de los hechos, intentado escapar de la exigencia de dar la razón a una o a otra. El paciente que inició involuntariamente el conflicto permanece callado. Finalmente algunos intervienen mostrando la sobredimensión de lo ocurrido, y sintiéndose responsables de uno u otro modo por haber participado en el grupo de whatsapp. Los pacientes que se incorporan por primera vez al grupo se muestran algo sorprendidos pero extrañamente tolerantes con la situación.

Ayuda/manipulación, público/privado, lo que se dice y/lo que se calla, autenticidad/hipocresía son emergentes que van mostrando los aspectos que aparecen polarizados y que vamos señalando como elementos parciales a desplegar mientras se va construyendo un mapa más extenso del conflicto. Estos aspectos parciales están depositados en una u otra de las integrantes que aparecen enfrentadas y les sirve a todos para no abordar cada cual sus propias contradicciones. *Lo público y lo privado*, que aparece a través de los mensajes intercambiados y no conocidos por el grupo, que una de las protagonistas quiere «hacer públicos», muestra la ocultación de ciertas informaciones a los terapeutas que todos los miembros del grupo conocían. Todos tenían algo «privado» en común que requería ser público.

La autenticidad y la hipocresía, a través del siguiente emergente «Creí que teníamos un vínculo. Sentí que era aceptada y ahora me siento traicionada. No imaginé que sintieran esa antipatía por mí...», estas palabras expresan la idea de un vínculo que se ha visto decepcionado en sus expectati-

vas, que muestra la hipocresía y el fingimiento intencionado. No acepta la posibilidad de que una falsa conexión sea producto de otra problemática, y muestra un modelo de vinculación del tipo «todo o nada» en el proceso de compartir con el otro la propia intimidad, que dé cuenta de las dificultades para hacerlo por parte también de otros integrantes en el grupo.

Hay una doble polarización en realidad, una es la de cada par antinómico en sí mismo, y la otra, la de adjudicar sólo a las protagonistas la contradicción, sin investigar la participación del resto del grupo en ello. El conflicto se sigue trabajando a lo largo de las siguientes sesiones. La posibilidad de entender como partes de un misma realidad los elementos contradictorios en aparente oposición que van trayendo los pacientes, y que se presentan bajo múltiples aspectos a lo largo del proceso de tratamiento (lo nuevo/ lo viejo, lo sano/lo enfermo, lo bueno/ lo malo, lo auténtico/lo hipócrita, la autonomía/ la independencia, etc.) nos permite ir realizando un trabajo de integración a diferentes niveles.

A través del estilo de participación de cada uno, del rol que se ha desempeñado en el conflicto y en el despliegue posterior en las sesiones en las que se trabaja sobre él se visualiza:

- La posición pasiva, de observador, del hombre implicado en el conflicto, su silencio, que sorprende a los demás integrantes, muestra una faceta desconocida para todos y que permite analizar un patrón de vinculación consistente en «complacer» a las mujeres sin tomar decisiones, colocándose como tercero excluido en sus relaciones. En relación a ello, aparece también su temor a ser engullido por las mujeres, vinculado a su dificultad para enfrentar un conflicto laboral con su jefa que había sido el desencadenante de las crisis de angustia y motivo de su consulta.
- Otra integrante reconoce haberse mantenido al margen voluntariamente, a pesar de que sus sentimientos le impulsaban a participar de alguna forma, y reconoce en ello un patrón de «huida» de los conflictos que oculta el temor a ser abandonada, rechazada, como lo ha sido a lo largo de su historia.
- Una tercera paciente refiere haberse dado cuenta de que concibe el mundo como dividido en buenos y malos, y a raíz de lo observado en el conflicto piensa que en realidad no es cierto que sea así, y tampoco debe esperar que el mundo esté a favor o en contra.

Todos se dan cuenta de las proyecciones mutuas que se han producido en la situación, de cómo la percepción de la realidad es alterada por los patrones del mundo interno, y que determinan las interpretaciones que cada uno realiza de esa realidad; toman conciencia de algunos patrones y de qué modo actúan en ellos. Hipotetizamos que cuando se da una situación de conflicto es porque el grupo se ha organizado alrededor de la resistencia,

y las fantasías inconscientes como obstáculo al conocimiento, a la tarea grupal.

He de resaltar que en la Concepción Operativa de Grupo, entendemos los roles que se dan en el grupo como roles requeridos por la tarea, es decir, necesarios para el desarrollo de ésta. Dice Pichon-Rivière: «La fantasía inconsciente... el grupo interno de cada integrante y el grupo externo poseen un común denominador: la estructura dramática. Por drama entendemos la acción que relaciona a las personas por medio de la comunicación, siendo el rol el instrumento del encuentro, que determinará formas de interacción y excluirá otras» (5).

El concepto de rol (conducta o desempeño de rol) como instrumento privilegiado de comunicación en la interacción nos ayuda a entender el mundo interno a través del interjuego de adjudicación y asunción. Para el avance de la tarea es necesario que ese juego se dé en términos de complementariedad de los roles (aunar esfuerzos).

La escena grupal, su argumento, pertenece a todos los integrantes, aunque en ella cada cual interpreta su papel, en resonancia con su propia escena, de modo particular. Pero es un argumento dinámico, vivo. El desarrollo de la obra será posible si cada cual va reajustando su papel, si esa interacción de grupos internos se da de forma flexible y cooperativa. Cuando esa interacción se estereotipa, se rigidifica, algunos integrantes ejercen su papel rivalizando y sustituyendo en todo o en parte al de los otros.

Cada sujeto va a jugar aquellos roles que estén dentro de su repertorio. Pero también aquellos que sean permitidos por la interacción necesaria para el cumplimiento de la tarea. En este sentido hay roles complementarios, cooperativos, que favorecen el avance de la tarea, y otros suplementarios, que están habitualmente al servicio de la resistencia al cambio.

En situaciones de conflicto, como la relatada, se da una característica en ese interjuego de roles: los roles son suplementarios, no cooperativos, sino competitivos, se establece la rivalidad, cada uno quiere imponer al otro su realidad, expulsando de la escena al interlocutor, expresando un modelo de vínculo que niega el vínculo, que niega al otro como necesario.

La forma en que suele aparecer el conflicto, con una intensa carga emocional de características masivas y de indiscriminación, y el modo en que afecta a la tarea terapéutica, centrando el trabajo sobre los integrantes implicados en dicho conflicto y colocando al grupo en situación de pre-tarea.

La resolución de dicha situación involucra el trabajo sobre dos planos, el plano horizontal de la problemática que atraviesa al grupo, por un lado, y el vertical de la singularidad de cada sujeto, por el otro, puestos en juego en el funcionamiento grupal.

Requiere el esclarecimiento de las depositaciones y de la adjudicación y asunción de roles implicados en la interacción en el aquí y ahora grupal. Y aporta valiosa información sobre el grupo interno de los pacientes, sobre sus procesos menos conscientes, y sobre la estereotipia y repetición en sus vínculos.

De otro lado, la toma de conciencia por parte del resto de los pacientes, de su participación y/o posicionamiento en el origen y resolución del conflicto suponen un valioso avance en el trabajo de discriminación y diferenciación progresiva que todos han de realizar en su proceso de «curación».

BIBLIOGRAFÍA

1. Pichon-Rivière E. Grupo operativo y modelo dramático. El proceso grupal. Buenos Aires : Nueva Visión; 2007. p 141-148.
2. Pampliega de Quiroga A. «El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal». En: Pichon-Rivière E. Enfoques y perspectivas en Psicología Social. Buenos Aires : Ediciones Cinco; 1987.
3. Pichon-Rivière E. Estructura de una escuela destinada a psicólogos sociales. El proceso grupal. Buenos Aires : Nueva Visión; 2007. p 149-160.
4. Pampliega de Quiroga A. «Concepto de insight en la intervención psicológica». En: Pampliega de Quiroga A (ed.) Maestría de Psicología Social Universidad Nacional de Tucumán.
5. Pampliega de Quiroga A, Pichon-Rivière E. «Transferencia y contratransferencia en la situación grupal». En Pichon-Rivière E (aut. Libro). El proceso grupal. Buenos Aires : Nueva Visión; 2007. p 191-197.

EL TRABAJO GRUPAL COMO EJE DEL TRATAMIENTO, APRENDIZAJES MÚLTIPLES

María África Cruz García

«De eso se trata, de coincidir con gente
que te hagan ver cosas que tú no ves.
Que te enseñen a mirar con otros ojos».

MARIO BENEDETTI

RESUMEN

La Hospitalización Parcial es una de las consecuencias del movimiento de reforma psiquiátrica, que empieza a configurarse desde principios del s. XX. En España consta que el primer Hospital de Día (HD) se abrió en 1935 en Madrid, pero la guerra y las posteriores condiciones políticas volvieron a retrasar, en la práctica, un modelo de atención comunitario y basado en un enfoque bio-psico-social (1).

La ponencia se inicia con una contextualización breve respecto al HD del Centro Asistencial Emili Mira (CAEM). Presentamos el funcionamiento general del HD y del programa grupal, que en este dispositivo es el eje vertebrador del tratamiento del paciente con trastorno mental grave. Se describen algunos elementos del programa grupal que, entre otros factores, contribuyen a la recuperación clínica y funcional de los pacientes. Entre éstos destacamos la estructuración de una rutina diaria activa, que tratamos sea significativa para el paciente, ya sea por el contenido y/o por la estructura y el setting que se establece en cada grupo.

La mayoría de los grupos que realizamos en HD han demostrado su eficacia y/o efectividad. Se enfatiza la importancia de conocer los diferentes protocolos de intervención grupal, así como la de aprender las habilidades para implementarlos en la práctica clínica, que suele incluir pacientes heterogéneos en múltiples sentidos: psicopatología, procedencia cultural, nivel socio-económico, edad, género, etc. Cierta flexibilidad y creatividad son características que facilitan este proceso de transferir y adaptar lo indicado por el «manual o protocolo» al tratamiento real en la clínica. Se comparten algunos ejemplos del grupo de «Habilidades sociales» para facilitar la comprensión de dicho proceso. A modo de conclusión se resumen elementos claves que valoramos fomentan la multiplicidad de aprendizajes a través de los diferentes grupos del programa de HD.

El HD para Adultos de Santa Coloma de Gramanet se abrió en 1997, y se encuentra dentro del recinto de Torribera (antigua «Clínica Mental», inaugurada en el año 1930 por la Diputación). Este recinto está situado en la montaña, conformado por diferentes pabellones, y originalmente a las afueras del pueblo.

En 2003 los Centros Asistenciales de Torribera cambiaron de nombre y pasaron a ser los Centros Asistenciales Dr. Emili Mira y López, en honor a los valores de modernidad, constancia y trabajo centrado en las personas, que defendió precisamente este psiquiatra de principios del s. XX. El Dr. Emili Mira, nacido en Santiago de Cuba e hijo de inmigrantes españoles, se licenció en medicina en la Universidad de Barcelona. Es además reconocido como uno de los principales responsables de haber introducido, en los círculos de médicos catalanes, el pensamiento psiquiátrico alemán y las teorías psicoanalíticas.

Cabe destacar que a partir de 1985, coincidiendo con el inicio de la puesta en marcha de la Reforma Psiquiátrica en España, ya se empezaron a realizar modificaciones en el recinto para promover una integración del mismo con respecto al resto de recursos comunitarios. Así, de forma progresiva, el recinto se ha transformado en un lugar abierto que alberga diferentes equipamientos. En concreto una parte del recinto se ha transformado en Campus Universitario, otra está dedicada al Centro Ecometrópolis, y otra acoge un Complejo deportivo. Esta diversificación de equipamientos y funciones supone claramente un enriquecimiento para todos. Actualmente al pasear por el recinto es fácil encontrar estudiantes universitarios, escolares que visitan el Ecometrópolis, y adultos que en su mayoría son usuarios de los diversos dispositivos sanitarios del recinto (pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del Parc de Salut Mar).

FUNCIONAMIENTO DEL ACTUAL HD DEL CAEM

El HD para Adultos forma parte de la red de Salud Mental del sector sanitario del *Barcelonès Nord*, que abarca una población de aproximadamente 370.000 personas, perteneciente a los núcleos urbanos de Santa Coloma de Gramanet, Badalona y un Sector del barrio de La Mina, de Barcelona ciudad. Los pacientes principalmente vienen derivados a HD por sus referentes clínicos, de los dispositivos ambulatorios (principalmente Centro de Salud Mental) o de la Unidad de Agudos de Psiquiatría. Son menos frecuentes, pero pueden producirse, las derivaciones desde un Centro de Día o desde la Unidad de Subagudos.

Teniendo en cuenta los datos mencionados es fácil imaginar la heterogeneidad «en y entre» los pacientes que participan en los grupos de HD,

diferentes diagnósticos, estados clínicos, situaciones vitales-familiares, así como diferentes procedencias a nivel socio-económico, generacional (pacientes de 18 a 65 años) y cultural (sobre todo inmigración andaluza y en los últimos años también de países del norte de África). Esto es importante considerarlo en el trabajo, cada persona y cada configuración de grupo de pacientes es diferente, y esto más que una dificultad puede ser una riqueza si se trabaja fomentando la curiosidad y la empatía hacia lo diferente. En la siguiente sección comentaremos una viñeta clínica a modo de ejemplo de este proceso de «aprender de lo diferente».

Actualmente las plazas concertadas son 20 para este HD. La estancia media en el dispositivo es de tres meses, prorrogables hasta 6 meses. Este margen de actuación del dispositivo de HD es esencial, en el sentido que «instaura en los pacientes un tiempo y un espacio, base para fomentar un anclaje seguro a partir del cual poder realizar un proceso terapéutico» (2). El equipo multidisciplinar en el momento actual se compone de seis profesionales en plantilla, distribuidos de la siguiente manera:

- Dos psiquiatras; el Coordinador del dispositivo con formación psicoterapéutica reglada contratado en jornada completa (40 horas), y otro psiquiatra adjunto contratado 35 horas.
- Una psicóloga clínica; la jornada se le redujo desde 2015 a 25 horas/semanales, alegando recortes por la crisis económica.
- Una diplomada en enfermería; contratada a jornada completa.
- Dos auxiliares de enfermería; a jornada completa con diferente dedicación horaria.

Son significativas las diferencias en el equipo, diversos profesionales, diferentes formaciones y trayectorias, distintas motivaciones, horarios y «anclajes» con respecto a la Institución y el dispositivo de HD. Se ha de tener presente esta variabilidad, tanto para entender la dinámica del equipo de trabajo en cada momento, como para favorecer la flexibilidad necesaria que se requiere para integrar las diferencias que subyacen e influyen en el funcionamiento del «equipo como grupo».

Desde su inauguración el HD siempre ha contado con actividad docente complementaria. Actualmente es habitual que roten tanto estudiantes de 6.º de Medicina como psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros de salud mental que realizan su residencia (MIR, PIR y EIR respectivamente). Esta faceta es clave porque contribuye al mutuo enriquecimiento; los residentes tienen la oportunidad de aprender un modelo de atención integral al paciente con problemas graves de salud mental, y los adjuntos se ven interpelados a mantener una estructura suficientemente estable y coherente, a la vez que flexible, para integrarlos en el trabajo de equipo del que, en la medida de lo posible, se les hace partícipes. En definitiva, tener residentes lo valoramos como un incentivo que contribuye a «mantener la

mente abierta y activa». Las personas en formación, como los pacientes, plantean interrogantes y hacen sugerencias que suelen contribuir positivamente al enriquecimiento y desarrollo del buen trabajo en equipo.

Antes de confirmarse el ingreso de un paciente en HD se efectúa la fase de valoración del caso, habitualmente a través de 2 a 4 entrevistas con el clínico referente. La primera entrevista tiene como objetivo explícito conocer la demanda, y como objetivo implícito la acogida y contención del paciente y de la familia implicada. Si después de la primera entrevista no existen contraindicaciones de ingreso, el facultativo de referencia presentará el caso en la reunión de equipo, y el paciente se incorporará al Grupo de Acogida. De este modo, de forma paralela a las entrevistas con el clínico referente, se realiza una evaluación interdisciplinaria. El proceso de valoración/vinculación se prolonga en el tiempo en función de la complejidad de cada caso individual.

El objetivo principal de HD, si finalmente el paciente ingresa, es identificar las áreas problemáticas así como los recursos sanos, tanto del paciente como de su contexto socio-familiar (análisis funcional y contextualizado del caso). Todos estos aspectos considerados en su conjunto ayudan a realizar el diseño del plan de tratamiento individualizado (PTI), donde se concretan, operativizan y priorizan los objetivos del tratamiento durante el tiempo de vinculación del paciente a HD. El PTI se realiza y compara, tanto con el paciente como con el equipo de HD. El cese o mejora significativa del cuadro clínico activo, y/o de los objetivos terapéuticos consensuados en cada caso, condicionan el alta del paciente y su posterior derivación a otros dispositivos terapéuticos o de rehabilitación y reinserción social.

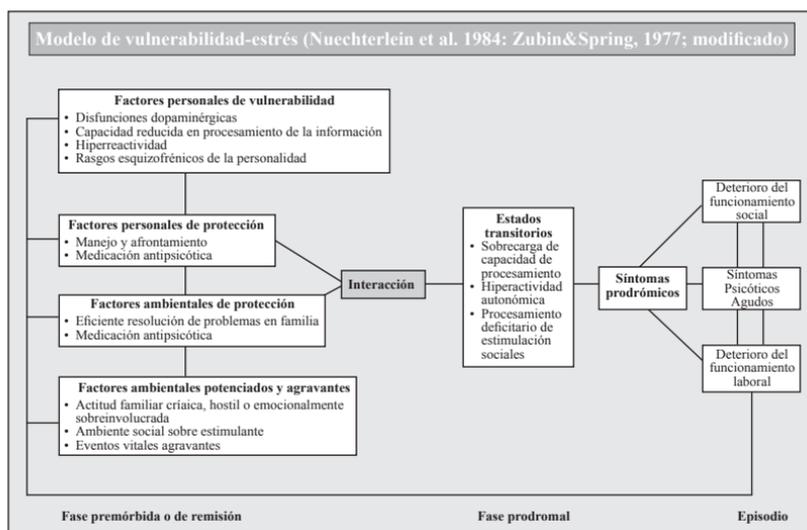
En este Hospital de Día, el abordaje grupal vertebró el tratamiento de los pacientes durante su vinculación al dispositivo (3). La *terapia de grupo* como método de tratamiento del *trastorno mental* en la Sanidad Pública tiene ya un cierto recorrido en nuestro país (4). En los últimos años asistimos a la aparición de formas de atención en salud mental que hacen especial hincapié en incorporar como recurso terapéutico la escucha de «las múltiples voces: las de las personas que sufren, y también las de su entorno familiar y social» (5). En el HD, además del programa grupal para los pacientes, también se considera relevante la intervención familiar; que si no se logra realizar de forma grupal se realiza en sesiones individuales, con el consentimiento y participación del paciente y los miembros de la familia que se muestren accesibles.

A continuación se presenta el horario actual de Actividades y Terapias de HD, evidentemente no todos los pacientes asisten a todo, el horario se consensúa entre clínico y paciente, y se revisa las veces que se considere oportuno teniendo en cuenta las múltiples variables: fase de vinculación respecto al dispositivo de HD, estado clínico y perfil funcional del paciente, así como su nivel motivacional y su disponibilidad horaria.

Programa de actividades y terapias de Hospital de Día de Adultos				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
De 9:45 a 10:15 h.	De 9:45 a 10:15 h.	De 9:45 a 10:15 h.	De 9:45 a 10:15 h.	De 9:45 a 10:15 h.
Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días
De 10:15 a 11 h.	De 10:15 a 11 h.	De 10:15 a 11 h.	De 10:15 a 11 h.	De 10:15 a 11 h.
Relajación	Taller de salud	Cine	Relajación	Asamblea
De 11:15 a 12 h.	De 11:15 a 12 h.	De 11:15 a 12 h.	De 11:15 a 12 h.	De 11:15 a 12 h.
Dale al coco	Taller creativo	Cine	Dale al coco	Consulta de enfermería
Taller creativo			Taller creativo	
De 12:15 a 13 h.	De 12:15 a 13 h.	De 12:15 a 13 h.	De 12:15 a 13 h.	De 12:15 a 13 h.
Grupo de acogida	Conocete, cuidate	Cine	Conocete, cuidate	
Grupo de despedida	Mentaliza, cuidate		Mentaliza, cuidate	
De 13 a 13:15 h.	De 13 a 13:15 h.	De 13 a 13:15 h.	De 13 a 13:15 h.	De 13 a 13:15 h.
Informal mañana	Informal mañana	Informal mañana	Informal mañana	Informal mañana
De 13:15 a 14 h.	De 13:15 a 14 h.	De 13:15 a 14 h.	De 13:15 a 14 h.	De 13:15 a 14 h.
COMIDA Y DESCANSO				
De 14 a 14:45 h.	De 14 a 14:45 h.	De 14 a 14:45 h.	De 14 a 14:45 h.	
Habilidades Sociales	Tolerancia al malestar	Habilidades Sociales	Tolerancia al malestar	
De 15 a 15:45 h.	De 15 a 15:45 h.	De 15 a 15:45 h.	De 15 a 15:45 h.	
Fíjate bien	Mindfulness	Fíjate bien	Mindfulness	
De 16 a 16:45 h.	De 16 a 16:45 h.	De 16 a 16:45 h.	De 16 a 16:45 h.	
Buenas tardes (informal)	Buenas tardes (informal)	Buenas tardes (informal)	Buenas tardes (informal)	

El nombre de los grupos se adapta a un lenguaje «fácil de reconocer», tratando de evitar tecnicismos, en la medida de lo posible. La mayoría de los grupos que se ofrecen en HD han demostrado su eficacia y/o efectividad (6). Así, por ejemplo, se ofrecen dos grupos del programa de Roder y cols. conocido como Terapia Integrada para la Esquizofrenia (7): el de *Diferenciación cognitiva* para la recuperación y potenciación de funciones cognitivas (Grupo de «Dale al Coco»), y el de *Habilidades sociales* (HS; «Grupo de HS»), para aprender juntos sobre «las HS» y «jugar a» entenderlas-mejorarlas, considerando tanto aspectos verbales como no verbales en nuestras interacciones. También, dentro de las actividades de la tarde, lleva años implementándose el Grupo de *Entrenamiento metacognitivo* de Moritz y cols. (8) (Grupo de «Fíjate Bien»), que trata de fomentar en los pacientes un mayor conocimiento respecto a los procesos habitualmente automáticos de percepción de «la realidad» y de elaboración de nuestros pensamientos. Se explican fenómenos básicos del procesamiento mental (atención, percepción, memoria y organización de conceptos, entre otros), y que se alteran de forma específica según la clínica predominante en cada caso. Se trabaja reflexionando respecto a diversos temas, los estilos atribucionales (interno y externo), el salto a conclusiones, las capacidades implicadas en la empatía y los tipos de errores de memoria. Otro grupo, que gusta bastante a los pacientes, y que trabaja conceptos a veces bastante

similares al grupo recién comentado es el «Cuidate y mentaliza». Este grupo es una adaptación del protocolo de Tratamiento basado en la Mentalización de Bateman y Fonagy (9). El conductor del grupo es directivo pero no autoritario, y fomenta en el grupo una actitud «curiosa a la par que colaborativa». El objetivo principal de este grupo es dirigir la atención a nuestras percepciones, tanto acerca de nosotros mismos como de los demás, mediante la realización de ejercicios estructurados en una secuencia progresiva de mayor a menor distancia emocional. Se propone así reflexionar acerca de aspectos como: características personales, entender motivos, actitudes y estados anímicos y qué me hace a mí ser yo. El funcionamiento de este HD y el modelo de atención al paciente con patología mental grave y a su entorno más próximo (familiar y social) se organiza teniendo como marco de referencia el Modelo integrador vulnerabilidad-estrés (10,11).



Los pacientes, independientemente del diagnóstico, expresan diferentes aspectos, entre ellos, los que encuentran positivos y terapéuticos: «recuperas una rutina diferente a la de estar en cama o sin hacer nada»; también explicitan sentimientos que emergen al participar en los diferentes talleres y grupos: «vuelvo a abrirme al mundo, a lo de fuera, a activarme, a salir de mí mismo y de mi enclaustramiento,... y a sentirme útil». Este trabajo en grupo contribuye a la recuperación progresiva de las crisis y a la disminución de la confusión por la que atraviesan. Se observa el alivio que experimentan al sentirse «escuchados, comprendidos». Esta mayor tran-

quilidad promueve la construcción de vínculos más seguros y confiados, y un acercamiento a sí mismo: «puedo preguntarme con más calma, conocerme un poco más, entender algo de lo que me pasa... y aguantar mejor lo que no entiendo, o lo que no se puede saber». Se hace evidente, una vez que se han vinculado al dispositivo, la importancia de su integración, y de su pertenencia al grupo, explicitan «sentirse integrados». También la relevancia de la convivencia con otras personas que son diferentes: «tienen sus cosas y sus vidas», y realizar el pasaje «desde el aislamiento en casa, a recuperar las relaciones con otros». Establecen relaciones con otros pacientes y con los diferentes miembros del equipo terapéutico, y de forma progresiva pueden realizar otras elecciones en su entorno próximo.

DEL PROTOCOLO A LA IMPLEMENTACIÓN CLÍNICA: GRUPO DE HABILIDADES SOCIALES

El HD tiene un horario con múltiples actividades y terapias de grupo. Se enuncian diferentes aspectos claves, y se acompañan de algunas viñetas clínicas extraídas del grupo de HS, para clarificar cómo se produce el proceso «del manual a la práctica clínica».

1. Actitud de los conductores atenta, curiosa, receptiva y con una «flexibilidad rigurosa», en el sentido de que sea capaz de modularse a cada situación singular. En definitiva, una actitud que permita construir un encuadre claro y colaborativo, que fomente el verdadero encuentro humano «más allá del protocolo».

En este sentido, sea el grupo que sea, de rehabilitación cognitiva o de HS, la tarea es importante pero el modo de llevarla adelante también, incluso en los grupos de corte más psicoeducativo. No hemos de obviar nunca la riqueza de lo único y subjetivo que acontece de forma singular y compleja en el entramado grupal: teniéndolo presente siempre será más fácil ayudar al grupo al desarrollo progresivamente más autónomo, colaborativo e incluso creativo de las tareas propuestas en cada caso.

2. Conocer el manual o protocolo de referencia del grupo, en caso de que lo haya, y consultar otros manuales/materiales relacionados con el objetivo del grupo en cuestión. Todo lo anterior, sin obviar la importancia de otros factores fundamentales a la hora de implementar el protocolo «de forma sensata»: aprovechar el bagaje de la experiencia clínica y de los espacios de supervisión. Esta combinación ayudará a adaptar, enriquecer y/o actualizar el «protocolo inicial».

Ejemplo: el protocolo del Grupo de HS del IPT es claro y muy estructurado, y en principio se ha difundido para el abordaje con pacientes con esquizofrenia. Dado que en HD este grupo de HS no sólo se ofrece a

los pacientes con T. psicóticos, sino que también se incluyen a personas con otros diagnósticos (T. Afectivos, T. Personalidad, etc.) se ha optado por adaptar el protocolo con algunas propuestas de otros manuales (12), y con los conocimientos de otros campos en los que se trabajan dichas habilidades (13). De este modo, previo a realizar un role-playing (re-bautizado por los pacientes como «teatrillo»), se suelen proponer ejercicios en grupo de «calentamiento actoral», y de forma lúdica pueden entrenarse la atención y concentración. Todos los pacientes que han participado han valorado muy positivamente estas dinámicas: «parece un juego pero hay que estar atento; sirve para romper el hielo y salir luego con menos vergüenza al teatrillo». Las dinámicas suelen ser de pie y en círculo; de esta manera el trabajo corporal y la comunicación no verbal queda también incluida. Se trata de ejercicios sencillos que permiten trabajar elementos esenciales para la relación y comunicación: la escucha, la habilidad para aprender a respetar los turnos y para explorar los diferentes tipos de silencios, entre ellos.

3. El protocolo ha de estar servicio de los pacientes, y no a la inversa. Al inaugurar el grupo se presenta el objetivo general del mismo y los detalles relevantes del setting (en el caso de HS: 20 sesiones, frecuencia de 2 sesiones/semana de 45', etc.); se les invita y motiva para que expliciten, si quieren, su demanda o motivación concreta a la hora de vincularse al grupo. Toda expresión, incluida la no demanda, es tenida en cuenta y nos ayudará respecto a cómo ir actuando en cada caso. Otro tema significativo es la denominación del grupo, en el caso del de HS en HD se ha mantenido el propuesto por el protocolo. Todos los nombres son susceptibles de ser cambiados con el tiempo. Algunos pacientes de forma espontánea los «re-bautizan»; este gesto puede dar información, ya que en definitiva la forma de referirse a un grupo, suele ser la forma de resumir el contenido y/o la esencia que ese grupo tiene para el que lo nombra. Se han registrado las siguientes versiones del Grupo de HS en el último año y medio: «Grupo de cómo nos relacionamos», «Grupo de comunicación», «Grupo de relaciones» y «Grupo social». Al finalizar un grupo en ocasiones se puede proponer, a modo de cierre grupal, que cada integrante piense el nombre que le daría al grupo. Ésta es una práctica que suele gustarles, y que en general sorprende y ayuda a tener un resumen de la vivencia del paciente respecto al grupo.
4. Fomentar la implicación progresiva de los pacientes en las tareas del grupo propuestas en sesión, teniendo en cuenta aquellos factores que pueden influir en la participación de las mismas: estado clínico y funcional de los integrantes, el momento del grupo, y la dinámica concreta que en cada momento se pone en juego. Se respeta el grado en el que cada paciente quiere involucrarse, por ejemplo, a la hora de realizar el role-playing. Es importante que los pacientes en el transcurso de las sesiones se sientan progresivamente más cómodos, que no acomodados.

5. Observación atenta y auto-interrogación a lo que acontece de «inesperado, diferente, incierto». Estos dos procesos son básicos en la tarea de aprehender «la realidad», cuando ésta nos descoloca. Si los conductores modelan y comparten estas habilidades con los pacientes, el enriquecimiento es mayor. Por ejemplo: en HS en la 10.^a sesión, a la mitad del trayecto grupal, se propone realizar un «balance o valoración» del recorrido juntos. Se respeta el grado de implicación voluntaria de cada paciente ante la pregunta general: ¿cómo valoran hasta ahora el grupo? A veces ayuda seguir con preguntas más concretas, por ejemplo, ¿creen que les ha servido el grupo?; ¿qué les ayuda o dificulta en el desarrollo de las tareas propuestas?; ¿qué aspectos han aprendido y qué echan en falta?, etc. En general les gusta participar de este balance y la vivencia de «sentirse tenido en cuenta» mejora su autoestima y fomenta la cohesión y confianza en el grupo.
6. Atender y saber aprovechar la confluencia de las diferencias que aparecen en los grupos. Identificar e integrar dichas diferencias fomenta una «mente abierta». Un aspecto muy constructivo en el Grupo de HS es contar con el testimonio de pacientes de otras culturas o religiones. Les ayuda a reconocer el peso de estas variables en la adquisición y desarrollo de las HS, y también en los códigos de relación social.

En resumen, el protocolo o manual puede ayudar y también dificultar. En general, puede ser una herramienta útil si el profesional sabe hacer un buen uso del mismo, si está atento y abierto a las adaptaciones que la práctica clínica requiera. Es útil antes de implementar cualquier protocolo reflexionar acerca del para qué y el cómo se va a usar el manual.

CONCLUSIONES

El HD ofrece una estabilidad espacial y temporal que es esencial para desarrollar una «base segura», a partir de la cual se plantee un proceso terapéutico individualizado y que sea significativo para el paciente y su entorno próximo. El programa grupal en este HD vertebró el tratamiento, que adaptado a cada caso facilita una rutina organizada, «consentida y con sentido», que ayuda a los pacientes a sentirse partícipes y protagonistas en su proceso de recuperación. Al implementar el programa grupal los protocolos de grupo son una herramienta potencialmente útil. Si bien el protocolo puede ayudar como guía, su buen uso en la práctica clínica requiere de un profesional con formación básica en dinámica de grupos y con una actitud lo suficientemente flexible para adaptar el protocolo al servicio de los pacientes, y no a la inversa.

A pesar de las diferencias con respecto al tipo de protocolos grupales, los estilos de conducción, los tipos de pacientes (con todas sus varia-

bilidades asociadas), etc., se pueden identificar aspectos que se trabajan (modelándolos, debatiéndolos, etc.) de forma paralela en los diferentes espacios grupales: 1) no juzgar y, si lo hacemos, ser conscientes y reparar; 2) fomentar la colaboración vs. la competición; 3) importancia de «fluir» vs. llegar a la meta; 4) foco en el «aquí y ahora» de la tarea; 5) aprender a interrogarse y disminuir «el ansia por tener recetas-respuestas», que es compatible con compartir y practicar estrategias que les resulten útiles para modular mejor sus «malestares»; 6) pasar del «cambio total y rápido» al concepto de proceso, con sus fluctuaciones y la aceptación de la necesidad de ir «poco a poco». Y, por último, un aspecto a destacar, más allá del manual o protocolo de tratamiento, es la relevancia de incluir en el PTI el abordaje de «los déficits o alteraciones», pero también el reconocimiento y la potenciación de los recursos sanos tanto del grupo como de cada paciente, que es lo que J. G. Badaracco llamaba: «la virtualidad sana» (14).

Cerramos este capítulo con un haiku que resuena en relación al «dispositivo grupal como herramienta privilegiada del aprendizaje y de la terapia» (15, 16):

*casa en ruinas:
han tomado el jardín
las mariposas*

ÎO SÔGI (1421-1502)

AGRADECIMIENTOS

A Fernando Lana, por la cuidadosa lectura de éste capítulo y sus sugerencias. Al equipo de HD, a los residentes y a los pacientes, que me acompañan. A todos ellos, porque están muy presentes en esta páginas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Engel GL. From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain. *Psychother Psychosom.* 1997; 66: 57-62.
2. Bertrán G. (Coord.). Hospital de Día II: Dispositivo, Clínica y Temporalidad en la Psicosis. Buenos Aires: Editorial Minerva; 2011.
3. Marcos S, Lana F, Litvan L, Jugo M, Moreno G, Cabrera T, Sierra AC. Programa para trastornos psicóticos en Hospital de Día. Editor: Mas J, y Grupo de HD de la AEN. Actualizaciones en los Tratamientos en Hospital de Día. Madrid: AEN (en prensa).
4. Irazábal E, Hernández M. (coords.). Experiencias terapéuticas grupales. Madrid: Editorial Grupo 5; 2013.
5. Sempere J, Fuenzalida C. Terapias Multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos. Madrid: Psimática; 2017.
6. Lana F, Cruz Ma, Pérez V, Martí-Bonany J. Social Cognition Based Therapies for People with Schizophrenia: Focus on Metacognitive and Mentalization Approaches. En: Schizophrenia Treatment. SM Group Open Acces eBooks, 2017.
7. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel; 1996.
8. Moritz S, Woodward TS, Barrigón MI, Rubio JL, Ruiz-Veguilla M. Metacognition Study Group1. Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC). VanHam Campus Press 2010. Disponible en <https://clinical-neuropsychology.de/mct-psy-chosis-manual-spanish/>
9. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorders. A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press; 2006.
10. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A New View on Schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 1977; 86, 103-126.
11. Nuechterlein K, Dawson ME. A Heuristic Vulnerability-Stress model of Schizophrenia. *Schizophr. Bul.* 1984; 10, 300-12.
12. Roca E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. 4ª Edición revisada. Valencia: ACDE Psicología; 2003.
13. Galván O. Del salto al vuelo. Manual de Impro. Buenos Aires: Genérico; 2013.
14. Badaracco J. (2011). Virtualidad sana. *Rev. Psicot Psicosem.* 2011; 31 (76):61-68.
15. Gysin M, Sorín M. El arte y la persona. Arteterapia: esa hierbita verde. Barcelona: ISPA Edicions; 2011.
16. Bermejo JM. Instantes: nueva antología del haiku japonés. Madrid: Hiperion; 2009.

IV

EL EQUIPO COMO GRUPO

GRUPO, EQUIPO E INSTITUCIÓN, EN LOS CONTEXTOS ACTUALES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Felipe Vallejo Jiménez

INTRODUCCIÓN

Estas reflexiones son realizadas en el contexto de unas Jornadas sobre «la psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental». En la implementación y desarrollo de las prácticas asistenciales y terapéuticas juega un papel fundamental el equipo de profesionales y su capacidad instituyente. Hasta el punto de llevarnos a la reflexión de si el primer grupo a crear, consolidar y contener sería el equipo (1).

Pero acercarnos al análisis del término «equipo» nos enfrenta en principio a un término desgastado. Los contextos institucionales y sociales de salud mental y de servicios sociales, que hicieron necesaria y factible una inicial conceptualización e institucionalización, han cambiado de forma muy significativa. Y con ellas el concepto de equipo y su inserción en la organización de los servicios. Por tanto, cuando hablamos de *grupo*, *equipo*, *equipo grupo*, tendremos que redefinir *de qué* estamos hablando y *desde dónde* y *en qué contexto social*.

Actualmente en este entorno institucional y global, donde las contrataciones y las condiciones laborales son más precarias, o donde los espacios de trabajo en equipo son en muchos lugares casi inexistentes, o sirven tan sólo para cuestiones organizativas o de gestión, la expresión del conflicto en un lugar grupal e institucional aparece como algo subjetivo, individual, como algo que emerge de la exclusiva relación con el paciente, fuera de todo contexto institucional.

Con frecuencia, para los propios profesionales, quedan oscurecidas las condiciones institucionales en las que trabajan, y quedan reducidos estos malestares que atraviesan la práctica asistencial y la relación del equipo, a una queja o desahogo, a un problema particular, cuando no a enfermedades somáticas.

Con esta perspectiva se hace muy difícil la integración y el análisis, ya que, desde ahí, queda negada la multiplicidad de las condiciones institucionales, sociales, políticas y económicas que atraviesan ese espacio tan pequeño como el de un grupo de profesionales de un equipo de la institución Salud Mental.

Por otro lado, nos encontramos un modelo asistencial individual, con una fuerte inclinación al modelo biomédico en el que muchas de las inter-

venciones requeridas desde la institución sanitaria no incluyen un trabajo de equipo en el sentido que vamos a analizar.

UNA PRIMERA CUESTIÓN: ACERCA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL EQUIPO-GRUPO

Cuando se planteaba la Reforma Sanitaria uno de los contenidos centrales era la construcción de un campo nuevo, el de la Salud Mental, que trascendiera el ámbito específico de las diferentes disciplinas y profesionales que intervienen en él. Y donde la interdisciplinariedad fuera una fuente de conocimiento. No se trataba de una sumatoria de especialidades, sino de la integración de saberes y prácticas compartiendo el mismo campo de intervención. Al menos ése era el punto de partida en aquellos momentos de idealización del proceso de reforma (2).

Hoy día, los cambios organizacionales e institucionales y del marco social político y global son acentuados. Incluida la difuminación del sujeto como centro de la atención en una fragmentación en síntomas y criterios diagnósticos cada vez más numerosos.

Pero cuando dirigimos nuestra atención a un sujeto no fragmentado en síntomas, un sujeto contextualizado, la convergencia desde diversas visiones, modelos y campos de intervención, se nos plantea como una necesidad evidente.

Desde esta constatación del sujeto como objeto de atención, la complejidad del objeto de nuestro trabajo empuja, requiere, un abordaje pluridimensional. Una integración de distintos conocimientos.

Abro un paréntesis sobre un posible obstáculo epistemológico: Actualmente, esta necesidad de convergencia de distintos campos y disciplinas colisiona con la tendencia a la especialización cuando esta actúa como forma de acotación disciplinaria y de campos de intervención que confluyen en un equipo. *Se trata de un esquema que bloquea la operatividad, al no estar centrado en la tarea, sino en las posiciones disciplinarias* (3). Tema importante a desarrollar y analizar por los efectos que observamos en el momento actual.

Para poder hacer una aproximación al término equipo, y a su proceso de construcción como equipo-grupo, desde mi punto de vista, es necesario contar con un marco teórico grupal, es decir, con un modelo de comprensión acerca de la grupalidad.

El equipo, como espacio grupal, puede ser un lugar privilegiado de intermediación entre el ámbito psicosocial y el institucional. Y así, se sitúa como un instrumento básico de la asistencia en Salud Mental.

Cada equipo comienza su trayectoria desde un encuadre más institucional: profesionales y disciplinas, tipo de contratos, funciones y status; zona sobre la que intervenir y número de habitantes a atender; acompañándose

de una formulación genérica de «trabajar en equipo». Situación de agrupamiento inicial que puede quedar como modelo definitivo de funcionamiento.

El proceso de construcción del equipo se va a ir produciendo en la medida en que pueda definir y realizar una práctica propia, partiendo de las directrices institucionales, adaptándola progresivamente a las necesidades del medio y a los propios recursos. Para ello hablamos de un encuadre grupal, un funcionamiento grupal que se concreta en una práctica propia.

En este proceso es interesante señalar que «si el equipo tiene una práctica propia, tiene seguramente un esquema conceptual operativo; pero, como señala Montecchi (4), *es un esquema latente, del que muchas veces, el equipo no tiene referencia*. Se requiere un proceso, proceso grupal, para la construcción de ese esquema conceptual que se reflejará en sus prácticas y respuestas específicas.-

¿Y la inserción institucional? La intervención clínica, la tarea del equipo de salud mental, desde la mirada que estamos realizando es inseparable del contexto grupal, organizacional, institucional y socio-comunitario en el que se desarrolla.

Actualmente contamos con instrumentos teóricos y un buen número de reflexiones, publicaciones y prácticas que muestran que difícilmente puede entenderse la conducta de un individuo sin contemplarla interrelacionada con el proceso del grupo. Ni entendemos lo que sucede en un grupo analizando tan sólo la dinámica interna, sin incluir el contexto institucional.

Contexto institucional del Sistema Sanitario, atravesado por el marco social, económico y político. Y un proceso de globalización que incide de forma tan evidente en las carencias actuales, por todos bien conocidas (y sufridas).

El acercamiento al concepto de equipo, desde estos supuestos teóricos, adquiere una mayor *complejidad* (5). Entendemos, como quedó apuntado antes, que un acercamiento al término equipo exclusivamente desde la *formalidad* de la normativa institucional, puede ser entendido como un *agrupamiento de profesionales*, en torno a una serie de criterios técnicos y cuyas metas y actividades vienen definidas (o parcialmente definidas) por un mandato institucional (lo instituido). Si se queda ahí, el término «equipo» no deja de ser un eufemismo. No requiere realmente un funcionamiento como equipo, *sólo vale la forma, no el fondo, fondo que es ignorado y que con seguridad, también es temido* (6).

Lo que nos interesa reseñar es de qué manera y hasta qué punto, el funcionamiento cotidiano de un equipo, de un servicio, nos está reflejando a su vez un determinado modelo de institución sanitaria.

Un modelo asistencial centrado en las clasificaciones diagnósticas y en el síntoma y con un predominio de tratamientos biológicos nos estaría mostrando una institución que dirige su mirada e intervención prioritariamente hacia un ser humano abstracto y descontextualizado (no es difícil constatar este análisis en la actualidad de nuestros servicios).

Otro aspecto a tener en cuenta en el tema de la inserción del equipo en la institución, como elemento de análisis, son las aportaciones de Guattari (7) acerca de grupo-objeto y grupo-sujeto.

Desde el término de *grupo-objeto* podemos entender al equipo más sobredeterminado por la dimensión vertical de la organización, con una tendencia mayor a la reproducción de las normas institucionales. No sólo las normas escritas, sino las que se van consolidando, «la práctica de siempre». Se produce desde esta posición una menor implicación de los miembros en su propia organización, en su tarea, y en los procesos grupales que se dan en la dinámica del equipo.

En el *grupo-sujeto*, a la inserción vertical en la institución, se añade la dimensión transversal. Desde esta posición, el equipo puede colocarse más en situación y disposición de realizar el pasaje de grupo-objeto a grupo-sujeto. Con una mayor capacidad de desarrollar los aspectos instituyentes de la tarea y adaptar las formas de intervención en la medida de lo posible; una mayor cooperación entre los miembros del equipo; y una mayor adaptación activa a la realidad, es decir, una mayor capacidad de transformar las condiciones institucionales tanto dentro como fuera del equipo (8).

En este sentido es importante señalar que estas descripciones no hacen referencia a tipos de grupos fijos, sino a formas de funcionamiento grupal que todo grupo puede presentar en situaciones diversas. Aunque en la trayectoria de un equipo se acentúe más una forma u otra de inserción institucional.

El relato de una situación de un equipo, en relación con estos contenidos, puede ser clarificador (9):

El equipo tiene un acuerdo (encuadre) de reunirse a primera hora de la mañana. Para tratar cuestiones relacionadas con la asistencia, casos, y temas varios. El espacio se mantenía prácticamente de forma diaria. Con algunas características: alguien ya tenía un paciente citado «donde había hueco»; otro miembro podía ser llamado por una «urgencia»...

Se trataban temas en relación a los pacientes u otras cuestiones diversas. A veces, el tema tratado era la dificultad para mantener espacios del propio equipo; esta cuestión en la mayoría de las ocasiones era traída por el coordinador.

El horario era tomado con flexibilidad. No estaba en el encuadre formal, pero podía ser usado para no llegar con prisas, salir antes para responder a alguna llamada, consulta o cuestión personal. A pesar de estos avatares, el espacio se mantenía.

Un día un miembro del equipo plantea, nada más llegar, que no sabe qué hacer con un paciente y «quiere ver quién puede hacerse cargo». Ese día, «no saber qué hacer con un paciente» en concreto lleva al equipo a hablar de otros casos similares, con la misma sensación de no saber qué hacer. A partir de ese momento, la reunión se centra en hablar de los numerosos pacientes que se derivan con «diagnóstico de trastorno

adaptativo», pero que realmente manifiestan una crisis vital grave, con sintomatología ansioso-depresiva muy acentuada, vivencia de fracaso vital y con frecuencia, con una familia desconcertada, afectada y superada por los cambios.

El equipo inicia una reflexión acerca de estas personas que acuden al servicio, y posteriormente se valoran diversas respuestas. En pocas semanas se configura un grupo de psicoterapia específico para estas personas, que es un proyecto elaborado por algunos miembros del equipo. Este dispositivo grupal terapéutico funciona como oferta específica del servicio y funciona en la actualidad junto a otros espacios grupales psicoterapéuticos similares.

Podríamos decir que este equipo «real» pudo hacer un pasaje de la escucha individual de la demanda a una escucha grupal, lo que posibilitó un momento instituyente: la creación de un nuevo dispositivo grupal.

Esta reflexión aporta la posibilidad de poder integrar una visión analítica, más dialéctica de los procesos grupales del equipo, un proceso que es siempre inestable, pero que a su vez, puede posibilitar situaciones en las que sea posible una adaptación activa, así como el logro de cambios en la tarea asistencial.

Desde la perspectiva de transversalidad podemos leer que este equipo-grupo hace un pasaje por distintos momentos, lo que posibilita momentos instituyentes. Transversalidad que trae necesariamente la integración de la institución, desde una tarea primaria, asumida por el equipo (atender a la demanda) y adaptada desde su propia dinámica grupal (*creación de dispositivos psicoterapéuticos grupales*).

CRISIS, CONFLICTO

Hemos hablado de proceso de construcción y de inserción. También se ha hecho mención a los procesos del equipo. Habrá que mirar también que sucede con los momentos de desestructuración del equipo, los procesos de reestructuración del grupo, del equipo y su lugar en la institución.

Hay una cuestión que valoro importante abordar o al menos señalar: ¿Qué hace el equipo ante la crisis y los cambios sentidos como catastróficos? ¿Cómo contar con una mínima distancia para pensar? ¿Con qué elementos cuenta el equipo para su resolución? ¿Y el coordinador?

En estas situaciones, si se fija el foco en la causa manifiesta del conflicto, el equipo puede quedar prendido en una estereotipia y repetición de las causas que han incidido en el mismo. La posibilidad de entender el conflicto como emergente del funcionamiento grupal e institucional (lo no-dicho) puede quedar anulada.

Ante esto, una nueva pregunta: ¿Qué recursos construir desde un equipo para que el abordaje de la crisis pueda incluir al individuo, al grupo y a la institución?

Para abordar este tema incluyo otra viñeta (10):

Un paciente realiza diversas agresiones físicas a varios profesionales del Equipo. Podemos hacer una primera lectura de los hechos que parte de lo manifiesto: una multiagresión de un paciente. El paciente es «el agresivo» en esta situación y los profesionales, como parte de la institución responsable de su atención y cuidado, son los agredidos.

Predomina en el equipo una vivencia de ansiedad y un contenido defensivo. Las dificultades para el manejo de la agresión se ponen en juego, ante la vivencia de riesgo personal, en un contexto de descontrol, y a partir del fracaso en la contención del paciente.

La vivencia de agresión es colocada, desde lo emocional, en el curso de los acontecimientos, en el espacio institucional (Dirección-Gestión que no protege). A partir de ahí la respuesta (dolida) del equipo no es sólo por la conducta del paciente, sino que es condicionada por la vivencia de abandono y la violentación institucional.

El coordinador propone una reunión de equipo para tratar y abordar esta situación de crisis. Son momentos de mucha ansiedad y tendencia a la actuación. No se puede pensar. Cuando se confirma la respuesta negativa de la dirección a un apoyo de seguridad *el espacio de reunión se rompe*. Algunos profesionales tratan de buscar apoyos en otras organizaciones (sindicales) que forman parte también de los grupos de referencia de algunos profesionales. Estas organizaciones inician una intervención activa en la toma de decisiones y se hace visible la inclusión de otros conflictos institucionales.

¿Cómo es posible, partiendo de esta situación, la reestructuración del equipo y de su tarea?

En principio «re-estructurar» implica una estructura previa. En este caso, este equipo llevaba una trayectoria de trabajo en equipo, construyendo un esquema referencial. El punto de partida de este proceso de reestructuración fue modificar la posición defensiva-expulsiva hacia el paciente por parte del equipo. Una posición significativa en este cambio es la recuperación del poder «hacerse cargo».

Hasta ese momento funcionaba una norma no escrita que consistía en plantear la derivación a otro Centro del Área de Salud Mental al paciente que realizaba una agresión física grave. Pero en este caso, el equipo decide continuar con el seguimiento y apoyo al mismo.

A partir del episodio de agresión, una de las cuestiones que se retoma por parte del equipo es la revisión del itinerario del paciente por los distintos servicios, y se reflexiona acerca de las fracturas entre ellos y la no integración en las distintas actuaciones. El equipo puede revisar las intervenciones realizadas hasta ese momento y plantear nuevas estrategias terapéuticas. Podríamos decir que en el equipo se pasó de la problemática de «un paciente que agrede y del que hay que defenderse» a la de un paciente cuya agresión puede actuar como analizador del equipo.

El equipo recuperó poco a poco el espacio de reflexión. Tras la paralización, indiscriminación y confusión que produjo la crisis, los profesionales pueden mirarse y pensarse desde otra distancia. Por parte del equipo,

los factores que estaban en juego en la incapacidad de contención de la institución sanitaria respecto a un paciente, que a su vez tenía una historia personal, familiar y social, caracterizada precisamente por el rechazo y la exclusión.

Al reestructurarse retoma la atención y el cuidado del paciente. También se modifican las pautas con los profesionales de otras Unidades de Salud Mental implicadas, con una revisión de la orientación diagnóstica y las pautas de contención y apoyo por parte de la Unidad de Hospitalización.

Resalto de este análisis la necesidad de que el equipo cuente con una estructura grupal para poder realizar movimientos de reestructuración y modificación de su lugar institucional. En este conflicto no constan, a quienes nos hemos acercado a su análisis, cambios en las posiciones de la gestión y dirección; pero sí en el equipo y en el entorno institucional implicado en la atención al sujeto.

ALGUNAS CUESTIONES ACERCA DEL CUIDADO DEL EQUIPO

Un equipo como grupo en su contexto institucional y social, *necesita* «ser cuidado». Es un proceso continuo que requiere de algunas actividades, entre las que cito prioritariamente dos: una formación continuada adaptada a las necesidades del equipo, y espacios de supervisión y apoyo del funcionamiento del equipo-grupo.

Pero: ¿a quién le interesa el cuidado del equipo? Equipo entendido como equipo—grupo, como grupo sujeto, con capacidad instituyente. Un equipo que funcione como grupo puede ser una «escena temida» para algunos responsables institucionales. Pero también para aquellos profesionales que no dejan de entender su práctica asistencial como un acto individual, descontextualizado del equipo-institución.

El cuidado del equipo significa que el encuadre que lo contiene permita la expresión, la comunicación, y poder compartir ansiedades, malestares e interrogantes. Es decir, que sea un espacio de interrelación entre los profesionales, un espacio poco persecutorio.

Un factor paralizante en el desarrollo y concreción de la tarea del Equipo es la instauración en el *sufrimiento*, cuya fuente puede situarse, según refiere Kaës, como inherente al mismo hecho institucional, a la organización concreta de referencia y a la propia configuración psíquica del sujeto. Este hecho puede reemplazar la tarea primaria de la institución asistencial (que es asistir). «Esto es lo que sucede cuando la preocupación por la defensa del personal asistencial, contra los peligros reales o imaginarios ligados con la realización de la asistencia, moviliza toda la energía disponible y transforma la organización institucional. El resultado es que la institución protege a sus sujetos contra la realización de su tarea» (11).

Los malestares son evidentes, si observamos o escuchamos. La práctica clínica es atravesada por situaciones institucionales. Hay que tener en cuenta, por tanto, el análisis del malestar. No podemos catalogar como problema su expresión, su reflejo o su manifestación. Pero sí se muestra como un problema a abordar cuando se produce una cristalización del malestar, o una estereotipia a la hora de hacer frente a las situaciones de conflicto.

El análisis del malestar adquiere su sentido en el equipo cuando se puede contextualizar en su tarea, como dificultad, crisis o emergente de conflictos que la dificultan o boicotean. Para ello es necesario un funcionamiento grupal del equipo que posibilite su expresión. El silenciamiento y la censura abren la puerta a la fractura del equipo y al boicot de su tarea primaria.

El equipo, cuando puede centrarse en su tarea, desarrolla su capacidad instituyente y se sitúa con posibilidad de incidir en los cambios asistenciales y organizativos. No siempre el equipo está en esa posición. Los períodos de tarea y pre-tarea se van alternando, de manera tal que lo resistencial va dejando paso a otros momentos de producción (*Vineta 1*).

Hay una cuestión importante que con frecuencia no es abordada. Para que el equipo pueda organizarse como tal, pensar, hablar y constituirse como equipo-grupo es fundamental que pueda incluir e integrar conocimientos acerca de las variables institucionales y organizativas del Sistema Sanitario Público que atraviesan y condicionan la práctica asistencial y terapéutica del equipo.

Habitualmente parece que bastan los conocimientos acerca del equipo en sí mismo y de la tarea asistencial. Con frecuencia se obvia «lo institucional» como si fuera algo ajeno o externo, y en ocasiones lugar de deposiciones de las no elaboraciones del equipo. Esta situación puede producir una cierta alienación en aquellos profesionales que no toman conciencia de que sus prácticas y conductas forman parte de la propia institución.

Esta implicación incide de nuevo en la complejidad del funcionamiento grupal del equipo (equipo-sujeto), implicación y complejidad que hacen necesarios momentos de distancia y descentramiento de la relación asistencial y terapéutica, *para así poder repensar sobre sus tareas y la revisión de sus implicaciones en las mismas* (12).

Una forma de cuidado o de *afinado del instrumento* es la *supervisión*. Espacio para pensar sobre la tarea del equipo..., y sobre los atravesamientos institucionales... que dificultan la tarea del propio equipo.

El espacio de supervisión es en última instancia una mejora del servicio como lugar para integrar y pensar los efectos emocionales, subjetivos y contratransferenciales, que la propia tarea asistencial moviliza, y que están siempre presentes en las relaciones entre el propio equipo de profesionales, la tarea y la institución. El instrumento de trabajo, como

dice Bauleo, somos nosotros mismos y conviene de vez en cuando afinarlo (13).

Un espacio no sólo para trabajar y solventar los obstáculos, sino también para promover y facilitar procesos instituyentes. Es decir, un lugar «suficientemente bueno» (14) para poder realizar la tarea asistencial encomendada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauleo A. «La práctica psicoterapéutica en los servicios públicos». En: de Brasi M, Bauleo A. Clínica grupal, Clínica institucional. Madrid: Atuel; 1990.
2. Irazábal E. Equipos de Salud. Conflictos y patologías. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales N° 18. 2014.
3. Montecchi L. El equipo de trabajo y el trabajo del equipo. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales N° 16. 2012.
4. Montecchi L. *Ibidem*.
5. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa Editorial; 1995.
6. Suárez F. Sobre la Implicación (desde la Concepción Operativa de Grupo). Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales N° 15. 2001.
7. Guattari F. Psicoanálisis y transversalidad. Buenos Aires: Siglo XXI; 1976.
8. Schvarstein L. (1991) Psicología social de las organizaciones. Nuevos aportes. Buenos Aires: Paidós; 1976.
9. Vallejo F. «Situación de agresión física de un paciente en un equipo de Salud Mental». En: Irazábal E. Situaciones grupales difíciles en Salud Mental. Madrid: Editorial Grupo 5; 2014
10. Vallejo F. Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastornos de adaptación. *Apop.es/revista-huellas*, n°1. 2014.
11. Kaës R. Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Barcelona: Paidós; 1989.
12. De Brasi M. «Transformaciones de la Clínica I». En: de Brasi M, Bauleo A. Clínica grupal, Clínica institucional. Madrid: Atuel; 1990.
13. Bauleo A. «Un grupo». En: Bauleo A, Monserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad. Barcelona: Atuel; 2004.
14. Leal J. Aproximación a una lectura institucional del malestar en los servicios de salud (mental). En: Leal J. Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid: AEN; 1997.

LA TAREA Y LOS LIDERAZGOS EN LOS EQUIPOS ASISTENCIALES

Ana Mena Pérez y Aurora Doll Gallardo

Nuestra situación laboral nos ha llevado a lo largo de los años a compartir tarea con diversos tipos de equipo, lo que es bastante frecuente en el ámbito de la salud mental. Desarrollar el trabajo de manera compartida genera evidentes ventajas, y no desdeñables complicaciones, lo que nos ha obligado a estudiar, indagar y reflexionar para lograr una mejor comprensión de las dinámicas del equipo y nuestra función dentro de él. Queremos compartir algunas de estas reflexiones sobre nuestra institución/organización y grupo de trabajo, incidiendo en la relación entre distintos ámbitos: el individuo, el grupo y la organización. Entre las lecturas compartidas nos ha parecido especialmente inspirador un libro de O. Kernberg titulado «ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones», que hemos ido enriqueciendo con textos de Freud, Sunyer, Anzieu, Bion, Antonio Tarí, Pichon Riviére y otros. Estos textos nos han remitido a nuestra propia realidad asistencial, al trabajo en equipo al que intentamos contribuir y que, con nuestros compañeros, intentamos construir. Reconocemos que el resultado es reflejo de nuestro momento, con la experiencia que hemos ido acumulando en sucesivos grupos de trabajo e instituciones, y que, por tanto, es parcial y seguirá en constante evolución.

Podemos definir el equipo como un grupo de trabajo, dentro de una organización, en el que alguien asume el liderazgo con el objetivo de conseguir la consecución de la tarea, que habitualmente viene definida, al menos inicialmente, por la propia organización.

Para que una organización funcione de forma efectiva, se requiere que haya una adecuada relación entre la tarea global de la organización y su estructura administrativa (la distribución del trabajo, la delegación adecuada y ajustada de la autoridad a los distintos niveles organizacionales, las características de los elementos de los que se dispone, la supervisión,...). Es decir, que las responsabilidades que conlleve un cargo estén en consonancia con la capacidad del que ocupa ese cargo de tomar decisiones, el trabajo se distribuya de manera que cada uno tenga capacidad para asumir su carga, haya disponibilidad de espacios físicos adecuados, que la agenda se adecúe a todas las actividades del equipo (no exclusivamente a la asistencial), los huecos de las agendas se correspondan con el tiempo que se requiere para hacer un trabajo digno, que pudiera haber espacios para elaborar ansiedades y crear apoyos... Esto nos sugiere la necesidad de una reflexión sobre si los sucesivos cambios que se han llevado a cabo en la

red de salud mental durante décadas, y que en los últimos años se vienen intensificando, favorecen o no la consecución de la tarea, independientemente de la motivación que los ha guiado.

Por otro lado, creemos que algunos de los mecanismos destinados a la preservación de la organización, o de la estructura administrativa, influidos por factores políticos, se sobreponen a la tarea, es decir, que en muchas ocasiones prima la supervivencia de la organización y la influencia política de algunos sectores dentro de ella, frente al interés de los pacientes. Sufriremos la experiencia, dada la complejidad de construir un verdadero trabajo en equipo, de una permanente inestabilidad de los mismos debida al constante recambio de personal derivado de la precariedad laboral, la selección de personal y los mecanismos de movilidad en los que no se incluye una adecuación al puesto en función de formación, capacidades y habilidades, de manera que resulta muy difícil ir resolviendo los procesos grupales, la tarea implícita, que permita al equipo estar en condiciones de abordar la tarea explícita. En muchos casos, por estas motivaciones políticas, la tarea aparente no es la tarea real. Intentar ocultar la tarea real sólo traerá confusión y el colapso de la organización. La claridad en la definición de la tarea es importantísima para la organización, incluso a pesar de que pueda tener connotaciones negativas o presentar cuestiones morales. Sirva como ejemplo el control del gasto sanitario en prescripciones, necesario para sostener el sistema, que se reviste de intensos controles burocráticos argumentando los efectos secundarios potencialmente peligrosos.

A su vez, la tarea tiene que cumplir ciertos mínimos: ser factible, estar dotada de sentido y congruente con los recursos disponibles. Si la tarea es el primer organizador grupal, en nuestro sistema actual, estos requisitos son extremadamente raros. Prestamos nuestra labor asistencial con una tarea inabarcable («la salud mental»), indefinida (¿debemos tener como objetivo los indicadores de gestión, la satisfacción del usuario, la aplicación adecuada de la técnica, nuestra propia salud mental?), a veces contradictoria (por ejemplo, satisfacción del usuario y organización de los tiempos de consulta siguiendo únicamente criterios de gestión) y en la mayoría de los casos, no compartida por todo el equipo, ya que el concepto que cada uno de los integrantes tiene de la salud, de la técnica, y de lo que se requiere de ellos es muy diferente (¿diagnosticar, aplicar los protocolos, aliviar el sufrimiento, prescribir, paliar el síntoma, curar, sostener, permitir el aprendizaje...?). Unido a ello, no hay una relación realista entre la necesidad de la institución de satisfacer la demanda (tenemos un sistema sanitario que asegura una asistencia universal) y los recursos de que disponemos para intentarlo. Tenemos como ejemplo la elaboración de sucesivos planes estratégicos de salud mental, en los que los profesionales somos requeridos para construir un proyecto de asistencia basado en la técnica, los protocolos y publicaciones existentes, que se publica, pero no se dota de presupuesto que permita ajustarse mínimamente a lo publicado. Inten-

tar encontrar una tarea compartida por el equipo, que se acerque a la tarea de la organización, y que sea realista respecto a las propias limitaciones, puede ayudar a funcionar de un modo más eficiente, lo que en las actuales condiciones en muchos casos supone un ejercicio de creatividad. En muchos casos no querer plantear las limitaciones de los recursos, tiene que ver con el objetivo de mantener una fantasía omnipotente con la población respecto a que el estado lo puede todo. Tendríamos que pensar si el Plan Estratégico de Salud Mental es un documento técnico o político.

Cuando los recursos son insuficientes, en el proceso la tarea sobrepasa los recursos, las metas son contradictorias, hay un error al clarificar las prioridades o la estructura administrativa no se pone a disposición de la tarea, entonces la estructura de trabajo se rompe, la moral se hunde y aparecen los movimientos regresivos. A su vez, para llevar a cabo la tarea, hace falta resolver los procesos regresivos del grupo. Estamos influenciados por las mismas dinámicas psicológicas que nuestros pacientes, y al igual que ellos debemos hacernos cargo de ellas para no estar sometidos a nuestros conflictos e impulsos libidinales. En el caso de las instituciones psiquiátricas, de los equipos que trabajan con la enfermedad mental grave, la inducción de procesos regresivos en el funcionamiento del equipo es intensa. Es importante entender que independientemente de la madurez del individuo, ciertas situaciones grupales favorecen la regresión y la activación de niveles psicológicos primitivos. De hecho, es normal que todos, al tomar contacto con grupos pequeños no estructurados o en los que la tarea no esté definida, o en grupos grandes mínimamente estructurados, suframos una regresión, activándose defensas y procesos interpersonales que reflejan las relaciones objetales primitivas. La regresión aparece cuando perdemos nuestra estructura social, nuestro rol, y es inevitable que se activen los niveles primitivos de funcionamiento. En los grupos el individuo tiene que dar cabida a múltiples representaciones integradas de sí mismo, de las fantasías propias, las representaciones de los otros miembros, las múltiples interacciones: este tremendo esfuerzo psicológico es un desafío para la estructura psíquica que mostrará en este contexto sus fragilidades.

Nosotros, por la tarea que realizamos, somos un grupo especialmente en riesgo de regresión porque nuestra tarea es cuidar de pacientes profundamente regresados que van a proyectar masivamente sus aspectos intolerables sobre nosotros, y eso es una importante influencia en los procesos grupales de nuestros equipos. Es muy frecuente que en los Equipos de Salud Mental pacientes especialmente actuadores induzcan una escisión idealizando a una parte del equipo y descalificando a otra. Curiosamente, un movimiento que podríamos considerar muy evidente, resulta tremendamente movilizador: la parte idealizada puede aliarse con el paciente, tentado por una idea de sí mismos omnipotentes y permitir hostilidades por parte de estos pacientes hacia la otra parte del equipo, cuyas quejas serán minimizadas. En otras ocasiones, a través de la identificación proyectiva,

los pacientes lograrán proyectar sobre el equipo la idea de ser víctimas de padres autoritarios y coercitivos, y el equipo reaccionará endureciendo la estructura y las normas, con lo que pierden su sentido terapéutico.

Esta circunstancia es inevitable, pero tenemos que tenerla en cuenta, no negarla, a la hora de trabajar en equipo. Inicialmente, cuando se intenta dar sentido en el equipo a las ansiedades e inseguridades que tenemos desde las proyecciones y presiones del grupo de pacientes, nos hemos encontrado caras de perplejidad, confusión, acusaciones de chamanismo... «Pues yo estoy muy tranquilo, a mí no me afecta», «no tienen nada que ver con lo que nos ha pasado», «sigo sin ver eso de la relación con nuestros conflictos», son frases que se repiten reunión tras reunión. Es complejo y largo ir introduciendo la capacidad de identificar y elaborar estas resistencias, pero una vez integrado este trabajo, nos permite reducir culpas, temores, exigencias, omnipotencia, desconfianza, angustia..., que corremos el peligro de atribuir exclusivamente a nuestra capacidad y conflictos personales, y tanto bloquean a los miembros del equipo para mantener una comunicación y capacidad de reflexión y creatividad. Poder empezar a hablar de la impotencia, la rabia, la rivalidad, el miedo, la inseguridad, etc, sin sentirnos demasiado amenazados por los demás. Pero sin duda, la parte que resulta más compleja, desde nuestro punto de vista, es hacerse cargo de lo que los pacientes nos devuelven, y que no es una proyección, sino una fisura, un reflejo más o menos deformado, de una realidad que hay que reevaluar en nuestro funcionamiento.

En nuestra experiencia, una organización horizontal de los equipos (frente a la organización vertical, jerárquica y autoritaria), en los que también se discuten y tienen en cuenta las aportaciones de los usuarios, permite un feedback permanente. Establecer canales de comunicación seguros y directos, como las reuniones de equipo que impliquen toma de decisiones en grupo y no sean meramente informativas de las directrices de la administración, permite prevenir, diagnosticar y elaborar dinámicas grupales regresivas, lo que supone la asunción de cada uno de los miembros de la responsabilidad de las decisiones que se toman y de mantener la seguridad y la claridad de esos canales de comunicación. Esto no implica una idea ingenua de las bondades de la democracia, hay que tener en cuenta que la toma de decisiones funcionales exige una jerarquía, hay decisiones que las tiene que tomar el que tiene la responsabilidad, la experiencia o el conocimiento. En este tipo de funcionamiento del equipo, una posible señal de regresión grupal podría estar en la tendencia de los miembros a depositar su responsabilidad personal en el líder.

La personalidad del líder no es siquiera el aspecto más determinante a la hora de conseguir un liderazgo eficaz. En muchas ocasiones, el síntoma del líder no es más que el reflejo de la enfermedad de la institución. Hasta el líder más sano, si ejerce el liderazgo sobre un grupo muy regresado, acabará poniendo en marcha estrategias autoritarias y jerárquicas motiva-

das por la proyección del grupo del deseo de un líder/padre sobre quien proyectar la responsabilidad. Por ejemplo: un grupo de trabajo que sistemáticamente no cumple horarios, puede acabar generando en el líder medidas como fichar o contabilizar hasta el último segundo de trabajo. Estas medidas acaban generando mayor regresión en el grupo (no interiorizan como propia la responsabilidad de cumplir el horario).

Hay que tener en cuenta, de cara a que un líder pueda ejercer un liderazgo eficaz, su nivel de integración narcisista, el grado de tendencias paranoides, la inteligencia y la integridad moral, el tipo de estructura administrativa que lidera, el grado de frustración de las necesidades de gratificación de los miembros y la patología individual de los miembros del equipo. Kernberg define las características deseables de la personalidad del líder: inteligencia, honestidad e incorruptibilidad, un narcisismo saludable, una actitud paranoide justificada anticipatoria y saludable en contraste con la ingenuidad. El narcisismo saludable tiene que ver con proteger al líder de una dependencia excesiva de aprobación y un funcionamiento autónomo en la toma de decisiones. Una actitud paranoide mantiene al líder alerta ante los peligros de la corrupción y la regresión paranoiagénica, le previene de la agresión difusa y le protege de la ingenuidad respecto a las motivaciones de los demás.

Permitir gratificación de necesidades humanas a la hora de llevar a cabo la tarea puede favorecerse a través de facilitar la participación en la toma de decisiones, las aportaciones y la creatividad de los miembros del equipo, reconocer, validar y facilitar las potencialidades de los integrantes... En nuestra experiencia, la utilización de liderazgos parciales, compartidos, puede ser muy útil. Como si de una coterapia se tratase, establecer en base a características personales de algunos miembros, el reparto de algunas funciones de liderazgo, puede permitir una dilución de las transferencias y proyecciones, por lo que las presiones regresivas sobre el líder administrativo son menores. Por otro lado, nos parece importante que el líder del equipo mantenga una actividad asistencial, que comparta las mismas metas del equipo, lo que le permitirá ser más realista respecto a las limitaciones y potencialidades del equipo y las propias, disminuir las distorsiones propias de su rol, y reducir la tendencia a la idealización o las proyecciones masivas.

Todos estos elementos (tarea-organización-dinámica grupal-liderazgo) mantienen una relación dinámica y mutuamente influyente. El fracaso en cualquiera de estos niveles puede afectar a todos ellos: la insuficiencia de medios y la inestabilidad laboral pueden promover dinámicas regresivas que fomenten la regresión secundaria del líder, que puede ser el aspecto más visible del problema. Para diagnosticar dónde está el problema de un equipo que presenta un liderazgo no funcional, hay que indagar en todos los niveles antes de atribuir la solución a un cambio en el liderazgo.

Artículo publicado en el boletín n.º 42 de la AMSM. Invierno 2018.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anzieu D. La dinámica de los grupos pequeños. Madrid: Biblioteca nueva; 1997.
2. Anzieu D. El grupo y el inconsciente. Madrid: Biblioteca nueva; 1998
3. Bion WR. Experiencias en grupos. Barcelona: Paidós; 1980.
4. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. 1921.
5. Kernberg O. Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones. Barcelona: Paidós; 1999.
6. Menzies IEP, Jaques E. Defensa contra la ansiedad. Rol de los sistemas sociales. Buenos Aires: Lumen-Hormé; 1994.
7. Pichon Rivière E. El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.
8. Sunyer JM. El trabajo en equipo del equipo de trabajo. Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, N° 8 1998: 9-21. ISSN 1137-7496 .
9. Tarí A. Esbozos de reflexiones sobre la evaluación de los equipos. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales, n° 8- verano 2001.

«EQUIPADOS PARA LA TRAVESÍA GRUPAL». APLICACIONES DEL GRUPO AL TRABAJO EN SALUD MENTAL

Rafael Arroyo Guillamón

Con el presente texto pretendo reflexionar sobre las vicisitudes que acontecen en los equipos de trabajo en salud mental. Para ello, establezco una similitud con algunos términos relativos al mar, que en mi opinión asemejan la tarea de un equipo terapéutico a la de quien se embarca en una travesía marítima. De modo que el título de los tres apartados que vertebran este trabajo recoge dicha metáfora: *Antes de zarpar*, *Diario del navegante* y *Llegar a buen puerto*.

ANTES DE ZARPAR

Grupos, equipos y salud mental

Durante los últimos años vengo formando parte, como psiquiatra, de un equipo de siete profesionales que atiende diariamente a adultos con sufrimiento psíquico grave. Trabajamos en un hospital de día ubicado dentro de un hospital general, que presta atención a tiempo parcial —en jornada de mañana— y que, a lo largo de los años, hemos orientado según el modelo de comunidad terapéutica. Dar cuenta de lo que sucede diariamente en un dispositivo así resulta una labor extremadamente compleja. No obstante, merece la pena el intento por cuanto puede ayudar a la comprensión (en mi caso psicoanalítica y grupal) de los equipos en salud mental; y, en concreto, de los que desarrollan su tarea mediante la terapia por el medio o psicoterapia institucional, cuya principal herramienta terapéutica es la convivencia entre las personas atendidas, sus familias y el equipo profesional.

La metapsicología psicoanalítica no difiere en exceso para la comprensión del individuo y del grupo. En ambos, partiendo de la noción de inconsciente, se analiza la relación —llamada de transferencia— entre pacientes y terapeutas, así como la repetición de impulsos, las defensas frente a éstos y, de fracasar estos mecanismos, la angustia surgida en los miembros de esa relación. No es novedosa la aplicación, basada en estos conceptos, de la lógica grupal a los equipos e instituciones de salud mental. Podríamos pensar —dada la gran ayuda brindada por los grupos, especialmente a personas con dificultades psíquicas graves—, que dicha

perspectiva contribuiría a esclarecer los engranajes de estos colectivos. Sin embargo, un simple rastreo en cualquiera de los buscadores de información más usados en internet, en el que, por ejemplo, escribamos *el equipo como grupo* denota algunas curiosidades.

Fuera del ámbito sanitario

En esta búsqueda informal encontramos páginas webs que no pertenecen al ámbito sanitario, sino en su mayoría al laboral. En dicho contexto, los términos grupo y equipo aparecen referidos como grupo de trabajo y equipo de trabajo. Para quienes participamos de la perspectiva grupal y conocemos sus bondades, la palabra grupo tiene una evidente connotación positiva. Pero, paradójicamente, en estos sitios online el término no sale bien parado de su comparación con el de equipo. Las definiciones que allí se recogen contienen aspectos en común: en ambos se trata de un conjunto de personas que se disponen a realizar una tarea. No obstante, el modo en que se relacionan entre sí o cómo afrontan dicha tarea es muy diferente.

El *grupo de trabajo* se refiere al conjunto de personas que realizan una labor similar y que se desempeñan —aunque esto no sea imprescindible— en un lugar relativamente cercano. Sus miembros trabajan individualmente, no dependen unos de otros y cada uno ejerce la tarea según su manera particular, de modo que funcionan de forma relativamente autónoma. Todos tienen una formación parecida y, no siendo imprescindible la cohesión entre ellos, se estructuran de forma jerárquica, bajo la dirección de un líder del que, en última instancia, dependen las decisiones del colectivo.

Por el contrario, el *equipo de trabajo* incluiría al conjunto de personas que pretende alcanzar un objetivo o realizar un proyecto *en común*. El trabajo adquiere así una dimensión más colectiva: sus integrantes tienen una formación diferente y especializada, dependen unos de otros y tratan de colaborar entre sí para operar de forma coordinada. Por último, el equipo requiere una mayor cohesión entre sus miembros, quienes a diferencia del modelo jerárquico toman las decisiones y evalúan la tarea de forma más horizontal, sin tanta necesidad de un liderazgo.

Dado lo anterior, resulta más difícil formar un equipo que un grupo, para el que bastaría la mera reunión de profesionales de un perfil semejante. Además, la ausencia de un miembro en el grupo de trabajo no tendría grandes repercusiones para el conjunto, mientras que la del integrante de un equipo alteraría notablemente la tarea a realizar.

Etimológicas grupales

Es habitual encontrar en los libros de psicoterapia grupal la etimología del término *grupo*, que remite a palabras como *masa*, *nudo* o *bulto*. Entendemos pues que, en el ámbito laboral, lo amasado, lo comprimido, lo

mezclado o lo indiferenciado sean características que, de acontecer en un conjunto de profesionales, no favorecen la consecución de sus objetivos; posiblemente de ahí su desprestigio en este contexto.

En cambio, *equipo* proviene etimológicamente de una raíz francesa que significa *barco*. En la antigüedad *equipar* se utilizaba de forma parecida a embarcar, es decir, proveer a una nave de todo lo necesario para iniciar una travesía. Y *equipaje* se refería a la tripulación, al conjunto de personas organizadas para la tarea de la navegación. Es por ello que me resultó muy sugerente la idea de asimilar el recorrido de un equipo de trabajo al de un trayecto marítimo. Así, durante sus inicios el equipo funcionaría más *agrupado*, es decir, mezclado o indiferenciado. Y, con el transcurso de los años, y siempre que se den ciertas condiciones, desarrollaría su tarea más *equipado*.

El diccionario nos sigue ofreciendo pistas, en este sentido, sobre los distintos modos de relación entre los individuos de un grupo y de un equipo.

Existen muchas y muy diversas definiciones del término *grupo*, en función del ámbito en que se emplee. Véanse como ejemplos que en política suele aplicarse a la agrupación de representantes del *mismo* partido; en fotografía, a un conjunto *unitario* de figuras; y en matemáticas, al conjunto que contiene un elemento *simétrico* para cada uno de sus elementos. En gramática, el grupo (o sintagma) se refiere al conjunto de palabras articuladas *en torno a un núcleo*. Y en el terreno militar, a la *unidad* mandada normalmente por un *comandante*. Vemos pues, en estas descripciones, que determinadas palabras (las destacadas en *italica*) dejan entrever la fantasía que subyace —al menos durante ciertas etapas— en los miembros de un grupo: lo mismo, lo simétrico, lo unitario... todos semejantes, todos iguales... Como si mirando al otro se vieran a sí mismos reflejados en un espejo, funcionando *como si fuesen uno* solo, y en torno a la figura de un líder. Esta ilusión de una imagen unitaria o en espejo —dimensión *imaginaria* o *especular*— es tan pronto actuada como rechazada por los miembros del grupo. A pesar de sentirse reconocido en esa pertenencia grupal, cuando un individuo se percibe idéntico a otro su identidad se difumina, lo que genera angustias muy intensas que le empujan a intentar zafarse de esa posición: «no te necesito, puedo sobrevivir de forma autónoma, puedo ir por libre, sin depender de ti». Apreciamos, pues, la similitud con las descripciones del *grupo de trabajo* que tomábamos del entorno laboral. Las dificultades para sostener esa ilusión de completud, esa falsa autonomía, son patentes diariamente en el acontecer de los grupos, mediante conflictos que traducen la rivalidad y agresividad entre sus miembros.

Sin embargo, en las definiciones lingüísticas de la palabra *equipo* también aparecen referencias a la agresividad: en el entorno deportivo corresponde a cada uno de los conjuntos que se *disputan* el triunfo; o, como ya hemos mencionado, el verbo *equipar* se define como proveer a una nave de lo necesario para su avío y *defensa*. Pero, a diferencia del grupo, en

estos casos la competitividad se establece con el exterior, con los miembros de otro conjunto, puesto que entre los integrantes del mismo equipo existe cierta camaradería o cohesión interna que apunala su identidad, diferenciándose así de otros equipos. No en vano, los ejemplos con que el diccionario completa estas definiciones —*equipo de novia, equipo de salvamento, equipo quirúrgico*, etc.— son muy gráficos a este respecto. Todos hacen referencia a la ropa, utensilios o instrumentos utilizados para un fin particular. Pero —he aquí el detalle— todos implican un enlace con otros: una novia se equipa, mediante el ajuar, para el camino del matrimonio donde se unirá a otro. Asimismo, el equipo quirúrgico y el de salvamento tienen por finalidad curar o rescatar, valga decir, vincularse a otro.

Sobre una psique grupal

Desde una perspectiva más cercana a nuestra labor psicoterapéutica, el psicoanálisis suele referirse al vínculo que hemos descrito para los miembros de un grupo como una relación de tipo narcisista. Mientras que denomina al nexo que se establece entre los integrantes de un equipo como una relación de tipo objetal. Ambos, narcisismo y relación de objeto, son términos que Freud utilizó para definir sendas fases del desarrollo psicoemocional. Esto nos permite equiparar el camino a recorrer por un equipo de trabajo —desde sus inicios hasta su consolidación— al del desarrollo madurativo del individuo.

Pero, si bien Freud desarrolló su trabajo en un encuadre muy concreto —con adultos, en su mayoría con afecciones leves y en formato individual—, tras su muerte el psicoanálisis se extendió por los territorios que rebasaban esas fronteras: se comenzó a atender a niños, a pacientes graves y se extendió la práctica con grupos. Muchos de sus discípulos —trabajando en algunos casos con pacientes difíciles y en instituciones públicas— sentaron las bases del trabajo que en la actualidad llevamos a cabo en estas complejas condiciones. Y, curiosamente, los conceptos principales de estos autores se refieren a distintos aspectos o momentos del desarrollo psíquico del sujeto. Situemos, por ejemplo, a Melanie Klein con sus posiciones *esquizoparanoide* y *depresiva*, que inspiraron gran parte de los desarrollos de Bion, quien hablaba de *partes psicóticas* de la personalidad o de *elementos beta*, en contraposición a las *partes neuróticas* y *elementos alfa*, más maduros. O las elaboraciones de Pichon Rivière sobre el funcionamiento *estereotipado* y los *miedos básicos* del grupo en sus fases prematuras, frente a la *adaptación activa* y la resolución *dialéctica* en las más avanzadas. La *dependencia* frente a la *creatividad* y el *juego* infantil, descritos por Winnicott, las relaciones de *interdependencia* frente al desarrollo de la *virtualidad sana*, en Badaracco, e incluso el *goce* y *lo real* frente al *fantasma* o a lo *simbólico-imaginario*, en Jacques Lacan, resultan ejemplos de conceptos psicoevolutivos y de influencia cultural que se aplican hoy a la clínica grupal.

Es por ello que, en no pocas ocasiones, hayamos oído la comparación entre el niño, el paciente grave y la situación grupal. En el sentido de que un grupo terapéutico en sus momentos más inmaduros —también un equipo de trabajo cuando está menos cohesionado— se parece en su funcionamiento a la mente de un niño, o a la de una persona con dificultades psíquicas graves, que al fin y al cabo está detenida en fases infantiles del desarrollo. De forma que se defiende con mecanismos más inmaduros, de tipo psicótico. Por el contrario, en los momentos de mayor elaboración de un grupo —o cuando un equipo está mejor acoplado— éste funciona como la mente de un adulto, o de un paciente no tan comprometido, utilizando defensas más evolucionadas y cercanas al modo neurótico.

DIARIO DEL NAVEGANTE

Veamos ahora si, en las siguientes líneas, soy capaz de transmitir algo de lo que vivimos diariamente en nuestro equipo de trabajo.

Un día cualquiera de comienzos de 2017

¡Qué loco estoy! pienso cuando aún no son las ocho de la mañana y ya llevo un buen rato con los ojos fijos en la pantalla del ordenador. A solas, en mi despacho, intento descifrar ese montón de flechas y letras que han ocupado mi cabeza durante buena parte de las navidades. «El grafo del deseo», le llamó su autor. ¡Como si se pudieran plasmar nuestros deseos y miserias en cuatro fórmulas! Y aquí estoy, maldiciéndolo pero dedicándole mi esfuerzo. En fin, si algo me han enseñado algunos años de terapia es que en las temporadas en que uno zozobra mejor no quitar las agarraderas que nos mantienen a flote. Y desde que hace unos meses comenzó este maldito insomnio y la manía de llegar tan temprano al trabajo, dedicarme esta primera hora del día parece que me sienta bien. A veces, termino algo de la jornada anterior. A veces, preparo lo que voy a hacer ese día. Otras, simplemente, leo o escribo. Mientras escucho de lejos cómo van llegando los compañeros, las bromas y risas de buenos días, me avergüenza que piensen que es una más de mis rarezas. Por suerte, estos años de trabajo en equipo están haciendo que vayamos conociéndonos, que sepamos más de los descosidos de cada cual y que respetemos las formas en que cada uno los va remendando.

A las nueve todos al centro de operaciones, esa sala pintada de azul, mitad cocina mitad oficina, cuya mesa central siempre está llena de comida, para calmar las angustias de la convivencia entre sujetos sufrientes (y no me refiero sólo a los pacientes). Hoy, primer día en que volvemos a estar todos tras las vacaciones navideñas, dedicamos buena parte de la reunión a ponernos al día. Nos da tiempo, entre medias, a echar de menos a

una compañera que se incorporará más tarde por una prueba médica. Surge la preocupación por la salud de un hijo, el fallecimiento de un paciente que atendían unos conocidos, nuestra dificultad para tomar decisiones cuando no estamos todos... Ausencias, bloqueos, pérdida de salud, muerte... parece claro el tono depresivo que se repite cada año en estas fechas. Y que normalmente coincide con el ánimo de nuestros pacientes, que nos los suelen recordar con empeoramientos aparentemente incomprensibles.

Terminada la reunión, entro junto a un compañero y a una alumna al grupo de psicoterapia. Dieciocho vidas rotas nos esperan sentadas en círculo. La primera en la frente: una de mis pacientes entra segundos después de que yo haya cerrado la puerta, y tengo que recordarle que, como tenemos encuadrado, debe permanecer fuera. Me gano sus desaires, improperios y un portazo final. Las protestas de sus compañeros, reprochándome, ahogan mis intentos por explicar el sentido de la norma. Una paciente se levanta y se marcha. Se excusa en que debe responder una llamada por un tema legal, no sin antes comparar al grupo con una cárcel. Alguien nombra el cachondeo de reunión que está resultando. Consigo armarme de la calma suficiente para señalar que los dos acontecimientos —portazo y huida carcelaria— pudieran expresar el enfado y la decepción que el grupo manifiesta estos días. De inmediato se destapa un enfrentamiento entre dos mujeres que, irresuelto desde hace semanas, posiciona a los compañeros en uno u otro bando. En el intercambio verbal de golpes se repite varias veces un lapsus: «meterse la mano (en lugar de «meterse la lengua») por el culo». Durante muchos minutos se extiende esta protesta sádico-anal. Emergen significantes bélicos (conflicto, paz, ataque, defensa) y fantasías de división y ruptura grupal. Los reproches mutuos acaban en cuestionamientos al equipo que no sabe, dicen, mediar ni moderar conflictos... falta la ley. Después de tres cuartos de hora de diarrea verbal, las invitaciones a la reflexión de los coterapeutas, ayudados por una paciente veterana, parecen surtir cierto efecto. Entonces, las «generales» de cada ejército se desarman y lloran. Relatan el desamparo, el sentimiento de fracaso y los deseos de venganza que, puestos hoy en escena, repiten los tropiezos que, a lo largo de sus vidas, han sufrido en otros grupos. Y su sensación de incompetencia de quienes debieron velar por el orden y la ley. El clima, ahora de mayor reflexión, nos permite a los terapeutas resumir sobre lo ocurrido y relacionarlo con algunas anécdotas de las semanas previas. Aparecen en el grupo el arrepentimiento, la culpa y algún intento de reparación.

Aminada la tormenta —al menos la de los pacientes— llega la nuestra. El espacio donde el equipo suele ventilar las emociones del grupo resulta hoy un caótico entrar y salir de compañeros, que vacían sin filtro sus preocupaciones: «ha llamado aquel paciente que dimos de alta», «están listos los cuadros para el concurso de pintura», «¿solucionamos ya lo de las grabaciones de las terapias?». Para cuando acaba el bombardeo, mi cabeza no da más que para comunicar que en la siguiente hora —mientras

todos recogerán los adornos de Navidad— no atenderé a nadie a nivel individual. «No pasa nada», me dice condescendiente una compañera. Sin duda, sabe cuánto me ha afectado esta semana el fallecimiento de un íntimo amigo (¿dónde se dibuja eso en su grafo, señor Lacan?). Además, la entrevista de ayer con esa paciente me dejó exhausto. Después de un año de venir a diario, sigue sin hacernos ni caso. Menos mal que han disminuido las autolesiones, el alcohol y el entregarse al primero que le dedica un mínimo afecto, que obviamente nunca sintió durante su infancia. Pero el modo en que ahora vuelca su mierda en nosotros... ¡es tan cansado! Desde luego, parece servirle porque, aunque sea a mi costa, hoy era la más lúcida del grupo. Y mañana tengo otras dos entrevistas: con el chavalito joven, que no lleva ni un mes, debo seguir tratando sus dudas sobre este tratamiento. No sabe qué carajo hace aquí (ya somos dos). Mientras nos exige una medicación para sus obsesiones y su miedo a morir, el equipo intenta, sin mucho éxito, que nos hable de su vida y sus emociones. El otro entrevistado (por fin una buena noticia) es el muchacho que pronto se marchará de alta. Conseguimos penetrar en su autismo psicótico y, con mucho esfuerzo —que incluyó hacernos cargo de la locura familiar—, sale de aquí con una medio novia y algunas ganas de volver a trabajar.

Me pongo, entonces, con esas tareas que me gustan tan poco: pedir analíticas, revisar medicaciones... que me recuerdan que la facultad donde estudié —aunque ya hace años que abandoné la bata— es la de medicina (¿por qué no me dedicaría a las letras que era lo que me gustaba?). Preparo también la sesión clínica que, cuando terminemos de comer con los pacientes, me toca hoy exponer a los compañeros del servicio. No debe ser casualidad que la haya dedicado a cómo influyen las vivencias personales en esto de ser terapeuta.

Unos meses después, de nuevo atrapado por el insomnio, termino de armar este relato en una habitación de hotel en Shanghái. Mientras leo, atónito, que a uno de mis cantantes favoritos —reconvertido en activista político, abanderado de las causas sociales y anticapitalista de pro— le han descubierto un romance con una diputada del Partido Popular. Así somos, tan necesitados de agruparnos como temerosos a perder con ello nuestra identidad. Pura contradicción. No, si al final va a resultar que no estoy tan loco.

LLEGAR A BUEN PUERTO

La «sala de máquinas»

Como advertíamos, resulta muy difícil transmitir la diversidad y complejidad de situaciones por las que atraviesa un equipo a largo de los años. Consciente de tal dificultad —pero negándome a desistir de intentarlo—

he tratado de mostrar, en esta pequeña viñeta, un día cualquiera por las entrañas de mi lugar de trabajo. Obviamente, mucho de lo relatado corresponde a mi vivencia personal. En otros puntos, no obstante, traslado aspectos ligados a mi rol profesional, como psiquiatra y psicoterapeuta, dentro del equipo. Asimismo, pueden entreverse algunos detalles que apuntan a lo organizativo o institucional. De modo que no serán experiencias totalmente ajenas para quienes desarrollen su tarea en contextos parecidos; ni tampoco pasará inadvertido que algunas escenas, aun relatadas con una vis cómica, dejan asomar la amalgama emocional a que nos vemos expuestos —no sólo en tanto profesionales sino como sujetos— en un tratamiento psicoterapéutico intensivo de esta índole.

En un segundo tiempo, el repaso de la videograbación del grupo, junto con el de las notas tomadas en otros espacios de esa misma semana, arrojó luz sobre el momento en que nos encontrábamos. Es conocida por quienes atienden a personas con dificultades psíquicas graves, su gran sensibilidad a los períodos vacacionales, por cuanto reactivan las dolorosas pérdidas que suelen haber atravesado en sus vidas. En este sentido, acabábamos de finalizar un período especialmente removedor, como es el navideño. Además, las vacaciones son temporadas en que el equipo trabaja con menos personal, lo que solemos acusar notablemente. A este ambiente de decaimiento y nostalgia, se sumó la coincidencia de varios pacientes que iniciaban su proceso de alta. Al igual que el inicio del tratamiento, la separación del centro —aunque intentamos cuidarla y adaptarla a cada persona— corresponde a un período muy delicado, en el que con frecuencia se producen regresiones importantes. Éstas pueden tomar la forma de descalificaciones a los compañeros, al equipo o, simplemente, de dudas sobre el beneficio del tratamiento, negando los avances conseguidos hasta ese momento. Así pues, una atmósfera de cuestionamiento al equipo impregnó los espacios grupales de esa semana, tanto en los pacientes que evaluamos grupalmente antes de su incorporación al programa, como en los que, finalizado el mismo, siguen acudiendo ocasionalmente en formato de «apoyo». Y, por supuesto, en los que atendemos cada día y en sus familias, como reflejaba el contenido del más reciente grupo multifamiliar, que se centró, durante buena parte de la sesión, en dudar de la capacidad del equipo para desarrollar su tarea.

Equiparse para los naufragios

Seguramente, compañeros con un mayor recorrido estén más autorizados a exponer las condiciones para que un conjunto de profesionales trabaje bien equipado. Con todo, me atreveré a mostrar cuáles nos han servido en nuestro caso.

En primer lugar, disponer de espacios de *formación conjunta*. Los equipos son irremediamente heterogéneos. No sólo por los distintos

roles profesionales que los conforman (terapeuta ocupacional, enfermero, psicólogo, psiquiatra, etc.), ni por la desigual formación en psicoterapia de sus miembros, sino, también, porque los integran personas de distinta madurez, o que atraviesan diferentes momentos vitales. Sería muy recomendable tener en cuenta esta variable en la formación de un equipo y en la evaluación de su tarea. Aun sin el propósito de eliminar estas diferencias, en nuestro equipo nos ha resultado especialmente útil la adquisición de una filosofía común de trabajo. Y estamos pudiendo hacerlo, en gran medida, gracias a los espacios formativos que compartimos: seminarios, cursos, espacios de lectura, visionado de vídeos, etc.

Asimismo, consideramos de gran ayuda los espacios de *autoobservación*. Uno de los más importantes es la supervisión mensual, donde desde hace años compañeros con gran experiencia nos ayudan a pensar sobre los atolladeros en que nos vemos envueltos, tanto a nivel clínico como en la relación profesional. Gracias a este asesoramiento, hemos instaurado un espacio de reflexión donde el equipo puede ventilar emociones o cerrar aspectos que han quedado insuficientemente tratados durante la semana. Pero más allá de estos espacios reglados para favorecer el diálogo, progresivamente se va instaurando una cultura de comunicación, por la que podemos expresar al compañero, sin tanta vergüenza o pudor, cuestiones que hasta hace no mucho silenciábamos, y que obviamente terminaban manifestándose de variados modos: alianzas, desavenencias, dificultades anímicas, somáticas, etc.

Finalmente, hemos comprobado que la *estabilidad del equipo* —tan frecuentemente interferida por contingencias institucionales— supone un instrumento de incalculable valor. No sólo porque todo lo anterior puede llevarse a cabo de forma más homogénea y progresiva, sino porque en un contexto como el nuestro las personas que atendemos —frecuentemente tocados por la inconstancia e imprevisibilidad en sus vidas familiares— se ven terriblemente afectados por los cambios de personal. Una retraumatización que se evidencia, incluso, con los movimientos del personal en formación que suele rotar por nuestro hospital de día.

No obstante, con *llegar a buen puerto* he querido referirme a un final que, en mi opinión, resulta más bien una utopía. La travesía grupal que se despliega en cada equipo de trabajo se ve interferida por multitud de amenazas de naufragio. A pesar de disponer de la mejor tripulación —digamos el equipo personal y profesionalmente mejor preparado— es posible que surja un problema en el barco —entendiendo por tal las dificultades derivadas de aspectos organizativos o institucionales—. Pero, en el mejor de los casos, aun contando con la nave mejor construida, podría acontecer un temporal —digamos cambios políticos o sociales— que pudiera, si no mandar a pique a todo el barco, arrojar por la borda a algunos de sus tripulantes. Eso sí, a pesar de este difícil escenario, es muy importante mantener la constancia y el optimismo. Aunque los irremediables naufragios ponen

a prueba nuestras capacidades, no siempre tienen un desenlace fatal. Con una sólida preparación y convicción en el trabajo grupal y en equipo, comprobaremos que estamos más preparados de lo que creíamos para nadar hasta llegar a tierra; y, con un poco de suerte, agarrarnos a los flotadores que, si estamos atentos, hallaremos en el camino. Si bien por temporadas el trabajo grupal puede parecer complicado y solitario —como en una isla desierta— la espera paciente suele descubrir otros proyectos, otros barcos, con los que iniciar una nueva travesía que, a buen seguro, tornará más enriquecedora y satisfactoria la carrera del marinero grupal.

CONCLUSIONES

En este trabajo he querido enfatizar la diferencia entre grupo y equipo, partiendo de la etimología de ambos conceptos y del uso que se hace de ellos fuera del ámbito sanitario. He intentado aplicarlos al campo de la salud mental, en base a mi experiencia como integrante de un equipo psicoterapéutico que atiende a personas con sufrimiento psíquico grave, fundamentalmente desde una perspectiva grupal y en la red pública. Por último, he querido proponer dos dimensiones o niveles de funcionamiento que con frecuencia se alternan en los equipos de trabajo, basándome en conceptos psicoanalíticos del desarrollo psicoemocional. Me he referido a ellos como *agrupamiento* y *equipamiento*.

Así, un conjunto de personas funcionaría *agrupado* cuando predomina el componente *afectivo* o *pulsional*. Frente a los obstáculos que surgen en el desarrollo de su tarea, aparecen *angustias confusionales* o *paranoideas*, que amenazan con su fragmentación y le obligan al uso de *defensas* inmaduras de tipo *psicótico* o *límitrofe*. Sus individuos establecen *relaciones narcisistas*, instalándose en posicionamientos rígidos y estereotipados que, lejos de favorecer la tarea, constituyen un punto de fijación al que volverán en circunstancias similares en un futuro.

Por el contrario, el mismo conjunto funcionaría *equipado* cuando predomina el componente *ideativo* o *representacional*, las *angustias depresivas* que no amenazan su integridad y el uso de *defensas neuróticas* más maduras. Sus individuos establecen *relaciones de tipo objetal*, adoptando soluciones creativas y flexibles que permiten aprender de la experiencia, y una adaptación más saludable al medio en que se desenvuelven.

REFLEXIÓN FINAL

En un futuro inmediato, el progreso de la terapia de grupo probablemente dependa de que se desarrollen, al menos, las siguientes tres vías fundamentales.

En primer lugar, la investigación. Pienso que, en sus niveles más básicos, la investigación debe partir de lo cotidiano, del día a día, de atrevernos a enseñar lo que hacemos sin vergüenza. Y quizá, después, quienes tengan interés y formación en la aplicación de criterios metodológicos rigurosos, puedan encontrar en el relato de esas experiencias —digamos más cualitativo— una base sobre la que desarrollar investigaciones más complejas.

En segundo lugar, la *teoría*. Me considero un ferviente defensor de que la teoría esté más presente en las conversaciones que los profesionales mantenemos diariamente sobre nuestra tarea. Lo cual no sólo requiere un profundo trabajo de lectura y estudio del psicoterapeuta grupal, sino de comunicar qué autores visitamos o qué conceptos manejamos, porque ello nos ubica en una posición desde la que dialogar. Eso sí, abandonando la rigidez, dejándonos impregnar por otros autores y concepciones, e incluso reconociendo cuándo debemos dejar a un lado los presupuestos teóricos. Además, lejos de pensar que teorizar es un terreno reservado a las mentes privilegiadas, deberíamos intentar —desde una posición humilde pero valiente— *hacer teoría*. Se trata de jugar con los conceptos, estirarlos, darles la vuelta, hacerlos nuestros o pelearnos con ellos, juntarlos o proponer otros nuevos, etc. De modo que este incesante movimiento en el pensamiento del psicoterapeuta grupal pueda ayudar tanto a sus fines clínicos como al enriquecimiento de su disciplina.

Finalmente, lo anterior carecería de sentido de no realizarse en el marco de la *clínica*, de las galeras de nuestro trabajo diario.

Es seguramente de la interrelación de estas tres áreas —teoría, investigación y clínica— que la terapia de grupo (y su aplicación a los equipos de trabajo) allanará el camino de quienes nos embarcamos cada jornada en la compleja travesía de la salud mental.

v

PSICOTERAPIA DEL GRUPO FAMILIAR

LA ESCUCHA PSICOANALÍTICA DEL GRUPO FAMILIAR: ¿QUÉ PSICOTERAPIA?

Paloma de Pablos Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Mi intención con esta comunicación es compartir algunas reflexiones que reflejen la experiencia de 25 años de trabajo en dos Equipos de tratamiento a familias vulnerables, en riesgo social, desestructuradas, que han sido abordadas desde una perspectiva grupal y psicoanalítica, con dispositivos (encuadres) integrados en la red de Servicios Públicos de Salud Mental. Realizar este camino nos ha requerido una mirada sobre el propio grupo familiar, un análisis personal del grupo interno, la novela familiar que incluye las alianzas de los vínculos de pareja de padres y abuelos, los vínculos fraternos, los secretos, en definitiva las transformaciones y fracasos en la transmisión de la genealogía. Análisis de las *alianzas conscientes-inconscientes*, que nos han llevado a elaborar la significación de las evocaciones de los espacios de *casa familiar*, y el sentido del *contrato narcisista familiar originario*, y los *sucesivos* desplazamientos transformadores a tantos otros vínculos significativos que constituyen y amplían nuestra subjetividad, y el sí mismo familiar. Ese análisis personal nos ayuda a clarificar las diferenciaciones necesarias para el trabajo de análisis de la transferencia y contratransferencia, que ha acompañado el proyecto.

Esta posición de analista es la base que permite sostener la distancia óptima, la abstinencia simultánea a la implicación, la capacidad de pensar, la función de «reverie» ante el impacto de los movimientos transferenciales con que nos sorprenden las familias, y la institución en sus condicionamientos, no siempre contenedores. Como psicoanalistas hemos heredado de Freud una teoría compleja y articulada sobre la memoria y el recuerdo. Freud nos ha permitido también descubrir como la acción representa un modo de recordar, que se da cuando lo que ha sido olvidado o reprimido no puede ser reproducido en forma simbólica y no puede hacerse consciente. Junto a una memoria que se caracteriza por el saber que se recuerda, existe una memoria ligada a la reactualización de las experiencias pre-verbales del pasado, una memoria silenciosa pero perceptible en actos y huellas corporales, que informa del tejido de los vínculos del sujeto sujetado a su grupo familiar. Para comprender y desvelar las funciones y configuraciones del tejido de los vínculos al interior de la familia, hemos ido evolucionando en nuestra concepción grupal.

La familia es un grupo animado a la vez por afectos y fantasías compartidas, en su perspectiva social su función está ligada a la construcción de subjetividad, esta es la perspectiva de la Psicología Social. Sin embargo la escucha y la clínica del grupo familiar y de la pareja desde una perspectiva psicoanalítico-vincular, nos hacen comprender que la función al interior de la familia es *la transmisión de la vida psíquica, y este dictado está en el corazón de la vida familiar, y la genealogía familiar es la médula y envoltura de esta transmisión*. Esta transmisión teje la trama del sí mismo familiar y las condiciones de pertenencia del grupo familiar, generando la piel desde la que la familia se inscribe en su contexto social. Desde lo más interno intrapsíquico a lo trans-subjetivo en el lazo social, se producen constantes elaboraciones de las corrientes intrapsíquicas, de las defensas transpersonales dentro del grupo familiar.

El sujeto es constituido por una grupalidad que le precede, le espera, y le identifica dándole un lugar: en el encuentro del vínculo primario, donde se inicia el proceso en el que el sujeto es beneficiario y heredero de lo que aún tendrá que apropiarse, participando de la creación de ese lugar ofrecido e investido por el grupo familiar, y también transformándolo. Es un trabajo psíquico que concierne al sujeto singular y al grupo, un recorrido de la diada y «su» pre-verbal al nosotros grupal. El tercero sujeto del vínculo será una persona, un grupo, una institución o incluso una idea; recuerda al tercero paterno, a la metáfora paterna. Benévolo o malévolos el tercero funciona como continente de la relación dual.

La transmisión de la realidad psíquica desde los padres no modela la de los hijos de una forma pasiva. Entendiendo la familia como grupo el inter-juego vincular resulta del doble movimiento de las impresiones de los padres sobre los hijos, y de las expresiones de los hijos hacia los padres. La parentalidad es un vínculo grupal. La reciprocidad de los investimentos está en la dinámica de los vínculos dentro del grupo familiar y en apertura a los contextos exogámicos de influjo, que impregnan de influencias y que conciernen a la transformación proveniente de lo social.

En nuestra sociedad comienza bien pronto el interjuego del sujeto infans y sus otros grupos de experiencia, estando en constante exposición-elaboración de «aprehendizajes» en diversos planos simultáneamente: Tempranamente lo íntimo, lo privado y lo público se inaugura con la crianza de los hijos, en cada grupo familiar. Esto tiene importancia en las relaciones familia-institución, y la reflexión sobre el uso de nuestro saber de la clínica de la familia, y el uso de este saber dentro de los Equipos y en los trabajos de coordinación en red.

La transmisión tiene en la novela familiar su dimensión de narrativa consciente, y una dimensión inconsciente, en todo aquello que emerge como enigmático, en las producciones y actos sintomáticos. La elabo-

ración de la historia familiar es una línea de la terapéutica del grupo familiar, el grupo de terapia familiar psicoanalítica requiere de ciertas condiciones para su realización. Las historias familiares recogidas por las instituciones son también narrativas que influyen en la constitución de la subjetividad y del sí mismo familiar, a veces los pacientes hablan de su identidad usando los diagnósticos, individuales o familiares, esta perspectiva es contraria a la idea de elaboración terapéutica del grupo familiar que hemos practicado y pretendemos. Nosotros no hablamos de roles grupales sino de lugares familiares, lugares que están determinados por las funciones del parentesco, son los lugares posibles que se contienen en los vínculos del parentesco, en la estructura inconsciente de la configuración vincular del grupo familiar.

Los vínculos del parentesco son 4: parental-filial, marital, fraternal y el del sujeto con su objeto transgeneracional (avuncular). Estos vínculos contienen haces de funciones e inter-funcionamientos psíquicos, se despliegan en coherencia y confrontación dentro de un conjunto totalizador, que es el grupo familiar, ofreciendo en cada familia una peculiar estructura vincular inconsciente. Esta estructura grupal de la familia se instituye y delimita en la prohibición del incesto, y del asesinato, lo que constituye la diferenciación entre las generaciones, y garantiza la renuncia a una sexualidad en descarga pulsional y la diferenciación de lo masculino y lo femenino. Las familias con incestos y violencias trastornan las funciones parentales, invierten el orden generacional, el abuso destruye el funcionamiento simbólico y estructurante de la fantasía, el desamparo resultante fuerza las posiciones adultomórficas de los hijos, que también quedan expuestos a la vulnerabilidad de nuevos vínculos abusivos y de dominación. No deja de sorprendernos que en estas familias abusivas se fuerce el sometimiento al silencio, en razón de preservar la unión familiar.

Cuando por diferentes motivos no puede llevarse a cabo el trabajo psíquico de los acontecimientos familiares, la transmisión psíquica es alienante y no estructurante, lo que es transmitido sin transformación, atraviesa las generaciones y se impone crudamente a los descendientes. Es en esa repetición ciega, donde ciertos fantasmas son ofrecidos a la identificación inconsciente de algún miembro, que va a funcionar como El Portador de lo impensable (Paciente designado, Portavoz, Porta síntoma, etc.). Ocupará un lugar desde el que es depositario de una solución idealizada, mágica, y que en algún momento estalla y evidencia su imposibilidad. El fracaso de esa «secreta» solución desata la angustia que invade al grupo familiar en su brote. De idealizado pasa a ser rechazado, y se desencadena la expulsión del grupo familiar; rechazo de los contenidos psíquicos ligados a los síntomas, cristaliza la inmovilidad del lugar desde el que se le impone la identificación alienante a lo negativo, por impensado, el impensable.

Es el caso del niño robot en las familias psicóticas. Este rechazo tiene su corolario en el rechazo social del terror a la locura y la muerte psíquica.

La teoría analítico-vincular se fundamenta en la unidad o el inter-funcionamiento inconsciente entre dos o más personas, y la disfunción en uno de sus vínculos afecta a todo el tejido vincular del grupo; esto implica un reajuste permanente. La excitación da lugar a una co-excitación, la subjetividad a una intersubjetividad. Investir a otro, fantasear o actuar por otro implica una investidura, una fantasía o una acción regresiva. La reciprocidad de los investimentos está en la dinámica de los vínculos dentro del grupo familiar y en apertura a los contextos exogámicos de influencia. Solo en el caso de los autismos, donde el niño puede identificarse sólo con el negativo transmitido, queda obturada esta apertura, del investimento al afuera... si no encuentra la intervención de un profesional descifrador de enigmas. La repetición no es sólo expresión de un fracaso, es también una nueva tentativa de transformación, y que tiene en el encuentro con un otro desconocido, un nuevo investimento del afuera, una nueva oportunidad para la transformación. Todos esos planos los vamos a vivir en la escena de psicoterapia del grupo familiar.

La familia no es sólo un conjunto de individuos que pertenecen a una misma filiación por consanguinidad. Es un conjunto de individuos sujetos por el sentimiento de pertenecer a un grupo-familia, donde la pertenencia es función psíquica (símbolos, sentimientos, valores, sueños) y tiene otros posibles orígenes de procedencia además de consanguinidad, como en las adopciones, las parentalidades intervenidas con nuevas tecnologías y las familias recompuestas. *En la función instituyente de sus vínculos la familia, el grupo familiar conlleva una capacidad continente y es lugar para la elaboración psíquica de fantasmática familiar, fantasías individuales y sus resonancias grupales.*

Toda familia existe en primer lugar por la creencia compartida entre sus miembros de constituir una realidad trascendente; comparten un pasado, están comprometidos en un presente, pero sobre todo sienten tener un futuro en común. Si el acceso al pasado y la memoria en común está reprimido o escindido, en el presente los vínculos aparecen desvitalizados, desligados, y el futuro está amenazado tanto para el grupo familiar, como para el sujeto singular. La transmisión y las influencias al aceptar los contenidos psíquicos y los afectos de los acontecimientos vividos, juntos o por separado, antes o después de su encuentro, en el espacio psíquico familiar son la vitalidad y fuente de creatividad en la familia. Los acontecimientos siempre van a ser transformados acorde a los mitos y fantasías del grupo familiar.

Nos encontramos con familias que nos traen sus objetos y acontecimientos (inconscientes) transformables e intransformables. La gravedad de los disfuncionamientos familiares está en relación a la carga de objetos-transmisiones intransformables. En el primer caso nos hablan de una historia familiar en la que se contienen sus valores, ideales, ofrecen sus versiones con cierta flexibilidad, pueden escucharse y recibir los matices afectivos en los vínculos inter-individuales, activados al calor de

la transferencia con los terapeutas, por el deseo de reconocimiento y la demanda de reciprocidad. Son los casos que gratifican y sus resistencias nos resultan tratables, suelen llegar desde una transferencia que contiene conciencia de sufrimiento, y responsabilidad por el sufrimiento del otro.

En otros casos nos encontramos ante presentaciones familiares que nos lanzan su desesperación con versiones crudas, donde se expone una historia dramática en un tono gélido, o que despliegan ante nosotros escenas cargadas de excitación y provocaciones.

Traen relatos cargados de actuaciones que se les atribuye a alguien, culpable, desde una masiva identificación proyectiva sobre ese otro al que se le niega un lugar singular diferenciado. O grupos familiares saturados de sintomatología corporal, como nudo indiscriminado de la cohesión y el sentido de la pertenencia.

Frecuentemente en las más extremas de estas situaciones, cursan sin apenas responsabilidad subjetiva, por lo que es necesario la colaboración y presión de varios equipos para favorecer la constitución de la demanda y velar por la protección psíquica y la atención al sufrimiento de los más desahuciados psíquicamente, o enajenados.

Ahí escuchamos y leemos que estamos ante un grupo familiar con una fantasmática preñada de objetos psíquicos y acontecimientos vividos, no transformados, transgeneracionales, que han quedado enquistados, incorporados, inertes y atacan el aparato psíquico del grupo familiar, y al pensamiento de los terapeutas, y se defiende en fuga de la elaboración psíquica, del proyecto de intervención terapéutica.

Nos referimos a duelos, suicidios, abusos, rupturas de la filiación, enfermedades estigmatizantes, violencias inenarrables.

Lo que ha sido transmitido es la huella de lo que ha pasado y no ha podido ser pensado; huella que contiene el espanto, la vergüenza, la culpa, y las prohibiciones fatalistas que lo acompañan.

Estas diferencias que están en la base de las patologías y disfunciones del grupo familiar, contienen configuraciones vinculares en prevalencia de vínculos objetalizantes, los primeros narcisistas, y perversos los segundos.

La vida familiar es una sucesión de elaboraciones de momentos gratos y dolorosos, alcanzar su tramitación psíquica conlleva procesos de simbolización; crear las condiciones para esa elaboración está en el proyecto de la terapia de grupo familiar psicoanalítica.

La escucha psicoanalítica grupal-familiar permite generar un espacio psíquico de contención, donde la familia puede depositar en los terapeutas del Equipo la fragmentación, los sentimientos de desesperanza, temor, pérdida, creando un lugar protector para el grupo familiar, donde albergar las proyecciones, los mecanismos de disociación, las fantasías catastróficas, ansiedades de pérdida y ataque.

Si este dispositivo se constituye y se sostiene en su capacidad de escuchar y contener las ansiedades del grupo familiar, se instituye en el Equipo

Terapéutico que esa familia admite. Se abre un proceso de reciprocidad de investiduras entre la familia y el equipo.

Se trabaja en un espacio de creación de nueva vincularidad, un neo-grupo. Como en todo grupo se inicia un proceso: primero, el lugar de acogida del grupo familiar por el grupo terapéutico, cierta regresión que favorece la transferencia, para ser comprendida y analizada en sus evocaciones.

El análisis del significado de los síntomas no debe ser el objetivo de las intervenciones terapéuticas. Es mejor estar del lado de la escucha y los señalamientos de los sentidos no conscientes, en las incitaciones recíprocas. Subrayar los afectos desestimados, mostrar el riesgo al desentenderse o banalizar el dolor del otro, perdiendo el contacto desde el que recuperar el valor de reconocimiento mutuo, compartir lo que preocupa, con respeto a las diferencias, y alcanzar soñar, jugar y festejar juntos, recuperando la capacidad de transformación de los mitos familiares. Siempre dentro de lo que transita en la escena familiar, de la que el terapeuta o el equipo ya forman parte.

Estamos trabajando con el preconscious que circula en el espacio terapéutico, propiciando que cada miembro hable desde sí mismo, entre los otros.

El significado inconsciente, el descifrar lo simbólico de los síntomas en los vínculos familiares, en los cuerpos y sus desplazamientos en actuación a los espacios sociales, es tarea del post-grupo del equipo terapéutico. Su devolución al grupo familiar ha de poder tomar la forma de una conversación que ha faltado o falta en el grupo familiar en su perspectiva transgeneracional.

ESPECIALMENTE EN LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES, EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON EL GRUPO FAMILIAR TIENE POR OBJETIVOS

Cuestionar las percepciones que hacen que los vínculos queden paralizados en depositaciones rígidas de sano y enfermo, paciente y no paciente, «el loco de la casa».

Trabajar sobre las resistencias que sostienen la demanda familiar en términos de víctima y victimario: a) el enfermo es la víctima, b) alguno o el resto de los miembros de la familia son víctimas. Y todo lo que impide el despliegue de singularidad de cada sujeto del grupo.

El Equipo ha de tratar de ser soporte de la locura familiar y recuperar la «virtualidad sana» (Badaracco), señalar la interdependencia patógena, y la interdependencia estructurante.

Facilitar el restablecimiento de la atención a las necesidades emocionales, permitir que circulen deseos, evocaciones, rescatar procesos de pensamiento sobre lo interno y lo externo al espacio familiar.

El proceso terapéutico ha de formar parte de una constante revisión de la alianza terapéutica que entra en crisis en cada elaboración resistencial de la relación con el equipo.

El Equipo Terapéutico ha de ofrecer su mediación a cuantos espacios de intervención social, que favorezcan el desvelamiento y el sostén de la elaboración con el proyecto terapéutico, de forma convergente. Apoyando y movilizandando las defensas y resistencias interindividuales que tienden a la escisión del pensamiento, la desestimación emocional de los hitos y eventos estresantes y traumáticos, del devenir familiar.

Avanzar en todos los objetivos propuestos, permite salir de la comprensión del caso como patología individual y dar contención a la dimensión del grupo familiar; para ello es imprescindible abrir el trabajo a la formación de Equipos, al análisis de las inter-transferencias, en el Equipo como grupo, en cada proceso terapéutico.

El conocimiento y la experiencia en el trabajo con grupos familiares están en el trasfondo del manejo de los grupos psicoterapéuticos. El vínculo como estructura, espacio transicional, matriz del grupo interno, el lugar familiar para cada sujeto y su despliegue en los otros grupos.

Las oportunidades de construcción de subjetividad, en los espacios sociales, está atravesada por la sobredeterminación de las repeticiones y las fantasías ligadas a la pertenencia y los orígenes, desplegadas en el grupo.

El abordaje del grupo familiar será condición imprescindible al menos en casos de niños y adolescentes, y en las patologías graves de las familias estalladas, de los procesos traumáticos, de las familias tóxicas, procesos de litigios, violencia, trastornos psicósomáticos.

De las referencias teóricas de esta exposición somos deudores, de su implementación en el trabajo con familias, nos sentimos impulsores de una forma de abordaje terapéutico que se ha realizado e instituido durante 25 años y de la que seguimos dando cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anzieu D. El yo-piel. Madrid: Biblioteca Nueva; 1994.
2. Aulagnier P. La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu; 2007.
3. Bauleo A. Psicoanálisis y Grupalidad. Buenos Aires: Paidós; 1997.
4. Berenstein I. Psicoanalizar una familia. Buenos Aires: Paidós; 1996.
5. Berenstein I. Del Ser al Hacer. Buenos Aires: Paidós; 2007.
6. Berger PL, Luckman T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1972.
7. Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. Buenos Aires: Paidós. 1972.
8. Diatkine G. Las transformaciones de la psicopatía. Madrid: Tecnipublicaciones; 1986.
9. Doncelot J. La policía de las familias. Valencia: Pre-textos; 1990.
10. Eiguer A. El parentesco fantasmático. Buenos Aires: Amorrortu; 1987.
11. Eiguer A. y otros: Lo Generacional. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.
12. Eiguer A. Reconocerse en la filiación en «Clínica y Análisis Grupal» n° 102. 2009
13. Foucault M. El pensamiento del afuera. Valencia: Pre-textos; 1988.
14. García V. La pareja, un lugar para repararse, en el Diván Familiar n° 19. 2005.
15. Kaës R. Sufrimiento y Psicopatología de los Vínculos Institucionales. Buenos Aires: Paidós; 1998.
16. Maldavsky D. Procesos y estructuras vinculares. Buenos Aires: Nueva Visión. 1991.
17. Maldavsky D. Linajes Abúlicos. Buenos Aires: Paidós; 1996.
18. Pichon Rivière E. La teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión; 1979.
19. Pichon Rivière E. El proceso grupal, del Psicoanálisis a la Psicología Social I y II. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981.
20. Sefcick R. La institución su lugar en la psiquis, lo institual y el metaencuadre, en el Diván Familiar, n°1. 1998.

PARENTALIDAD Y GRUPO FAMILIAR

Diana Sastre Alcober

«La adaptación a estructuras parentales está en curso, y proseguirá irreversiblemente creo, aunque aquí y allá puedan preverse reacciones, frenos, desigualdades de ritmo. Numerosas mutaciones se hallan en curso...»

DERRIDA, J. En: *Y mañana qué...?* (1)

El trabajo grupal es arduo, nos convoca a recorrer múltiples caminos, especialmente hacia nuestro propio grupo interno. Armando Bauleo nos abrió la puerta de lo grupal y lo familiar tanto a mí como a muchos otros compañeros, resaltando la importancia de nuestros análisis individuales y grupales, para desmenuzar nuestra historia familiar y nuestros fantasmas. Y continuamos haciéndolo.

En el momento que celebramos las I Jornadas sobre Psicoterapia de Grupo de AEN, en octubre de 2017, nos preguntamos: ¿cómo influye la situación social en los grupos familiares de hoy? La dicotomía en la situación de Cataluña/España, sobre los movimientos involucionistas en Latinoamérica: Argentina, Brasil, Venezuela, Trump en EE. UU., y los efectos que encontramos: familias enfrentadas, divididas, disgregadas, tristezas, dolor; historias familiares que nos atraviesan.

Y es que, junto a los avances tecnológicos y científicos imparables, estamos viviendo retrocesos y desgarros en lo social, en lo político. Recordaba a Silvia Bleichmar en su libro «Dolor país» (2), escrito ante la crisis de Argentina del 2002, quien eligió el título parafraseando a Unamuno con su frase «Me duele España». Y aquí, ahora, ¿cómo nos afecta lo social, lo histórico, lo cultural, al grupo familiar actual?

Para ello debemos mirar hacia atrás, desde donde venimos, para abordar el grupo familiar y la parentalidad en las nuevas configuraciones; ya que hemos pasado del grupo de familia tradicional, de la foto «ideal» de un padre, una madre y los hijos, a las transformaciones que fueron apareciendo en los 80: separaciones, migraciones, conflictivas familiares ante las toxicomanías, entre otros.

Dentro de este recorrido, a mediados de los 90, empezamos a trabajar con familias de adopción internacional, acompañándolas en todo el proceso adoptivo y post adoptivo. Significó abordar duelos, expectativas, profundizar en los vínculos y las dificultades para establecerlos.

En estos años aumentaron las consultas de familias separadas, divorcios conflictivos, custodias compartidas. Nos encontramos además con parejas homo y heterosexuales que están en procesos con técnicas

reproductivas diversas. Son demandas que estamos trabajando con un aumento considerable. Vamos incluyendo en este amplio abanico además de las familias separadas y reconstituidas, parejas que han tenido hijos por fecundación in vitro, hogares monoparentales de hombres y mujeres sin pareja que acceden a la maternidad por inseminación, familias con hijos de reproducciones asistidas, con donantes de esperma u óvulos, embriones congelados y vientres de alquiler/gestación subrogada. Por otra parte, encontramos nuevas formas de adopciones de niños: además de las ya conocidas que provienen de niños generalmente abandonados, se incorporan las de parejas heterosexuales que se han divorciado y han constituido otras parejas, sean hetero u homosexuales, y comparten la crianza de sus hijos, y modalidades de no parejas, pero que deciden tener un hijo: aparecen acuerdos entre amigos y encuentros sexuales ocasionales con el objetivo de lograr un embarazo.

Confrontando estos retos con los conceptos básicos de grupo y grupo familiar: a las nociones de «vínculo y tarea» pichonianos, y el de «ámbitos» blegeriano de nuestro ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo), hemos ido incorporando estudios de diferentes líneas grupales de analistas como A. Bauleo, H. Kesselman, E. Pavlovsky, N. Caparrós y N. Espiro. E e incluimos nuevos conceptos: el del ámbito «global» de Montecchi en lo grupal y los aportes vinculares de R. Kaës, F. Berenstein, A. Eiguer, R. Jaitín, A. Carel, S. Tisseron, entre otros.

Estas conceptualizaciones hacen que percibamos que los cambios de la sociedad actual en las manifestaciones de los propios deseos del sujeto y en la sexualidad están desencadenando subjetividades y diversos procesos de identidad que conforman grupos familiares y parentales que conmueven a «lo instituido: familia tradicional» como plantea F. Blestcher (3).

LOS VÍNCULOS, DE NUEVO LOS VÍNCULOS

Diversas formas de conformar el grupo familiar, métodos novedosos para organizarla que no paran de aumentar, pero ¿qué pasa con los vínculos que se establecen?, ¿cómo se transforman los vínculos familiares, antiguos, nuevos? Bauleo en «De nuevo la familia», nos hablaba de la repetición de los síntomas en el grupo familiar, de las identificaciones y del proyecto de familia que, aún con formas diferentes, intentan cumplir demandas intergeneracionales y sociales, en pleno funcionamiento del ideal del yo (4).

«Vínculo o relación, interacción, contrato inconsciente, interfantasmaticización, convivencia inconsciente o construcción; no miramos sólo los contenidos inconscientes del vínculo, sino su despliegue en varios niveles, del más superficial al más profundo, a aquello que los une y los articula» plantea A. M.^a Nicoló analizando el concepto de vínculo con amplitud (5).

A partir de aquí se abre el abanico de vínculos: filial, pareja, fraterno, avuncular; son la base del juego vincular y fundamental para la constitución psíquica, como sostiene Kaës (6).

El grupo familiar atravesará situaciones y acontecimientos, realizando un trabajo psíquico grupal, reestableciendo y resituando alianzas en el devenir de la historia del grupo familiar: alianzas de pareja, pactos y contratos inconscientes, proyectos familiares, nacimientos, crianzas, educación, lazos familiares, fraternidades y la filiación/ parental, relación con la familia extensa...

Consideramos a la familia como un espacio grupal proveedor de funciones primordiales. En la base de la «tarea» familiar, podríamos destacar que tenderá las bases para la constitución psíquica del hijo, no sólo su crianza; para ello el infans necesitará, por una parte, tejer su propia escena originaria, ubicarse desde su «propia escena originaria», historizarse; por otra, significará plantearse el trabajo de investigación histórica familiar infantil, partiendo de la investigación sexual freudiana, acerca de la diferencia de los sexos, y también el trabajo de «filiación» para construir su historia, que deviene de la propia historia de sus padres, de los grupos que le anteceden, en la vinculación inter y transgeneracional.

La construcción de su propia historia, de su constitución psíquica, no deviene desde un desarrollo biológico, sino de una elaboración psíquica, no sólo en los niños, sino también del grupo familiar que lo alberga.

Desde la línea base del vínculo parento filial, el concepto de parentalidad presenta una amplia gama de elementos: incluyendo aspectos preconscientes y conscientes, implicaciones sociales, económicas, educativas, de ocio, incluida la moral social predominante, y la posición de la ética de la función por sus efectos en el modo de crianza, de encuentro /desencuentro afectivo.

La Parentalidad es un concepto que ha generado controversias. Algunos autores lo han considerado como un concepto idóneo para representar todas las habilidades que deberían tener los padres (se ha convertido a veces en una lista interminable). Visto así, termina culpabilizando a los padres por lo que *no hacen*. Desde nuestro punto de vista, para abordar las dificultades parentales, lo importante no es lo que no hacen, sino lo que *no pueden o no quieren hacer*.

Como habitualmente ocurre, es según dónde pongamos el acento, y desde dónde partamos. Racamier, en el Diccionario de Mijolla (7) usa el término parentalidad por primera vez en los años 60, definiéndolo como el proceso de maduración psíquica en los padres; destacando que sólo los roles y funciones no terminaban de dar cuenta de los procesos parentales, por lo que se comienza a integrar en el término los aportes de diversas ciencias como la antropología. Héritier investigó sobre el parentesco, estudiando la crianza y las leyes que la regulan en diversas épocas y sociedades, enriqueciendo el concepto desde las comparaciones con di-

ferentes culturas, mitos, de la diferencia sexual y de la crianza en las diversas sociedades (8).

Es pensar la parentalidad como una función básica, que incluye las funciones materna y paterna, de sostén o de terceridad, no adjudicándolo en relación al sexo biológico, ni cada función por separado, pudiendo ser alternadas, compartidas o hijas.

Analizando la parentalidad como función, que se da en el encuentro «entre» padres e hijos, Rotenberg remarca: la paradoja de que el niño «es hijo de estos padres, pero «no es» de los padres, enunciando la castración simbólica edípica y preedípica, necesaria para una buena instauración del vínculo parental.

A partir de conceptos de García Badaracco, ella enfatiza la relación de parentalidad con el de «interdependencias», incluyendo en él los fenómenos emocionales que permiten una mayor comprensión de la complejidad de los lazos parento-filiales y su abordaje terapéutico, que pueden explicar muchos compromisos psicopatológicos y orgánicos, en la amplia gama de la sintomatología infantil y adolescente (9).

El aspecto cualitativo y dinámico de la parentalidad pone el acento en el proceso madurativo, no tanto en la elección sexual de sus integrantes, siendo importante el conjunto de los reajustes psíquicos y afectivos que permiten llegar a ser padres, para responder a las necesidades corporales, afectivas y psíquicas de sus hijos y a la dedicación y afecto en la crianza.

En este sentido, pensar en la función parental es pensar en la evolución de la función parental, que debería ir variando de acuerdo con las necesidades del hijo, entrando en juego ya desde antes del nacimiento. La disponibilidad del adulto que esté vinculado al infans, es muy diferente si se enfrenta a las necesidades de un bebé: ya que deberá estar pendiente de sus mínimas señales, de su ritmo de sueño y alimentación, funcionando como un yo auxiliar; o si está ante las necesidades y acompañamiento de un niño en latencia; o ante un adolescente, donde los planteamientos y cuestionamientos hacia los padres estarán en el centro de la relación parental y del espacio de comunicación, de respeto, y de otra forma de demostrar afecto ante el hijo. Es poder plantear el crecimiento no sólo del hijo, sino también de la evolución de los padres en su función parental.

Las preguntas sobre las diversas parentalidades son muchas y también nos preguntamos: ¿Las parentalidades heterosexuales, en sí mismas, son garantes de salud y de no patología?; ¿Cómo entender las homoparentalidades en relación con la organización psíquica del sujeto desde una comprensión intersubjetiva y transgeneracional de los vínculos?, ¿Qué pasa con la función materna y paterna?

Presentamos tres viñetas para ejemplificar las temáticas de diferentes grupos familiares.

Viñeta 1

«Mis madres se pelean todo el tiempo por estar conmigo, lo que quiero es ir a jugar con mis amigos y nunca puedo».

El niño, de 7 años, viene a consulta traído por su madre, por diversos trastornos psicossomáticos. Su nacimiento fue fruto de un embarazo monoparental con donante masculino. El niño es posteriormente adoptado por la pareja de la madre cuando tenía nueve meses; después de un año de convivencia se separan, y la segunda madre se empareja al poco tiempo con otra persona. Ambas comienzan una lucha titánica por el niño: la primera madre dice: *¡pero si yo fui la que tuve al niño, ella sólo firmó!* El pequeño siente que no hay espacio para él, y en voz muy baja dice: *es que yo quiero ir a la casa de mis amigos y nunca me dejan*. Hay que puntualizar que esta situación también la encontramos en las parejas heterosexuales.

En este caso encontramos problemáticas en la realización de la fertilización asistida, la adopción posterior realizada como trámite burocrático y la sintomatología psicossomática, que parece consecuencia de la objetalización del niño. Es un caso abierto, en el que deberemos profundizar en las vinculaciones de cada miembro de la familia en la fantasmática familiar e individual.

La parentalidad comienza ante el deseo, la búsqueda, o las fantasías de tener un hijo. Pero ¿qué sucede cuando nos encontramos con una búsqueda de un hijo a cualquier precio?, es lo que P. Alkolombre denomina «Pasión de hijo» (y no deseo de hijo); un destino particular de maternidad y también de paternidad, marcado por la intensidad afectiva y por la insistencia en la búsqueda de un embarazo, aún al precio de la autodestrucción. «Serás mío o de nadie» (10).

Surgen muchas preguntas sobre la reproducción hetero y homoparental en las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). ¿Cuál es la significación fantasmática que resulta para cada pareja en la alternancia de lo ajeno y lo propio en la gestación de los hijos?

Viñeta 2

«¡Odio a la donante!»

«Me desesperaba cuando nacieron los niños, me aparecía continuamente el pensamiento de la imagen de la donante: Me la imaginaba tan joven, guapa, delgada, tranquila, sin todos los problemas que tengo yo. Siento que la odio, odio a la donante, ¡la odio!».

Presentando la fantasía de que los hijos sean producto de una relación sexual de la donante y su marido, excluyéndose ella.

Después de cuatro tratamientos de fertilidad que no prosperaron, se consiguió el embarazo gemelar por ovodonación, utilizando material de

una donante. La demanda familiar es por uno de los niños de 4 años, muy nervioso todo el día. Dicen: «no para, nunca está quieto y llora mucho». Su hermanito es todo lo contrario: pasivo y tímido. El padre muestra tristeza, muy pendiente de ambos niños.

Trabajamos la situación familiar, con ambos padres y los niños, con juegos, dibujos, la historia de los abuelos y las expectativas que tenían. Eran los primeros nietos muy deseados por ambas familias, especialmente la familia paterna. La consigna familiar era «debes darme un nieto ya» convirtiéndose en una deuda familiar. Por otra parte, la madre no se sentía aceptada por la familia, al ser menos, estéril.

Pudimos trabajar sobre lo que nunca se hablaba, el pacto denegativo: «de la donante no se habla». El que hayan podido por fin hablar de ella, y del mandato familiar, ha permitido que no se coagulara como secreto patógeno, y que pudieran prepararse para poder contar a los niños su origen, su historia. Parecía que esta información iba a quedar sepultada, era tan difícil ponerle palabras, convirtiéndose en secreto patógeno, tema exquisitamente trabajado por S. Tisseron. Él plantea que: lo indecible, lo que no se dice (no quiere o puede decirse), se ha vivido como trágico y ligado a un traumatismo (positivo o negativo), en la siguiente generación se vuelve «impensable» y aparecen generalmente diversas sintomatologías. «El secreto de familia no se opone a la verdad, se opone a la comunicación... Cuando un niño crece en el seno de una familia con secretos tiene la impresión de que existe algo que él no puede saber pero, sobre todo, cree que ser adulto es tener secretos. Así pues, empezará a fabricarlos y a disimular informaciones, algo que se opondrá a la comunicación auténtica que debería tener con todos los que tiene alrededor, incluidos los padres» (11).

L. Kancyper aporta los conceptos de fantasías de neoengendramiento y/o partenogénesis: que pueden operar como indicadores clínicos que orientan acerca de la existencia de duelos tempranos insuficientemente elaborados en relación con traumas arcaicos que podrían haber afectado los procesos narcicistas, con traumas acumulados, encubridores de situaciones traumáticas actuales en la dinámica parento-filial.

Por otro lado, la compulsión repetitiva de estas fantasías obstaculiza el procesamiento de reordenamiento de las identificaciones sin el cual resulta difícil procesar un cambio psíquico, que puede llegar a operar defensivamente para evitar la confrontación del sujeto con Otro: padres y hermanos en la realidad material y en la psíquica, donde se paralizan los procesos de reordenamiento de las identificaciones y de duelos con las figuras edípicas y fraterna. Por tanto, el sujeto permanece finalmente capturado regresivamente en los laberintos mentales por la resignificación irreductible de los duelos de los orígenes y por los orígenes.

En todo sujeto, al duelo de los orígenes —que es estructural y constitutivo— se le suma y potencia un singular duelo por los orígenes. Este se relaciona con lo insimbolizable, con el enigma y la opacidad inherentes

a toda historia, y opera además como motor de deseo de búsqueda de un reordenamiento identificatorio permanente (12).

Cuando hay fallas y déficits en la parentalidad, se producen efectos en los hijos que afectan en diferente medida en su estructuración. En el hijo deseado se pueden depositar expectativas conscientes o inconscientes, por ejemplo: de protección para el futuro cuando los padres hayan envejecido, de su supervivencia simbólica (seguir vivos a través el hijo), o de reparación (lo que ellos no han podido, su hijo sí lo logrará) entre otras; pudiendo funcionar como un personaje simbólico que gravita en ellos toda la vida, como lo que «debería» haber sido, aun cuando este deseo de hijo finalmente no se concretara.

Además, ante estas fallas, el hijo puede vivirse desafiando las expectativas narcisistas parentales y, así, provocar sentimientos negativos que puede retroalimentar interacciones recíprocas, o violentas y destructivas.

Viñeta 3

«Mis hijos son bombas de relojería».

Nos dice insistentemente la madre, quejándose de que *con los niños es imposible y de que lleva todo el peso de la casa. Al principio eran revoltosos pero las situaciones de violencia entre los hermanos han ido en aumento, y se la pasan tirando y rompiendo cosas. ¿Y fuera de la casa? No, fuera de la casa, no pasa... comenta muy extrañada. Queremos estar tranquilos, sólo eso. Que hagan caso, que «me» hagan caso.*

La actitud del padre es de mutismo, cuesta que hable de él, sólo habla de «portarse bien o mal, hacer y no hacer, y de quién empezó». Da la sensación de que juntos sólo saben reprocharse, o aislarse en la burbuja de la Tablet o los videojuegos; parece imposible que haya otra manera de relacionarse. Sin embargo, en el espacio terapéutico se consigue que comencemos a trabajar sobre lo que está pasando con más palabras, y silencios sin reproches, sin juicios.

Contratransferencialmente ante las quejas de ambos padres respecto a que sus hijos *son bombas*, sentía una sensación desagradable, de violenta molestia que me hace pensar en las otras violencias en la casa: los silencios cargados de crítica, la ley imposible de cumplir. Me pregunto ¿qué y quién será la bomba? Trasmiten ambos padres la necesidad de estar contenidos, al estilo de las envolturas de D. Anzieu (13), para que se puedan escuchar, verse, vincularse de otra forma.

El padre, tímidamente comienza a poner palabras y cuenta cómo se siente. El escucharse contando sus propias historias: la muerte del abuelo cuando el padre era adolescente, «que lo partió en dos», hace que se visibilicen las historias que ambos llevan auestas. Aparece la sorpresa en el grupo familiar, que se trasmite en sus expresiones: «a veces, no son tan

malos cuando están juntos». Este es un comienzo, vislumbran la posibilidad de poder verse y sentirse padres, hermanos, hijos.

ESTAMOS ANTE UNA NUEVA CLÍNICA MÁS QUE DE PARENTALIDAD, DE PARENTALIDADES

La construcción de un hijo (además de la biología, encuentro sexual, alquiler de vientres, compra de esperma, etc.) con las invenciones tecnológicas complejiza aún más el panorama de las parentalidades, que dan lugar a distintas fantasías e interacciones. Padre y madre adquieren carácter plural: madre biológica, padre donador de esperma, madre sustituta, madre de crianza, padre simbólico, etc. Estas figuraciones múltiples generan efectos imaginarios. Ante un padre, que le pide a su hija adolescente que baje el volumen de la música que está escuchando, ella responde «Mi donador no me hubiera pedido nunca que baje el volumen. Estoy segura que a él sí le gustaría escuchar esta música». Con estas palabras entre su padre y ella, se introduce a un padre hipotético hecho a medida, sede imaginaria de proyecciones y deseos, señala M. Alizade (14).

La condición de padre, madre, padres, madres, no implica en sí misma ni salud ni patología y cada organización familiar expresa sus singularidades. Desear ser padre o madre puede ser un deseo tanto saludable como patológico. La familia nuclear se confronta con una realidad parental multiforme, y puede convertirse en una pasión tiránica, así como un no deseo de hijo puede ser señal de madurez y responsabilidad.

La diferencia entre engendramiento y filiación está del lado del sustrato biológico, no solo es genético, y esto permite la entrada de las investigaciones sobre epigenética, con información valiosa que complejiza esta diferenciación, mientras que la filiación estaría del lado de las funciones y los lugares dentro del grupo familiar. La filiación está indisolublemente ligada a la transmisión.

En las reproducciones asistidas el genitor, donante, engendra, pero no como sujeto, ya que el gameto donado quedaría despojado de su subjetividad en el momento de la donación. Si bien el padre y/o la madre, y no los genitores, son lo que portan las funciones parentales de transmisión de filiación, sabemos que formará parte de la prehistoria del niño por nacer, y ocupará un lugar dentro de las proyecciones parentales, según lo destaca B. Agrest (15).

M. Alizade introdujo el concepto de *función familia*: la condición de padre, madre no indican por sí mismo ni salud ni patología. Cada organización familiar expresa sus singularidades. Desear ser madre o padre puede, además de ser un imperativo de procreación y autoconservación de la especie, puede ser un deseo tanto saludable como patológico.

La función familia designa subjetividad en red que sostienen o derrumban al psiquismo. Y en esa red coexisten filiaciones biológicas con

otras filiaciones de extranjería, personas fuera de la familia que producen efectos relevantes en la mente infantil. La familia, así planteada, se expande al englobar personas, instituciones y grupos, ya no se limita al padre y a la madre en tanto binomio imprescindible en la gestación y crianza de un infans (16).

Muchos padres no han podido lograr en su propio desarrollo los suficientes recursos para poder ver a su hijo como ser separado y diferente, o si atraviesan o han atravesado situaciones dolorosas, duelos, por lo que en parte «necesitan» inconscientemente al hijo como reparación de heridas anímicas propias, lo cual se convierte en fuente de conflictos transgeneracionales.

Por otra parte, el hijo puede activar además una transformación que, reactualizando la temática edípica, puede permitir superar los fantasmas de fusión con los propios objetos parentales, y que han atravesado por la fusión de la pareja conyugal en una primera etapa evolutiva. Un hijo puede ayudar a liberarse de sus propios padres y los puede ayudar a madurar, perfeccionando la identidad personal y la de género que se ha comenzado a construir. Por lo tanto, tener un hijo pone a prueba y modifica al grupo familiar porque la inserta en la continuidad generacional, el valor y el sentido de los abuelos, pudiendo reequilibrar a la pareja o a parte del grupo familiar cuando está demasiado centrada narcisísticamente en sí misma, afirma A. Nicoló (17).

De hecho, al estudiar y trabajar en la clínica la influencia de los conflictos y trastornos de los vínculos familiares en el desarrollo de los niños de TRA, en su inserción escolar y social, es esencial analizar el efecto patógeno de los secretos, las mentiras, el encubrimiento en las tramas vinculares, o el valor «unívoco» a los lazos de sangre.

Por esto es importante que cuando aparecen las dificultades parentales, podamos acompañarlos en descubrir que, además de los sentimientos que tienen por sus hijos, se puede trabajar para ampliar las funciones parentales que no han podido desarrollar; aunque sientan que no cuentan con recursos yoicos suficientes para poder contener la propia angustia, o por el peso de las historias que portan, traumas por historias de anteriores generaciones, y se pueden trabajar para enfrentarlas y no traspasarlas a sus hijos.

A. Bauleo analiza en *Psicoanálisis y Grupalidad: el terror ante el futuro, al progreso, a través de una metáfora sobre el cuadro Angelus Novus de P. Klee. Ante la pregunta: ¿qué nos sobrevendrá?*, él señala:

«El llamado ‘progreso’ no deja de penar por ese pasado, que no tuvo ocasión de recomponer.

El presente sólo puede avanzar si mira al pasado, retengamos esta imagen e intentemos trazar las líneas de nuestra especialidad: la Prevención» A. Bauleo (18).

No se trata de responder con enunciados morales ni de otra índole, sino desde un orden conceptual, clínico, que es lo que nos corresponde como profesionales de la salud, repensando nuestras contradicciones y los obstáculos epistemológicos que encontramos.

En este sentido, en las viñetas observamos que en los casos comentados podríamos haber realizado una intervención individual. El que hayamos podido plantear el trabajar con todo el grupo familiar ha servido para que consiguiéramos incidir en la trama familiar y promover el espacio para desbloquear problemáticas enquistadas en todo el grupo y que no se presentaran resistencias que hubiesen entorpecido la evolución del trabajo terapéutico.

Es fundamental que trabajemos sin prejuicios (o por lo menos, analizándolos como obstáculos epistemológicos) centrándonos en el atravesamiento de los vínculos, en una comprensión intersubjetiva y transgeneracional del sujeto en la perspectiva de su propia individuación en relación con su familia o familias de origen.

Asimismo, es importante que cuidemos espacios de estudio y de supervisión ante tantas complejidades, en la que la visión de un tercero ayude a mantener una distancia óptima para el manejo del trabajo terapéutico en las relaciones familiares: como por ejemplo el manejo de la transferencia/contratransferencia, ante la multiplicidad de vinculaciones que se establecen en el trabajo con el grupo familiar, y que nos lleva a insistir en la reactualización del análisis personal y de la historia familiar del terapeuta.

El camino hacia el deseo o no deseo de tener un hijo, de ser padres o madres y el camino a su propia identificación sexual, hace que sea primordial el trabajar con los jóvenes y con los niños, abriendo el camino a plantearse sobre su propio deseo de tener hijos. Para ello, además de hacerlo el realizarlos con grupos familiares, multifamiliares, de padres, madres, abuelos, cuidadores, es importante trabajar con los niños y con los adolescentes, no sólo en grupos terapéuticos, sino también educativos, de ocio, por ejemplo. Creemos que éstos son algunos de los tantos caminos a recorrer, para evolucionar en el camino de prevención de patologías como las que planteábamos, que se podrían minimizar o por lo menos enfrentarse de otra forma, más clarificadora, de apoyo a los mecanismos yoicos y de vinculación familiar de forma realista.

Consideramos que es fundamental pensar en la prevención no sólo como protocolos a seguir, como medidas burocráticas sino, y especialmente en estos momentos, salir de la dicotomía entre lo Uno y lo Múltiple, reclamando un pensamiento multidimensional, que acepte más de una lógica, de más de una naturaleza, ante el complejo objeto de la familia, donde el género, la sexualidad, los lazos de sangre no obturen posturas y provoquen sufrimientos; y que podrá ser posible a través de producir investigaciones, debates fecundos sobre los nuevos modos de vinculaciones de los grupos familiares, revisando teoría y clínica, diseñando dispositivos que puedan aportar creatividad en nuestras prácticas ante las diferentes formas de parentalidades del siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Derrida J, Roudinesco E. Y mañana qué. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2003.
2. Bleichmar S. Dolor País. Buenos Aires: Editorial Libros del Zorzal; 2002.
3. Blestcher F. Las nuevas subjetividades ponen en crisis viejas teorías: resistencia y trastornos del psicoanálisis frente a la diversidad sexual. 2005. Agenda de las Mujeres El portal de las mujeres argentinas, Iberoamericanas y del Mercosur.
4. Bauleo A. Contrainstitución y grupos. Buenos Aires: Atuel; 1989.
5. Nicolás A. La familia y sus ancestros. Rev. Int. de Psicoanálisis de Pareja y Familia. 2007; N° 1: 3-8.
6. Kaës R. La palabra y el Vínculo. Buenos Aires: Amorrortu; 2005.
7. Mijolla A. Dictionnaire international de la psychanalyse. París: Calmann-Levy; 2002
8. Héritier-Augé F. Del engendramiento a la filiación. Rev. Psicoanálisis con niños y adolescentes. N° 3. Buenos Aires l. 1993.
9. Rotemberg E. «La función parental verdadero self». En: Rotemberg E (compiladora). Parentalidades. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2014. p 37-70.
10. Alkolombre P. Deseo de Hijo, Pasión de Hijo. Buenos Aires: Letra Viva; 2012.
11. Tisseron S. El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Buenos Aires: Amorrortu; 1997
12. Kancyper L. Fantasías de ruptura con el sistema de la filiación. Autoengendramiento, neoengendramiento, partenogénesis. Rev. Imago 2008. Disponible en: www.imago.agenda.com/articulo.asp?idarticulo=147
13. Anzieu D. El grupo y el inconsciente Lo imaginario grupal. Madrid: Biblioteca Nueva; 1986.
14. Alizade M. La liberación de la Parentalidad en el siglo XXI. Rev. Imago. 2010. Disponible en: www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1323
15. Agrest B. «Padres del mismo sexo y parentalidad». En Rotenberg E (compiladora). Parentalidades. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2014. p 275-290.
16. Alizade M. et al. Género y Función familia. Contribuciones Teórico-clínicas. Rev. de Psicoanálisis. Vol LV -727.
17. Nicolás A. Nuevas formas de genitorialidad. Rev. Psicoanálisis e Intersubjetividad N° 3 -2008. Disponible en: www.intersubjetividad.com.ar/website/articulop.asp?id=193&idioma=&idd=3
18. Bauleo A. Psicoanálisis y Grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1997.

EL LUGAR DE LA INTERSUBJETIVIDAD EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE PAREJA Y FAMILIA

Una propuesta de tercera generación en el psicoanálisis

Claudio Maruottolo Sardella y María Cecilia Llorens-Herrera

RESUMEN

Se propone un tercer lugar en el psiquismo, a través de una tercera tóptica, que se estructura indisolublemente con las producciones de las otras dos tópticas descritas previamente por Freud, y la inclusión de la cultura, como nueva topología. Este trabajo da una nueva propuesta metapsicológica, que por un lado sea de utilidad en la clínica psicoanalítica y, por otro, sea de utilidad en la continuidad de los múltiples intereses del psicoanálisis como constructo teórico para el análisis de los fenómenos complejos socioculturales que afectan a la posmodernidad.

SUBJETIVIDAD, FAMILIA Y CULTURA

La inscripción en el psicoanálisis de la subjetividad como tercera tóptica es de orden antropológico. La subjetividad es conceptualizada como el lugar de anclaje y arreglo de la pulsión de los grupos internos en los grupos externos inmersos en los discursos de la cultura de un tiempo y un lugar de pertenencia. En esta tercera tóptica, la acción específica que se realiza en la subjetividad «es transformar los contenidos inconscientes y pre-conscientes en aparato del lenguaje» (Green, 2002). Es por ello que esta tercera tóptica debe ser pensada bajo el actual giro lingüístico, que hace énfasis en la semántica y la pragmática de los discursos de la cultura como acción que materializa los deseos en la constitución del sujeto.

La materialización de los deseos corresponde a todas las expresiones culturales como destino de las pulsiones que interactúan en la intersubjetividad. El psiquismo queda estructurado en forma compleja. Este proceso no es lineal, ni reduccionista, ni disyuntor de sus dinámicas, dado que se genera en una bidireccionalidad desde la cultura, atravesando los estratos psicológicos conscientes e inconscientes, hasta llegar a las estructuras biológicas y, desde allí, nuevamente a la cultura.

La transformación en lenguaje de los contenidos conscientes e inconscientes indicada por André Green implica la incorporación de la cultura como organizadora de este proceso terciario. La disposición del sujeto

se da en la emergencia de las dinámicas bio-psicológicas y culturales de modo recursivo, de productor y producida en la inter-subjetividad.

En la instancia inter-subjetiva se lleva a cabo el proceso terciario de translocación de enunciados, libidinalmente cargados, desde la cultura de pertenencia hasta las estructuras más profundas que subyacen a la subjetividad. Encuentro adecuado el concepto de Pierre Bourdieu de *Habitus* para explicar las disposiciones y transformaciones que intra, inter y trans-subjetivamente vamos produciendo complejamente con el resto del psiquismo en relación dialógica a la cultura próxima del sujeto.

Bourdieu, define el *Habitus* como: «sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras predispuestas para funcionar como estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines» (Bourdieu, 1990). El *habitus* es el producto y productor de material psíquico investido en las acciones que se materializan en las prácticas discursivas como destino de las pulsiones en la cultura de pertenencia. En este sentido, el *Habitus* implica un proceso de anclaje y arreglo de deseos a los discursos de distintos ámbitos de lo sociocultural. Estará regido por el principio de alteridad bajo el concepto de tercera tópica, como lo desarrollé detalladamente en «Más allá del principio de realidad» de 2016, publicado en la revista Aperturas Psicoanalíticas.

El arreglo y anclaje de los deseos que co-construye la subjetividad se desarrolla mediante la transposición categorial, propuesta por Hugo Bleichmar, «los atributos y acciones singulares son trasladados a categorías valorativas que atribuyen una identidad al otro sujeto de un modo de funcionar». El mismo autor profundiza acerca de la transposición categorial, definiéndola cómo una inscripción de un significante en un código de significados. Bleichmar reconoce así todo el peso del lenguaje y la palabra del otro significativo que «son capaces de ocultar la arbitrariedad del acto de convertirlo en algo que pareciera derivar de una ley natural o de razón» (Bleichmar, 1981).

La subjetividad debe ser asociada a la producción de sentido en la expresión, como lenguaje en acción, en el destino de la pulsión. Para Weber, la sociedad abarcaba el comportamiento y el significado subjetivo. Desde nuestro enfoque, la cultura se va a entender como el sistema-soporte para la construcción de significados y de símbolos diacríticos con carga libidinal que dan sentido a la expresión y disposición intersubjetiva.

El ámbito cultural se transforma en un campo de cosmovisiones y conflictos emergentes de los existentes conscientes e inconscientes del sujeto en su situación cultural próxima. Berenstein considera que «el grupo familiar es un sistema con una estructura inconsciente» (Berenstein, 1976). El concepto «sistema» lo aborda desde la lingüística, la cual produjo el corte lengua/habla. Caracterizó a la primera como un sistema, en tanto reglas ordenadoras de las manifestaciones individuales del habla

como sistema de signos. Así, Berenstein toma a la familia como sistema social, y propone como lengua al conjunto de reglas, generalmente inconscientes, que regulan su funcionamiento (Berenstein, 1976). La resultante de esa vivencia es siempre arreglo y anclaje de los deseos a la cultura de pertenencia y, en este caso, el espacio dinámico-intersubjetivo familiar. Concordamos también con Vygotski, en cuanto que la cultura se va apropiando del sujeto (Vygotski, 1995) por medio de sus vínculos, y el sujeto se apropia de la cultura en una relación dialéctica. En este sentido demanda y reconocimiento estarán en las necesidades y deseos de los sujetos y en los implícitos del lenguaje en acción simbolizando el campo intersubjetivo de pertenencia. Freud nos recuerda que «discerní cada vez con mayor claridad que los acontecimientos de la historia humana, las acciones recíprocas entre naturaleza humana, desarrollo cultural y aquellos precipitados de vivencias de los tiempos primordiales [...]» (Freud, 1935).

Desde lo biológico instintivo, constituyendo la necesidad de apego, pasando por las representaciones de deseos inconscientes, hasta la acción intersubjetiva materializada, se desarrolla un proceso de transformación permanente, complejo y bidireccional de arreglo y anclaje de las pulsiones. En el porvenir de una ilusión Freud conceptualiza la cultura como «...todo el saber y poder-hacer que los hombres han adquirido para gobernar las fuerzas de la naturaleza y arrancarle bienes que satisfagan sus necesidades» (Freud, 1927).

Entre los instintos y la cultura, entre lo inconsciente de los sujetos y lo implícito de los discursos sociales, se establece un proceso de recursividad intersubjetiva que emerge como *habitus*. Allí, la pulsión encuentra su arreglo singular y de expresión y satisfacción como destino en la cultura como espacio-sostén de realización. Como infiere Freud: «...los vínculos recíprocos entre los seres humanos son profundamente influidos por la medida de la satisfacción pulsional que los bienes existentes hacen posible; y, en segundo lugar, porque el ser humano individual puede relacionarse con otro como un bien él mismo, si este explota su fuerza de trabajo o lo toma como objeto sexual» (Freud, 1927).

Desde la perspectiva que se presenta, la subjetividad emerge como la resultante de la cultura y las motivaciones inconscientes de los sujetos que en la instancia inter-subjetiva tiene la tarea de encontrar la satisfacción. En los contenidos de la subjetividad es necesario establecer dos componentes de esta tónica: el *habitus* y los procesos terciarios o creativos, íntimamente relacionados con el sujeto y su cultura, regidos por el principio de alteridad.

La subjetividad es, al mismo tiempo, singular, grupal y colectiva y en todos estos ámbitos la cultura está implícita, organizando las expresiones materializadas de significados y símbolos que en ella se desarrollan. La subjetividad y el zócalo inconsciente que la sostiene, determinan la identidad del sujeto que simboliza su comunión a la semántica de los discursos y representaciones de pertenencia a la cultura y a la alteridad

(C. Maruottolo, 2008). A través de ese investimento simbólico representado por la identidad, se transfieren ideales y valores, transmitiéndose la cultura y la palabra de certeza del discurso social al cual el sujeto está anclado. El carácter continuo de la vida, que da espontaneidad al sujeto en su cotidianidad, es característico de ese pacto fundador, que habita en la escena fantasmática actuando como zócalo de todas las prácticas sociales que simbolizan la identidad cultural. Piera Aulagnier lo conceptualiza como un contrato que designará lo que está en la fundación de toda posible relación sujeto-objeto, sujeto-sociedad, discurso singular y referente cultural (Aulagnier, 1975).

SUBJETIVIDAD EN LA COMPLEJIDAD DEL PSIQUISMO

El concepto de las múltiples dimensiones de la mente, que desde algunos años desarrollamos, permite acercarnos al devenir del sujeto desde un triple registro psíquico: como sujeto biológico, psicológico y social. André Green hacía alusión «[...] a la ausencia de una referencia suficiente a la respuesta del objeto, en la estructuración del psiquismo. Es este punto el que ha dado lugar a la defensa de las teorías relacionales (relaciones de objeto, intersubjetividad). Y es evidente que el punto de vista relacional gana mucho si se lo refuerza dentro de la armadura teórica de Freud. Yo me atrevo a tener la audacia de pensar en el interés de una tercera tópica [...]» (Green, 2002).

La subjetividad otorga expresiones investidas como prácticas sociales en la cotidianidad determinadas por el *habitus*. Esta integración de la subjetividad que presento quedará incluida con tres sistemas que fueron conceptualizados por Janine Puget (2007) en intra-subjetivo, inter-subjetivo y transubjetivo, realizando algunas modificaciones para ajustarla a la propuesta de tercera tópica.

La instancia intra-subjetiva se caracteriza por su unidireccionalidad, ya que se irradia predominantemente desde el Yo hacia lo externo. Estaría sostenida, anclada y apuntalada en formaciones biopsicológicas instintivas, luego pulsionales y representacionales fantasmáticas e interfantasmáticas. Todo su erotismo y energía libidinal son auto dirigidos, y el mundo exterior no estaría reconocido. Sus componentes, como la pulsión de auto-conservación o la necesidad de supervivencia dan paso al deseo narcisista primario, que signa la incapacidad para reconocer al objeto, es decir, en este sistema es incapaz de reconocer un mundo distinto a sí mismo. Toda la producción representacional y discursiva intrasubjetiva es parcial, pre-conflictiva y omnipotente, adecuada a intereses y deseos propios de apropiación dialéctica y cosificante de sus necesidades de realización de deseo. En la intrasubjetividad, el otro y el mundo exterior son desconocidos en su alteridad y autonomía, siendo la representante de la fantasía, la transfe-

rencia de la realización de deseos en la elección de objetos de la pulsión. En el zócalo interfantasmático habitan demandas de reconocimiento inconscientes al objeto externo de la intersubjetividad que se expresan en el lenguaje en acción.

La instancia intersubjetiva se apoya, apunta y queda anclada a la resultante de las estructuras subyacentes de la subjetividad (zócalo fantasmático inconsciente, estructuras biológicas instintivas, entre otros) y de la cultura. Por tanto, es una emergencia que implica el acto de la expresión y materialización de los deseos como destino de las pulsiones en y desde los otros. Al igual que el Yo es una estructura de mediación como la describió Sigmund Freud en su segunda tópica, entre las demandas internas y externas, la intersubjetividad, ya no siendo ni interna ni externa, debe también mediar para permitir la expresión de sus deseos y su descarga en la cultura de pertenencia. Definamos el campo dinámico intersubjetivo como aquello que no está en los sujetos antes del encuentro, y que se incorpora al psiquismo como construcción simbólica de sentido, en el *habitus*, con carga libidinal, en la expresión de las prácticas sociales (función simbólica). Por medio de esta función se habilita un proceso de transformación de la función deseante y la descarga pulsional en la realización de interacciones desde y hacia otro u Otro (función material). Las transacciones de la intersubjetividad están regidas bajo el principio de alteridad.

Siguiendo las conceptualizaciones de Aulagnier, quien afirma que la intersubjetividad se reviste de fantasía, el componente real e irreductible del otro en un intento de conocerlo, nosotros proponemos que por medio de la instancia intersubjetiva se conoce, reconoce, expresa y descarga las necesidad y deseos del sujeto sujetado a la cultura. Vemos así, que todo sujeto necesita del otro para la tarea como acto.

Conocimiento, ilusión y desilusión es el proceso del devenir de lo humano (Aulagnier, 1975). Es por ello que la función de la intersubjetividad es mediar el arreglo de la pulsión en la subjetividad. Es decir, con las demandas transubjetivas, implícitas en la cultura de pertenencia, y las demandas intra subjetivas, que implican el acto de conocer. El acto de conocer y reconocer implica siempre y paulatinamente la ilusión y des-ilusión de la realidad (Tuch, 2016). El proceso psicodinámico y sociodinámico de conocer está regido por el principio de alteridad ya que siempre hay otro u Otro del cual interdependemos en la co-construcción del *habitus*. Dice Freud: «Naturalmente, en el influjo de los progenitores no sólo es eficiente la índole personal de éstos, sino también el influjo, por ellos propagado, de la tradición de la familia, la raza y el pueblo, así como los requerimientos del medio social respectivo, que ellos subrogan. De igual modo, en el curso del desarrollo individual el superyó recoge aportes de posteriores continuadores y personas sustitutivas de los progenitores, como pedagogos, arquetipos públicos, ideales venerados en la sociedad. Se ve que ello y superyó, a pesar de su diversidad fundamental, muestran una coinciden-

cia en cuanto representan los influjos del pasado: el ello, los del pasado heredado; el superyó, en lo esencial, los del pasado asumido por otros. En tanto, el yo está comandado principalmente por lo que uno mismo ha vivenciado, vale decir, lo accidental y actual» (Freud, 1940).

En el vínculo, la interfantasmaticización de las relaciones de objeto y grupo interno, representan el zócalo de la intersubjetividad, aportando los deseos inconscientes y la energía libidinal a la acción en las propias prácticas culturales como destino de las pulsiones. Las prácticas intersubjetivas proveen, en concepto de Hugo Bleichmar, la translocación de los enunciados del discurso social en los lenguajes semánticos, cargados libidinalmente, del medio cultural del otro significativo para que sean internalizados y formen parte de los materiales que constituyen los objetos internos. Así, por lo que denomino el principio de alteridad, que rige esta tercera tópica, se constituye el sujeto, bidireccionalmente, desde el mundo exterior al mundo de las representaciones y desde aquí el de la materialidad del Otro real.

El principio de alteridad produce y reproduce al *habitus*, al que inviste por medio del arreglo de la pulsión, sujetando al sujeto a su cultura de pertenencia. En este sentido, el principio de alteridad es recursivo, no lineal y no puede comprenderse desde la reducción o disyunción de la realidad que considera solamente al sujeto, debiendo analizarlo desde el pensamiento complejo, teniendo en cuenta las dinámicas bio-psicológicas y culturales que determinan al sujeto sujetado a la cultura que pertenece. Como ejemplo propongo pensar el proceso de inscripción de los pactos inconscientes, descritos por Piera Aulagnier o los pactos denegativos, descritos por Rene Kaës, todos acuerdos inconscientes, sustentados por las tramas de necesidad, deseos, amor y poder. Enuncio, de este modo, que la subjetividad se manifiesta a raíz de metas pulsionales, expresando y materializando las representaciones fantasmáticas en las prácticas discursivas investidas (*habitus*), libidinalmente cargadas por medio de los procesos terciarios o creativos bajo el principio de alteridad.

El sistema transubjetivo, concibe un registro psíquico que con su prefijo trans nos ubica «al otro lado» de la relación intersubjetiva que representa ese mundo cultural y de pertenencia, más allá de la intersubjetividad. La defino como el conjunto de prácticas discursivas cargadas libidinalmente que circulan en la semántica de los lenguajes culturales de pertenencia a una comunidad a la cual los sujetos desean pertenecer. Los contenidos de esas prácticas sociales están contenidos en las tradiciones, mitos, metáforas colectivas que dan identidad a una cultura que coloniza el campo dinámico intersubjetivo. Se apuntala, por un lado, en las representaciones y discursos inicialmente del vínculo intersubjetivo primario, signadas en la trama familiar-edípica, representante de la cultura. Los mitos e ideologías familiares y sociales (trasladados por la familia en forma de creencias compartidas) conforman el nodo del contenido estructural histórico cultu-

ral de la transubjetividad. Posteriormente, se incorporan otros ámbitos o campos de intersubjetividad que conforman otros nodos de co-construcción de *habitus*. Estos producen y reproducen lo implícito de los discursos sociales en las prácticas que se desarrollan en el campo dinámico intersubjetivo, en el zócalo de la fantasmático e interfantasmático inconsciente del ámbito de pertenencia. Por otro lado, el Yo, el Superyó y el Ello, junto al grupo interno con sus producciones fantasmáticas, son sustrato del espacio cultural-social más extenso, al ingresar el sujeto paulatinamente a la cultura organizacional institucional por fuera de la intersubjetividad familiar. Se configuran así los contenidos de la semántica del lenguaje social, influyendo por medio de una trama de subjetividades colectivas de creencias de lo diferente, el intercambio económico, la expresión artística, los medios de producción y la dinámica de gestión científica y tecnológica que colonizan las prácticas intersubjetivas.

En base a esta estructuración de la subjetividad, vemos cómo el sujeto produce *habitus* desde su lugar de pertenencia y en base a su condición de existencia que no se agota en el vínculo intersubjetivo, sino que se estructura dialógicamente en lo transubjetivo cultural más extenso de la comunidad de pertenencia. Así mismo, el sujeto produce y reproduce esas prácticas, pero además tiene la capacidad potencial de crear nuevos marcos referenciales subjetivos por medio de los procesos terciarios que determinarán cambios tanto en estructuras psíquicas subyacentes a la subjetividad como en el medio cultural.

Esta mente ampliada y abierta a la cultura queda configurada indisolublemente por la subjetividad, incluida a la estructura de las otras dos tópicas que, a través de la complejidad de su emergencia, otorga al individuo su transformación en sujeto social recategorizándolo como sujeto de la cultura.

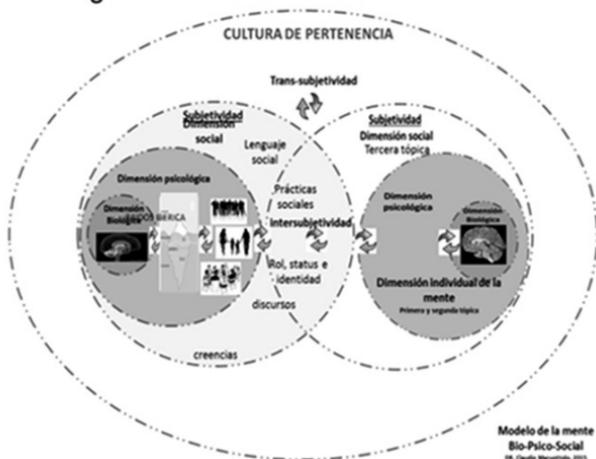
A MODO DE CONCLUSIÓN

Al incorporar la subjetividad como una tercera tópica, se reconceptualiza todo el aparato psíquico. La subjetividad, desde la perspectiva que presento, es el sitio que recibe las tensiones internas y las externas. Las internas, provenientes de las estructuras más biológicas, constituyen los instintos, las necesidades primarias y crean los modelos operativos internos del apego. Además, se incluye a las provenientes del Yo y a las que provienen directamente del Ello, superando las contracatexias del Yo y del Superyo en forma de lapsus, sueños y realización de deseos. Todos estos casos serán estructuras pre-reflexivas en sus respectivos estratos psíquicos. Las tensiones externas, provenientes de la cultura que sostiene y configura el encuentro intersubjetivo, organizan la subjetividad dialógicamente desde la cultura familiar edípica y la cultura más extensa, en conti-

nua reflexión. Esta reflexión generará la disposición del sujeto en la inter-subjetividad a través del *habitus*. Estas estructuras psíquicas, por medio de sus enunciados reflejados en sus acciones, son internalizadas modificando las estructuras representacionales y, más profundamente, las estructuras biológicas. En la emergencia de la descarga tensional, la expresión de la pulsión en la instancia intersubjetiva seguirá la estructura del *habitus*, asegurando las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales bajo el principio de alteridad.

La subjetividad es la resultante dialógica de las demandas pulsionales y las demandas de la sociedad por medio de la cultura como producto y productora de su estructura. La subjetividad es una estructura antropológica dentro del psiquismo representada por el *habitus*, es decir, prácticas discursivas culturales investidas que permiten dar connotación, continuidad y cotidianeidad a las vivencias humanas, otorgándoles disposición e identidad. Está resultante está dada por los procesos terciarios, siendo momentos de apertura y reproducción de la práctica discursiva de los sujetos posicionados en una cultura de pertenencia. La subjetividad es una construcción que implica el lugar donde se lleva a cabo el arreglo singular de la pulsión, de la fantasía, de la relación de objeto, del grupo interno y del discurso de la cultura a la que se desea pertenecer, en la realidad psíquica del sujeto bajo el principio de alteridad.

Organización de la mente en dimensiones:



BIBLIOGRAFÍA

1. Aulagnier P. La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Paris: Presses Universitaires de France.; 1975.
2. Berenstein I, Puget J. En busca de nuevas hipótesis psicoanalíticas. Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós; 2007.
3. Berenstein I. Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós; 1976. (Especialmente: Nota introductoria, Cáp. 1 «Los límites de una definición del grupo familiar», Cáp. 2 «El grupo familiar es un sistema con una estructura inconsciente»).
4. Bleichmar H. El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981.
5. Bourdieu P. Structures, Habitus, Practices. In The logic of practice. Stanford: Stanford University Press; 1990.
6. Freud S. «El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura, y otras obras» (1927-1931). Obras Completas, Volumen XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
7. Freud S. Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica. 1940 (1938). Obras Completas, Volumen XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
8. Green A. Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine. Paris: PUF; 2002.
9. Maruottolo C. Crisis e identidad. Aportes psicodinámicos para su intervención analítica grupal. Avances en Salud mental relacional. Vol 7, N° 8. 2008.
10. Maruottolo C. Más allá del principio de realidad. Subjetividad y psicoanálisis de tercera generación. Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis. www.aperturas.org, n° 52. 2016.
11. Tuch R. Between knowing and believing: Salvaging illusion's rightful place in psychoanalysis. The Psychoanalysis Quarterly. 2016; vol 85, n° 5: 35-57.
12. Vygotsky L. Pensamiento y lenguaje. Madrid: Paidós Ibérica; 1995.

VI

GRUPOS MULTIFAMILIARES

EL GRUPO MULTIFAMILIAR: «UN CAMPO DINÁMICO INTERACTIVO»

Norberto Mascaró Masri

«No hay deseo más natural que el del conocimiento. Los hombres ensayamos todos los medios que a ello nos pueden llevar, y cuando la razón nos falta empleamos la experiencia»

MONTAIGNE, «De la experiencia»

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta una serie de reflexiones sobre el campo dinámico interactivo que se produce en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF), contexto social que provee un espacio asistencial heterogéneo y abierto que a través de su acción terapéutica favorece el cambio psíquico. Este recurso sofisticado y complejo permite el abordaje de la dimensión individual, familiar y social de la mente, incluyendo en un mismo espacio y tiempo intervenciones que corresponden a cada ámbito, todos ellos insertos en la trama de interdependencias. Es por ello, que el GPMF requiere una aproximación específica, que integre conocimientos del funcionamiento psicológico individual, de la dinámica de la familia y de los grupos pequeños, y de las relaciones e influencias sociales.

Las ideas que presento en esta jornada apuntan a profundizar y enriquecer el pensamiento y la práctica del Psicoanálisis Multifamiliar que J. García Badaracco desarrolló en el campo de la Comunidad Terapéutica y en los Grupos Multifamiliares (GMF). Es conocido, que de su pensamiento surgieron importantes conceptualizaciones sobre el proceso terapéutico, el déficit de recursos del yo, el cambio psíquico, los procesos identificatorios y el concepto de «objeto enloquecedor», la trama de interdependencias normogénicas y patogénicas y fundamentalmente la noción de «virtualidad sana».

Desde sus comienzos, la actividad psicoanalítica estuvo marcada por divergencias en cuanto a la forma de tratar y comprender las necesidades que planteaban determinados pacientes. Sabemos que los llamados pacientes «difíciles», pusieron a prueba no sólo el bagaje técnico, sino también la propia teoría. S. Ferenczi (1932) fue uno de los primeros en señalar esas discrepancias teóricas y técnicas con el psicoanálisis vigente de su época, cuando advierte que la mayoría de los pacientes necesitaban algo

más que las interpretaciones para alcanzar alguna mejoría. Posteriormente numerosos autores en Europa y en EE. UU. desarrollaron ideas que pusieron el acento en la influencia de las relaciones en el origen de la patología, así como en la resolución de la misma. En Argentina E. Pichon-Rivière y J. García Badaracco transitaron el mismo camino, ampliando el marco de abordaje psicoanalítico a los grupos pequeños, a la familia y a los grupos multifamiliares. Es así, que estas nuevas aproximaciones posibilitaron la analizabilidad de pacientes que antes eran difícilmente tratados.

Nosotros, al igual que otros autores, privilegiamos la organización social como agente terapéutico y destacamos los efectos del «ambiente» o «medio terapéutico» y la dinámica de las relaciones interpersonales en el desarrollo del proceso de crecimiento y redesarrollo de la personalidad. También señalamos la relevancia de la noción de «déficit», lo que J. García Badaracco definió como «carencias de recursos yoicos», reduciendo la importancia del conflicto intrapsíquico, sobre el rescate de los aspectos sanos que quedaron ocultos en la enfermedad. J. García Badaracco decía «desarrollar lo sano para curar lo enfermo».

Es así como el psicoanálisis crece y se transforma, y no puede sustraerse de los aportes del postmodernismo a la ciencia. T. Kuhn (1980), E. Morin (1990) y A. Honneth (1992) contribuyeron a modificar y actualizar el paradigma psicoanalítico, abriendo nuevos y fructíferos caminos. El primero, modificando las nociones de «objetividad» y de «experiencia fija y neutra», demostrando la inexistencia de un observador neutral, ya que éste participa en la observación con sus valores, premisas y creencias. El segundo, abriendo la perspectiva de la «complejidad» e «hipercomplejidad» en el conocimiento de lo humano, y el tercero, recorriendo el camino del «reconocimiento» desde las estructuras capitalistas, los grupos sociales y la familia, llegando a las relaciones íntimas del bebé con su entorno.

Como consecuencia de estas influencias, surgen en EE. UU. a partir de la década del 90 las corrientes intersubjetivistas que influyen y revolucionan el psicoanálisis actual. Refiriéndose a este tema, A. Eiguer (2006) señala tres grupos de apogeo del intersubjetivismo, el primero en Nueva York, liderado por S. Mitchell, quienes desarrollan la corriente interrelacional, en la que se apoyan en nuestro medio J. Coderch, A. Ávila Espada, C. Rodríguez Sutil y que llaman «psicoanálisis relacional». El segundo grupo, también en Nueva York, corresponde a los llamados intersubjetivistas radicales que rompen con el psicoanálisis, entre ellos se encuentran R. Storolow, G. Atwood y D. Orange, y un tercer grupo en California, que representan T. Ogden y O. Renik que mantienen los puentes con el psicoanálisis, aunque cuestionan la técnica freudiana. La mayoría de las críticas de los intersubjetivistas se refieren al proceso de la cura y a la metapsicología freudiana, pero como señala A. Eiguer todavía no han presentado una propuesta unívoca del funcionamiento de la mente. De todas mane-

ras, estas contribuciones del campo de la psicología bipersonal enriquecen nuestro bagaje teórico. Resulta significativo que estos aportes, resaltan la «presencia» del terapeuta como persona, introduciendo la noción de subjetividad como constitutiva de un espacio de encuentro en donde confluyen las tres dimensiones de la mente, la intrasubjetiva, la intersubjetiva y la transubjetiva, que en realidad son una sola y que corresponde a lo que J. García Badaracco (2000) planteó metapsicológicamente en términos de la «presencia de los otros en nosotros» y que llamó «la dimensión social primaria de la mente». La naturaleza de la mente humana, no es mente si no está referida a una ecología, es decir, a los otros (J. García Badaracco y col., 2008). Estos aportes superan las concepciones metapsicológicas tradicionales centradas en el psiquismo individual y las herramientas utilizadas en los tratamientos psicoanalíticos, tanto individuales como vinculares, grupales y familiares, ya que se valieron del uso de encuadres basados en lo tradicional, de la interpretación de la transferencia y de uso de la contratransferencia y de otros aspectos relacionados con la neutralidad, la abstinencia y la objetividad, y que se mostraron ineficaces en el trabajo con infinidad de pacientes y que en el GMF encontraron un abordaje adecuado producto de los cambios que la experiencia obligaba.

CAMPO DINÁMICO INTERACTIVO

Cuando hablo de «campo dinámico interactivo» me refiero al ámbito real de las relaciones en el que se producen los movimientos generados por la acción mutua. Incluye el campo psicológico de estructura multifamiliar, pero quiero destacar la interacción como motor del cambio psíquico. Esto implica que las intervenciones terapéuticas son actos que tienen sus consecuencias y que están compuestos por palabras y actitudes que, de acuerdo a su adecuación, producen o no efectos terapéuticos. Esta posición se diferencia de la postura tradicional en la que el psicoanalista interpreta y no actúa. Ahora sabemos que no solamente los gestos y las palabras son actos, sino que también los pensamientos y los sentimientos son actos de la mente y todo acto tendrá una repercusión en su entorno. Es así, que en la acción confluye lo transferencial en su sentido histórico (transferencia múltiple), con la situación ambiental que en ese momento se produce en el grupo y que depende de factores interpersonales y sociales, que influirán a su vez sobre el individuo, creando situaciones nuevas que producirán el cambio psíquico buscado. Es oportuno recordar que H. Loewald (1960) fue uno de los primeros psicoanalistas en emplear el término interacción aplicado a la relación terapéutica. Su trabajo pionero «La acción terapéutica del psicoanálisis» inició el camino que hoy transitamos.

Volviendo a la noción de campo, es inevitable seguir las ideas desarrolladas por K. Lewin en la Psicología de la Gestalt que nos sirven de apoyo para nuestras formulaciones. Para el fundador de la Psicología Social

moderna el comportamiento humano está condicionado por la tensión entre las percepciones que el individuo tiene sobre sí mismo y sobre su ambiente psicológico (espacio vital) en un momento dado. Esta situación tiene el carácter de un «campo dinámico». M. y W. Baranger (1961-62) apoyándose en estas ideas, publicaron un trabajo pionero en donde describieron «La situación analítica como un campo dinámico». Señalaron que en este campo se producía un encuentro profundo entre dos subjetividades intensamente comprometidas en la tarea de promover el cambio psíquico, la del paciente y la del analista. Los autores trataron de articular los principios básicos del psicoanálisis, como encuadre, transferencia, contratransferencia, interpretación, neutralidad, abstinencia, objetividad, etc., con los fenómenos que son propios del encuentro entre dos personas, paciente y analista, con sus historias, sus sentimientos, pensamientos y valores, y con una manera de actuar determinada. Mantuvieron la dialéctica sujeto-objeto y siguieron a H. Racker en los desarrollos sobre contratransferencia y consideraron al analista como observador-participante dando un paso más en la concepción tradicional del observador no participante. De estas conceptualizaciones surgen la necesidad de la «segunda mirada» y la de «baluarte».

Este encuentro de subjetividades crea un espacio intersubjetivo en donde se desarrolla la acción terapéutica. Hoy nadie duda que el diálogo analítico es una interacción continuada de influencia mutua. Lo intrapsíquico y lo interpersonal, aunque reconocidos como separados, están íntimamente relacionados y ocupan un papel central en el trabajo terapéutico. T. Ogden (2007) habla de la «irreductible subjetividad» del analista en el encuentro con el paciente y dice que las actuaciones de éste en el vínculo terapéutico requieren de una reflexión posterior compartida con el paciente. La «segunda mirada» que proponían los Baranger, ya no la realiza el analista en la soledad del consultorio o con un supervisor, sino con el propio paciente en el encuentro terapéutico.

Cuando me refiero al encuentro de subjetividades estoy pensando en el «encuentro de transferencias», la del paciente y la del terapeuta y en la interacción mutua. De esta manera se complejiza un fenómeno que históricamente se simplificaba con la presencia de un observador neutro y objetivo cuya transferencia se excluía del campo terapéutico. Desde esta perspectiva el concepto de contratransferencia queda limitado, ya que reduce la comprensión de lo que ocurre en ese campo dinámico interactivo.

Siguiendo la perspectiva bipersonal, J. Coderch (2010) señala que la transferencia no es sólo la repetición del pasado, sino que permite la organización del presente de una manera nueva e inédita que favorece el cambio psíquico. E. Braier (2009), refiriéndose al mismo tema introduce una perspectiva de doble direccionalidad que apunta a que lo que aconteció en el pasado no sólo determina el presente y el futuro, sino que el propio presente, de allí la eficacia terapéutica, puede modificar y reorganizar ese pasado, que volviendo a actualizarse repetidamente se sigue modificando, así se produce el cambio psíquico.

En el GPMF todos somos participantes de una experiencia terapéutica cuyo campo psicológico multifamiliar dibujamos activamente con nuestras transferencias y además, lo modificamos con nuestras propias acciones. Es así que los coordinadores debemos afrontar la complejidad que nos produce la participación como personas, es decir, con nuestra propia historia, con nuestros sentimientos, pensamientos y valores, que se traducen en actos, como decía anteriormente, y por otra parte, mantener la necesidad de una distancia emocional que nos permita aportar nuestro conocimiento vivencial de una manera adecuada. Contribuye a ello asumir una relación igualitaria con los otros, sean pacientes designados, familiares o terapeutas. La ligera asimetría, como señala J. Coderch (2010), está marcada por una actitud particular con los semejantes. A. Eiquer (2009), hablando de una ética vincular, plantea la necesidad por parte del terapeuta de asumir una actitud de «respeto», evitando los juicios de valor, de «reconocimiento», aceptando las diferencias, de «responsabilidad», haciéndose cargo del sufrimiento ajeno y de «reciprocidad», produciendo un intercambio creativo. El conocimiento de que el campo interactivo también está determinado por nuestra forma de participar nos hace más humildes y precavidos, y a su vez con esta actitud favorecemos un clima emocional de confianza, seguridad y solidaridad. J. García Badaracco nos enseñó que «mejor que aplicar un conocimiento es escuchar y aprender del paciente», «no querer tener razón», «respetar el tiempo que cada persona tiene para participar» y «tolerar la incertidumbre de no entender». Ésta es la mejor manera de ayudar a las personas y a su vez ayudarnos a nosotros mismos en la difícil tarea de favorecer el cambio psíquico.

Así, el GPMF permite promover una conversación compartida y amplia, que incluya a los participantes en su dimensión humana, que permita indagar en lo más auténtico de las personas: sus sentimientos, sus pensamientos, sus valores y sus acciones, es decir, en su subjetividad. Conversación, que en un clima emocional adecuado permita «humanizarnos» al conectar con los sentimientos universales de amor, cariño, lealtad y solidaridad y también la rivalidad y la agresividad, pero rescatando los de desvalimiento e indefensión que quedaron ocultos en la estructura defensiva y que requieren sostén, asistencia y empatía. De esta manera emergerán los aspectos más auténticos de las personas y así poder desentrañar, como nos enseñó J. García Badaracco, la «virtualidad sana», es decir, los aspectos sanos que quedaron detenidos y no se pudieron desarrollar. Este campo interactivo nos ofrece una experiencia vivencial, única e intransferible para cada participante, que permitirá los cambios psíquicos necesarios para afrontar las situaciones vitales con más eficacia y menos sufrimiento.

Como han podido observar, muchas de las consideraciones que aplicamos al campo del GPMF son traslaciones modificadas del campo de la relación bipersonal.

En un trabajo que presenté anteriormente (N. Mascaró Masri, 2011) desarrollé una serie de ideas relacionadas con el trabajo en el GPMF. Decía que la experiencia nos había llevado a utilizar un encuadre natural y flexible en donde la transferencia encuentre su máxima expresión. Este grupo abierto en donde los participantes no están sujetos al compromiso de asistencia y se rige por reglas mínimas: lugar, día, hora y duración, está adaptado a las necesidades de los pacientes y sus familiares, a diferencia de los encuadres tradicionales en donde los participantes deben ajustarse a normas de procedimientos que desnaturalizan la transferencia y a su vez, la participación espontánea y auténtica. La disponibilidad de los coordinadores, su capacidad de asistencia y contención crearán un clima emocional de seguridad y confianza que promueve la solidaridad: «pensar juntos lo impensable» y «compartir el sufrimiento».

Esta situación especial permitirá el despliegue de la transferencia en toda su plenitud. Transferencia «múltiple», ya que todos los participantes configuran un campo psicológico de estructura multifamiliar y «dispersa» (metáfora del prisma), como señalé hace años (N. Mascaró Masri, 1990), porque reduce la intensidad emocional y permite su abordaje y a su vez da lugar a la emergencia de los aspectos del yo que quedaron interferidos en el crecimiento y desarrollo de la personalidad.

Planteada la transferencia en el contexto relacional no la podemos separar de la acción que provoca y que a su vez la condiciona. Podemos decir que la «identificación proyectiva mutua» adquiere vigencia en la relación interpersonal. J. García Badaracco utilizó el concepto de interdependencia porque expresa con mayor precisión las relaciones interpersonales con el entorno y las que configuran el mundo interno. Este término incluye la dimensión inconsciente de la relación que se expresa por el juego transferencial y que corresponde a lo que los psicoanalistas influidos por la intersubjetividad llaman vínculo, y una dimensión más centrada en la interacción que incluye a los factores relacionales y socio-culturales actuales que inciden sobre las personas (N. Mascaró Masri y C. Maruottolo Sardella, (2010).

Anteriormente señalé que el encuentro de las subjetividades complejiza la relación terapéutica, pienso que esta situación debe ser estudiada dentro del campo de las interdependencias recíprocas. No es infrecuente que, en ocasiones, los propios terapeutas contribuimos a mantener interrelaciones patógenas. Nos preguntamos cómo superar dichas situaciones que producen un «impasse» terapéutico, pensamos que se deben abordar en el espacio de reflexión posterior al GPMF (segunda mirada) y que muchas veces deben ser resueltas en el propio grupo compartiendo con los pacientes, familiares y co-terapeutas las vicisitudes que nuestra tarea entraña. El compromiso emocional con la tarea nos hace más vulnerables como profesionales, porque es imposible mantener una distancia «óptima»

en todo momento y con todos los participantes, pero el asumir nuestras propias dificultades, que muchas veces van más allá de lo profesional, nos hace más fuertes como personas. Esta forma de resolver las dificultades, ya la instrumentábamos hace muchos años en algunas actividades de la CT, siguiendo la propuestas de J. García Badaracco de abordar los problemas con los pacientes y sus familias, ofreciendo un modelo de respeto, reconocimiento y responsabilidad entre los profesionales que asumían sus errores y compartían las dificultades con los interesados. Trabajar de esta manera es más saludable y nos permite crecer a todos en el ámbito profesional y personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baranger W, Baranger M. «La situación analítica como campo dinámico». Montevideo. Rev. Uruguaya de Psicoanálisis, 1961-2; Vol. IV, num. 1.
2. Coderch J. «La práctica de la psicoterapia relacional». Madrid: Ágora Relacional; 2010.
3. Coderch J. «Realidad, Interacción y Cambio Psíquico». Madrid: Ágora relacional; 2012.
4. Eiguer A. «Por un psicoanálisis familiar recreativo». Rev. Le divan familia ; 16. París. 2006.
5. Ferenczi S. «Sin simpatía no hay curación» (El diario clínico de 1932). Buenos Aires: Amorrortu; 1977.
6. García Badaracco J. «Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar». Madrid: Tecnipublicaciones; 1990.
7. García Badaracco J. «Psicoanálisis Multifamiliar». Buenos Aires: Paidós; 2000.
8. García Badaracco J. «Psychanalyse Multifamiliale: comment soigner à partir de la «virtualité saine». En: Cook-Darzens S. Therapies Multifamiliales. París: Eirès; 2007.
9. García Badaracco J, Mitre M. E, Y Fonzi A. «El contexto social como encuadre necesario para el tratamiento psicoanalítico del paciente grave». Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina. «Presentaciones de la clínica: repensando la metepsicología». Buenos Aires. 2008.
10. Honneth A. «Reificación. Un estudio en la teoría del reconocimiento». Buenos Aires: Katz Editores; 2007.
11. Kuhn T. «La estructura de las revoluciones científicas». México: Fondo de Cultura Económica; 1980.
12. Loewald H. «On the therapeutic action of psychoanalysis». Papers in psychoanalysis. New Haven, CT: Yale Univ. Press; 1980.
13. Mascaró N. Presentación: «La transferencia en el grupo multifamiliar psicoanalítico». Actas de las 5ª Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. Baiona, Vigo. 1990.
14. Mascaró N. Presentación: «La Transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar». Jornada Romana de Psicoanálisis Multifamiliar. Roma. 2011.
15. Mascaró N. «El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar». Rev. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Vol. 2, nº 1. Barcelona. 2012.
16. Mascaró N. Maruottolo C. Presentación: «Sufrimiento vincular y sus transformaciones en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar». IV Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia. Buenos Aires. 2010.
17. Morin E. «Introducción al pensamiento complejo». Barcelona: Gedisa Editorial; 2007.
18. Ogden T. «Subjects of Analysis». New Jersey: Jason Aronson Inc; 1998.

TERAPIA INTERFAMILIAR: POTENCIANDO LA TERAPIA FAMILIAR A TRAVÉS DEL GRUPO MULTIFAMILIAR

Javier Sempere Pérez

La persona es esencialmente una estructura social y surge de la experiencia social.

G. H. MEAD

RESUMEN

Las terapias multifamiliares representan el grado máximo de complejidad entre los modelos de terapia grupal puesto que reúnen la posibilidad de realizar simultáneamente intervenciones grupales y familiares en un mismo contexto terapéutico. Su eficiencia y apertura al medio social ha motivado que en los últimos años asistamos a un auge de su inclusión como vertebradora de las intervenciones terapéuticas en múltiples instituciones de índole social, educativa y sanitaria. Tras una breve introducción general a las terapias multifamiliares, se analiza posteriormente el modelo interfamiliar, inspirado en los principios de las prácticas dialógicas y la teoría del apego y que es, probablemente, el más extendido en nuestro medio actual. Se analizan sus aspectos más relevantes y las bases teóricas en que se sustenta.

LAS TERAPIAS MULTIFAMILIARES

El nombre genérico de terapia multifamiliar engloba una pluralidad de intervenciones terapéuticas que se aplican en un contexto que reúne simultáneamente a varias familias. Stone y sus colaboradores (1996) definen la terapia multifamiliar como la modalidad de terapia en la que participan dos o más familias junto a un terapeuta entrenado y en la que se utilizan determinadas intervenciones psicosociales planificadas. O'Shea y Phelps (1985) añaden que las sesiones deben enfatizar la interacción entre las familias de forma implícita o explícita, así como utilizar las alianzas potenciales entre las diferentes familias en función de similitudes en la edad, sexo, problemática o roles familiares. Cook-Darzens se refiere a la terapia multifamiliar como un «reagrupamiento de varias familias —generalmente nucleares— incluyendo al paciente identificado, en torno a una patología determinada o patologías con características comunes, dentro de un marco

y con un fin terapéutico inspirado en la terapia de grupo y en la terapia familiar» (2007:13).

La utilización terapéutica de grupos conformados por varias familias llega en los años 1960 con Peter Laqueur, quien es considerado como el pionero de la terapia multifamiliar. A Laqueur le debemos tanto el término «terapia multifamiliar» como la sistematización de la práctica y sus mecanismos, con el establecimiento de un método no sólo educativo sino también comprensivo de lo que ocurría en las familias. En el inicio de los años 1960, y de forma paralela a Laqueur, el psiquiatra Jorge García Badaracco empezó a sentar las bases de su manera de abordaje multifamiliar en el Hospital Psiquiátrico Borda de Buenos Aires. Badaracco (1990) siguió un modelo multifamiliar que denominó *Psicoanálisis Multifamiliar* y que aplicó a una tipología de pacientes similar a los atendidos por Laqueur (institucionalizados y con enfermedad mental grave). Su idea era crear a través del grupo multifamiliar un espacio más libre y espontáneo que la terapia bipersonal en el que todos aquellos que lo desearan estuvieran invitados a participar para abrir espacios mentales en los que se pudiera dar nuevos procesos de crecimiento psicoemocional dentro de la familia. Las resistencias al psicoanálisis entre los profesionales de la salud mental en general y la revolucionaria ruptura con el encuadre clásico entre los psicoanalistas posiblemente penalizaron la propagación del modelo en la época (Cook-Darzens, 2007).

A estas primeras experiencias multifamiliares norteamericana y argentina se unieron posteriormente muchas otras por toda la geografía mundial aplicadas sobre una pluralidad de contextos sanitarios, educativos y sociales, ya que tal y como refiere Laqueur (1976) cualquier problemática humana es subsidiaria de ser abordada a través del grupo multifamiliar. La mayoría de los grupos multifamiliares referidos en la bibliografía se reúnen en torno a un diagnóstico o temática concreta, tal como que uno de los miembros de la familia sufra un determinado problema común (primer episodio psicótico, depresión, diabetes...). Pero también se encuentran experiencias no restringidas a un elemento en común y que están abiertos a cualquier problemática humana, a modo de grupos sociales-comunitarios de carácter universal.

Por otro lado, los programas multifamiliares descritos en la literatura científica son muy variados tanto en estructura, frecuencia, duración y número de sesiones, como en número de participantes, tipo de problemáticas atendidas, metas del grupo, roles de los terapeutas, enfoques teóricos, encuadres terapéuticos, técnicas empleadas y el uso de subgrupos. No existe una clasificación consensuada de modelos de terapia multifamiliar, destacándose en la literatura como predominantes los modelos de inspiración psicoanalítica (García Badaracco, 2000), los de inspiración sistémica (Asen et al, 2001) y los basados en las prácticas dialógicas y la teoría del apego —la terapia interfamiliar (Sempere, 2017).

LA TERAPIA INTERFAMILIAR (TIF)

Terapia interfamiliar es la denominación del modelo de terapia multifamiliar que desde hace más de una década venimos investigando y aplicando desde el Centre de Teràpia Interfamiliar (CTI) de Elche (Comunidad Valenciana, España). Sus promotores consensuamos un modo de intervención terapéutica inclusivo e integrador de los recursos familiares y comunitarios aplicable en diferentes contextos clínicos, sociales y educativos y complementario al modelo biomédico imperante en nuestro entorno (Sempere y Fuenzalida, 2016; Sempere y Fuenzalida, 2013; Sempere et al, 2012). La terapia interfamiliar representa un nuevo paradigma en salud mental y una revolución epistemológica en la comprensión y abordaje de los problemas del ser humano por su capacidad de abarcar los aspectos intrapsíquicos y familiares dentro del marco social en el que ocurren. La apertura al espacio social promueve procesos terapéuticos a los que las intervenciones grupales o las terapias familiares clásicas no pueden llegar, convirtiéndose en el contexto terapéutico más interactivo de entre los posibles donde el diálogo reflexivo y el desarrollo de la capacidad de mentalización pueden alcanzar su máxima expresión. La terapia interfamiliar podría entenderse por todo ello como el espacio más natural, democrático y espontáneo en el que llevar a cabo una terapia hecha entre todos (Sempere y Fuenzalida, 2016).

BASES TEÓRICAS DE LA TERAPIA INTERFAMILIAR

El mecanismo de acción de la terapia interfamiliar se basa en su capacidad de generar interacciones e influencias mutuas entre múltiples sistemas y subsistemas familiares dentro de un contexto grupal multifamiliar. El grupo multifamiliar actúa como engranaje tanto de los procesos terapéuticos intrapsíquicos como de las dinámicas familiares de los participantes, de forma que todos ellos se benefician no solo de un proceso terapéutico individual y familiar, sino también de las experiencias terapéuticas grupales que concurren en un marco social conformado por el conjunto de familias (Colangelo y Doherty, 1988; Strelnick, 1977; Behr, 1996). La terapia interfamiliar representa la confluencia de diferentes disciplinas y ámbitos de investigación científica centrados en el origen relacional de la mente y la dimensión también relacional de su reconstrucción psicoterapéutica, sustentándose en cuatro pilares fundamentales: la terapia de grupo, la terapia de familia, la teoría del apego y las intervenciones en red social a través de las prácticas dialógicas. A continuación los describimos brevemente:

1. *Terapia de grupo*. La terapia interfamiliar se lleva a cabo en un contexto grupal, con lo cual se beneficia de las ventajas inherentes de las terapias grupales, entre las que destacamos:

a. Su *eficiencia y rentabilidad*: un elevado número de personas acceden simultáneamente a una misma intervención terapéutica utilizándose así eficientemente el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos.

b. Las *propiedades únicas de la terapia de grupo* derivadas de como las interacciones interpersonales determinan el desarrollo psicológico del ser humano. El grupo proporciona un campo interpersonal mayor y repleto de feedbacks respecto a los contextos terapéuticos individuales y unifamiliares, siendo potencialmente más poderoso para romper el aislamiento interpersonal y social y promover los denominados «factores terapéuticos o curativos» específicos del grupo (Vinogradov y Yalom, 1996) que explican el modo común por el que las terapias grupales ayudan al cambio en sus participantes. De todos ellos, el *aprendizaje interpersonal* es considerado el mecanismo de cambio fundamental en la terapia de grupo interactiva (Freedman y Hurley, 1980). La terapia interfamiliar provee la más rica red de conexiones posible en diversos niveles, lo que la convierte en el encuadre terapéutico de máximas posibilidades de aprendizaje interpersonal de entre todos los posibles.

La terapia interfamiliar comparte los principios del *grupoanálisis* de Foulkes. Retoma la idea de *matriz grupal* (Foulkes, 2007), definida como una red de comunicaciones que no es simplemente interpersonal sino también transpersonal y suprapersonal, en la cual toma preeminencia el inconsciente social y donde el *yo* debe ser entendido como el *nosotros en mí*. Foulkes señaló que «debemos dar la vuelta a nuestro supuesto tradicional compartido por los psicoanalistas según el cual el individuo es la unidad última y que debemos explicar o entender el grupo desde el interior del individuo. La situación es opuesta: el grupo, la comunidad, es la última unidad primaria de consideración, y lo que se denominan procesos internos en el individuo son internalizaciones de fuerzas que operan en el grupo al que pertenece» (Foulkes, 1971:212, citado por Dalal, 2000:36).

El grupo multifamiliar guarda además un enorme paralelismo con los *grupos grandes* propuestos por Patrick de Mare (1974), quien propuso contextos grupales constituidos por un número nutrido de personas sin la inclusión de los miembros de la familia. De Mare cuestionó el psicoanálisis clásico por centrarse en la persona y su inconsciente sin tener en cuenta su contexto cultural, señalando que en los grupos grandes salimos de lo personal y de lo familiar y entramos en el ámbito de lo sociocultural, en donde podemos analizar nuestros mitos sociales —el inconsciente colectivo de Jung—.

2. *Terapia de familia*. El grupo multifamiliar es un espacio privilegiado para el análisis e intervención sobre las dinámicas familiares, ac-

tuando los profesionales y el resto de familias presentes como coterapeutas espontáneos a modo de un extenso equipo reflexivo. Todo terapeuta interfamiliar es a la vez un terapeuta familiar y debe conocer los principios básicos de esta disciplina (la *Teoría de la Comunicación Humana* y la *Teoría General de los Sistemas*) para construir su marco de referencia teórico. Ambas son referentes básicos para la comprensión de los fenómenos interactivos que se dan dentro de la familia y entre unas familias y otras en el marco social constituido por el grupo multifamiliar.

3. *Teoría del apego*. El grupo multifamiliar constituye una compleja matriz transgeneracional y multicultural en la que abordar el conglomerado de aspectos intrapsíquicos, intrafamiliares y sociales que determinan el sistema de apego del individuo. En el grupo multifamiliar la familia aprende a compartir una responsabilidad conjunta acerca de lo que acontece, pasando de ver al paciente identificado como problema a ver el sistema sociofamiliar como el problema (Strelnick, 1977). Las interacciones múltiples en el grupo multifamiliar aportan nuevas visiones de la realidad que permiten que los participante identifiquen sus constelaciones familiares en el aquí y ahora del proceso grupal. La posibilidad de que cada familia pueda revivir la experiencia de sus propias dinámicas familiares reflejadas en las otras familias promueve que cada uno de sus miembros puedan identificar sus roles, actitudes y conductas y generar insights espontáneos que conducen a mejores habilidades de comunicación (Laqueur, 1976; Asen y Scholz, 2010).

La intervención terapéutica interfamiliar insiste en el principio común de las terapias basadas en el apego de crear una base segura sobre la que llevar a cabo el proceso terapéutico. En el caso del grupo multifamiliar proponemos el concepto de base social segura desde la que cada participante, cada familia y el grupo mismo como marco social puedan explorar los diversos aspectos de sus modelos representacionales y comunicacionales. En esta línea, Foster (1991) se refiere al grupo multifamiliar como un encuadre social seguro donde las familias pueden aprender, crecer y apoyarse unas a las otras. A medida que las familias experimentan la vulnerabilidad de las otras familias en el grupo tienden a tomar mayores riesgos y abrirse a la expresión emocional, construyendo una intimidad conjunta necesaria para introducir cambios. El crecimiento en el grupo multifamiliar ocurre a través del desarrollo de relaciones con los otros que resultan satisfactorias, positivas y validantes. Las familias aprenden a empatizar con los sentimientos de las demás familias, a responsabilizarse de sus propias acciones, a aceptar a cada individuo como único y valioso, a permitir a los otros responsabilizarse de ellos mismos y a experimentar la vivencia de separación e integridad. Por todo ello, la terapia interfamiliar presenta un potencial único para estimular la reflexión y el desarrollo de la capacidad de mentalización de los participantes.

4. *Intervenciones en red social a través de las prácticas dialógicas.* El grupo multifamiliar constituye un grupo social, pudiendo ser visto como un receptáculo donde tienen cabida todas las personas de cualquier origen socio-cultural y generacional dispuestas a compartir su particular filosofía de vida, espiritualidad y experiencias personales. El grupo multifamiliar funciona así como una inagotable fuente de saber popular y de narrativas basadas en el sentido común. El espacio multifamiliar es un espacio privilegiado para el abordaje sociopsicológico de la persona al brindar la posibilidad de analizar y elaborar in vivo la interacción de cada participante dentro de un marco social formado por su propia familia y por el conjunto de las otras familias participantes. Foster (1991) se refiere a la enfermedad mental como una enfermedad social, por lo cual sugiere que la recuperación debe tener lugar en un espacio social; García Badaracco describe el grupo multifamiliar como una microsociedad y como una mente ampliada donde, a modo de laboratorio, puede ser llevado a cabo el proceso terapéutico (2000); Thorington sentencia que de entre todas las modalidades terapéuticas, el grupo multifamiliar es el que más similitud guarda con la sociedad ya que las otras familias presentes en el grupo representan la sociedad externa (citado en Foster, 1994); y McFarlane (2002) sugiere que los grupos multifamiliares construidos como comunidades de cura para los pacientes se convierten en grupos de apoyo para los familiares y para los propios profesionales y añade que el peso impuesto por la enfermedad de cada paciente parece ser dividido por el número de participantes y no multiplicado por el número de pacientes dentro del grupo. Además, el espacio grupal multifamiliar provee, reestructura y amplía la red social de los integrantes y reduce el estigma, aspectos estos cruciales en el proceso de cambio de las dinámicas y del comportamiento de sus miembros (Sempere, 2015).

La intervención terapéutica desde el modelo interfamiliar se inspira en los principios construccionistas y sociales del Open Dialogue (Seikkula et al, 1995), constituyéndose el grupo multifamiliar en un espacio privilegiado donde promover la conversación más polifónica de las posibles. Frente a la experiencia del equipo finlandés que limita la intervención a la red social de un único cliente, la TIF amplía el diálogo a varios clientes con sus respectivas redes sociales simultáneamente. Esto supone conversaciones a más voces, más complejas y menos endogámicas, en las que los aportes narrativos saltan de unas familias a otras y se multiplican proporcionalmente con el número de familias participantes en el grupo multifamiliar. Las posibilidades de reflexionar juntos y de generar narrativas alternativas es mucho mayor cuando diferentes familias, con diferentes universos culturales, se reúnen y forman parte de una verdadera comunidad dialógica. Por ello apostamos por el grupo multifamiliar como el espacio dialógico por excelencia y por la TIF como modelo multifamiliar generador de diálogos en dicho contexto.

La terapia interfamiliar ha demostrado su eficacia clínica a través de investigaciones recientes que evidencian mejoría clínica significativa tanto en pacientes identificados tratados diferentes recursos de salud mental (Pérez, 2015; Sempere, 2015) como en sus familiares (Sempere, 2015). Debe señalarse además el alto grado de satisfacción con el tratamiento interfamiliar que refieren tanto los pacientes identificados como sus familias, con valoraciones subjetivas de la TIF como mínimo igual o superior a los abordajes unifamiliares e individuales. Los resultados de estas primeras investigaciones en TIF podrían favorecer la aceptación y expansión del modelo en múltiples instituciones.

CONCLUSIONES

Las terapias multifamiliares representan una revolución dentro de la atención a las diferentes problemáticas del ser humano frente a los otros modelos grupales en nuestro entorno focalizados en aspectos parciales que dejan de lado los factores familiares y sociales implicados en la génesis y mantenimiento de estos problemas. Pero, además, aportan una forma lógica y eficiente de gestionar los recursos sociosanitarios frente a la masificación de los servicios públicos al posibilitar la atención simultánea de múltiples usuarios y sus familias.

La terapia interfamiliar integra los aportes de los principales autores multifamiliares a través de un enfoque constructorista y social, convirtiéndose en una forma sencilla e intuitiva de intervención aplicable en todo tipo de institución sociocomunitaria. La terapia interfamiliar acerca a los seres humanos, desmitifica el papel de los profesionales y humaniza la terapia a través de construir espacios de diálogo y reflexión más inclusivos, abiertos y transparentes que estimulan la mentalización y nuestra satisfacción en la vida, promoviendo la construcción de sujetos reflexivos y auténticos y neutralizando los efectos de una familia y una sociedad que mantiene a los individuos en una condición de sujetos sujetados (Zamanillo, 2008). El modelo interfamiliar ha conseguido además esquematizar e integrar unas bases teóricas coherentes poniendo así fin a los prejuicios previos sobre la terapia multifamiliar acerca de la falta de un marco teórico que las sustentara. Por otro lado, también se ha demostrado su eficacia a través de diversas investigaciones científicas.

La terapia interfamiliar amplía su rango de acción que va más allá de los horizontes del consultorio y la clínica a través del trabajo comunitario a todos niveles: vecindarios, escuelas, hospitales y grupos de todo tipo. A través de ella nos adentramos en una nueva era de las terapias en las que,

por fin, terapeutas y clientes se unen y colaboran en conversaciones que permiten a todos los participantes —profesionales y no profesionales— acceder su creatividad y desarrollar posibilidades donde antes no parecían existir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asen E, Dawson N, Mchugh B. *Multiple Family Therapy. The Marlborough Model and its Wider Applications*. London and New York: Karnac; 2001.
2. Asen E, Scholz M. *Multi-Family Therapy. Concepts and Techniques*. Sussex (UK) y Nueva York (USA): Routledge; 2010.
3. Behr H. Multiple family group therapy: A group-analytic perspective. *Group Analysis*, 1996; 29: 9-22.
4. Colangelo N, Doherty WJ. The family FIRO model: The integration of group theory and family theory. *Journal for Specialists in Group Work*, 1988. 13: 194-199.
5. Cook-Darzens S. *Thérapies Multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville Saint-Agne: Èrès; 2007.
6. Dalal F. *Taking the Group Seriously. Towards a Post-Foulkesian Group Analytic Theory*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2000.
7. De Mare PB. *Perspectivas en Psicoterapia de Grupo*. Río de Janeiro: Imago; 1974.
8. Freedman J. *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. Nueva York: Norton; 1996.
9. Foster LN. A theoretical framework for multiple family group therapy with chemically dependent and other at-risk families. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 37: www.multiplefamilygrouptherapy.com. 1991.
10. Foster LN. It's not family therapy. It's not group therapy. It is multiple family group therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 6: www.multiplefamilygrouptherapy.com. 1994.
11. Foulkes SH. *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona: Ce- gaop Press; 2007.
12. García Badaracco JE. *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones; 1990.
13. García Badaracco JE. *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2000.
14. Laqueur HP. Multiple family therapy. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy, theory, and practice*. New York: Gardner; 1976. p 405-416.
15. Mcfarlane WR. *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York and London: Guilford Press; 2002.
16. O'Shea MD, Pelphs R. Multiple family therapy : current status and critical appraisal. *Family Process*, 1985; 24 (4): 555-582.
17. Pérez M. *Estudio de la efectividad de la terapia de grupo multifamiliar en el abordaje de la problemática conductual y emocional del adolescente*. Tesis doctoral. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. En <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/48149/1/TESIS%20MARIA%20P%C3%89REZ%202015.pdf>. 2015.
18. Seikkula J, Aaltonen J, et al. *Treating psychosis by means of open dialogue*. En S. Friendam (Ed), *The reflecting team in action*. New York: Guilford Press; 1995. p 62-68.
19. Sempere J. *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de un nuevo modelo de terapia multifamiliar*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. file:///C:/Users/Xavi/Downloads/TESIS%20JAVIER%20SEMPERE%202015.pdf. 2015.

20. Sempere J, Fuenzalida C, Pérez A, et al. Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2012; 2 (1): 109-122.
21. Sempere J, Fuenzalida C. Terapia interfamiliar: de la terapia de familia a la terapia entre familias. *Revista Psicoterapia y Psicodrama*, 2013; 2 (1): 88-105
22. Sempere J, Fuenzalida C. Terapia interfamiliar. En *Padres e hijos. El poder de enfermar al otro* (p. 193-224). Buenos Aires; 2016.
23. Sempere J, Fuenzalida C. *Terapias Multifamiliares. El modelo Interfamiliar: la terapia hecha entre todos*. Madrid: Psimática; 2017.
24. Stone S, Mckay M, Stoops C. Evaluating multiple family groups to address the behavioral difficulties of urban children. *Small Group Research*, 1996; 27: 398-415.
25. Strelnick AH. Multiple family group therapy: A review of the literature. *Family Process*, 1977; 16: 307-325.
26. Vinogradov S, Yalom ID. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós; 1996.
27. Zamanillo T. *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid: Síntesis; 2008.

LOS GRUPOS MULTIFAMILIARES EN ESPAÑA

María del Mar Soler Sánchez

En su origen, todas las corrientes de pensamiento sobre el sufrimiento psíquico concibieron la psicoterapia como una relación bipersonal. *Freud* crea el psicoanálisis como teoría y técnica centrada en el mundo intrapsíquico. El inconsciente es patógeno por estar reprimido, y la meta es hacer consciente lo inconsciente para alcanzar la curación. Pero la experiencia bipersonal no abarca ni resuelve la problemática mental grave, en ninguna escuela, como bien nos recuerda todo el campo de la rehabilitación psicosocial.

El entorno y la familia real no se tenían en cuenta porque lo que importaba era la vivencia interna, y el conflicto se definía entre las tensiones instintivas que son la fuente de toda motivación, y que presionan continuamente para alcanzar una descarga. La personalidad se veía como resultado del entretejido de impulsos y defensa.

Freud describe la transferencia en esa relación bipersonal primero como una resistencia a la interpretación y después como una repetición de un conflicto con los padres de la infancia que se repite en la actualidad, y centra la técnica psicoanalítica en este hallazgo. Freud se centra en los relatos de los pacientes acerca de sus recuerdos con sus figuras parentales, pero descarta su inicial teoría de la seducción infantil, con su conocida frase «mis pacientes histéricas me mienten», sus recuerdos son falsos, son sólo recuerdos de deseos y anhelos. Es en la teorización del complejo de Edipo como conflicto central de la neurosis cuando Freud acepta e incorpora la interacción de fuerzas psíquicas como resultado de una determinada dinámica familiar, que deja un residuo en la vida psíquica del niño. Pero la dimensión vincular de los conflictos no fue tomada en cuenta por el psicoanálisis.

Posteriormente ha habido diversos intentos teóricos de describir en el trastorno mental grave lo que se observaba a veces como el poder enferman-te de una relación alterada con los padres, algunos con terminología desafortunada como la madre esquizofrénica de *Frieda Fromm-Reichman*, o el doble vínculo y doble mensaje de *Gregory Bateson*. *Jorge García Badaracco* en Argentina recoge estas observaciones clínicas también, y comienza a describirlas como interdependencias recíprocas enferman-tes y/o enloquecedoras. Pero la simple interpretación de este tipo de transferencias no parecía tener resultados. Además, se va estableciendo que la interpretación debe ser formulada sobre la base de una experiencia vivencial y no intelectual.

Pero *Foulkes* ya declara que la naturaleza social del ser humano es un hecho primario e irreductible. Todos tenemos una experiencia grupal, ya

que nacemos en una red familiar. El individuo está precondicionado hasta su parte más íntima por la comunidad, incluso antes de nacer, y el grupo que lo educa deja en él una impronta vital. Lo individual queda inserto en lo grupal y viceversa. El propio Badaracco en 1998 nos dice que estamos inmersos en una sociedad y en una cultura en la cual lo que llamamos 'mente' empezó siendo grupal-familiar más que individual propiamente dicho, como lo considera la sociedad actual.

Las teorías y técnicas grupales que comienzan en la década de los 30 con *Moreno* se inician como interpretaciones individuales en grupo, y sólo más adelante se comienza a entender la compleja trama de interrelaciones y la co-construcción psíquica que se da en los grupos como destaca el Grupoanálisis fundado por Foulkes. La originalidad de la teoría de *Pichon-Rivière* se basa en la visión dialéctica del funcionamiento de los grupos y de la relación entre la dialéctica, la homeostasis y la cibernética.

Y las familias como redes comienzan a ser entendidas desde el abordaje sistémico, evidenciando los sistemas patógenos de funcionamiento familiar, pero tienen poco en cuenta que los individuos atrapados en sistemas patológicos no pueden salir de los mismos simplemente a través de señalamientos, por no haber podido desarrollar capacidades propias para poder hacerlo.

Por último, queda la incorporación de las familias a los encuadres terapéuticos. Si enfocamos la psicoterapia sólo desde lo psicoeducativo, entonces abordamos la problemática familiar únicamente desde «lo que hay que corregir», y muchas familias se colocan en el papel de cuidadores, sólo esperan que se les diga «lo que tienen que hacer». Puede que en el terreno de la normalidad puedan ser útiles las pautas o normas de conducta, pero cuando se entra en el terreno de los «conflictos insolubles» o de la enfermedad mental grave, se ve claramente que con querer ayudar a la gente a través de consejos o pautas de conducta no se logra nada. No hay que caer en la «ilusión de ayudar», ya que se potencia a las familias un rol de sobreprotección y cada vez hay mayor anulación y fijación del rol de enfermo.

Entrando ya en el campo de los Grupos Multifamiliares, *Jorge García Badaracco* desarrolla la Comunidad Terapéutica de Estructura Multifamiliar, hasta llegar a individualizar los *Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar* tras más de 30 años de práctica. En la década de 1960 Badaracco comienza a trabajar con grupos multifamiliares en el Hospital Borda de Buenos Aires, con pacientes internados por patologías graves. Él mismo señala que su motivación para trabajar con grupos fue captar el enorme aislamiento en que se encontraban los pacientes graves. Intentos similares se fueron agrupando en el concepto de Comunidad Terapéutica iniciado por Maxwell Jones, y en los abordajes socioterapéuticos.

Descubre que las personas mentalmente muy afectadas no pueden aprovechar las interpretaciones psicoanalíticas, pero el pensamiento psicoanalítico sí le va permitiendo comprender y pensar a las personas más

allá de lo fenomenológico. El psicoanálisis es utilizado más como una forma de pensar dentro del grupo que como un modo de intervenir específico.

La intuición, según dice él, le llevó a profundizar en las sesiones con pacientes y familiares. Lo primero que le llamó la atención fue que en todo paciente hay aspectos sanos que no se tenían en cuenta o quedaban ocultos tras el trato que se les daba, que en círculo vicioso potenciaba los aspectos enfermos al ser tratados siempre como tales. Se da cuenta del poder enfermante o curativo que puede tener para alguien cómo se siente mirado por los demás. También a todo el equipo les comenzó a parecer que los pacientes actuaban o les ponían a prueba para ver si alguien podía percibirles como seres humanos y no sólo como enfermos. Lo más violento para cualquier persona es que se traduzcan por locura todo un mundo de necesidades emocionales que necesitan ser comunicadas para que alguien las recoja y las dé un sentido en su vida y para su vida.

La Patología Mental Grave tal y como la entiende el Psicoanálisis Multifamiliar iniciado por Badaracco está apoyada en tres pilares centrales:

- 1.º) Los estados de *interdependencias enfermas* y enfermantes que el paciente tiene con su medio familiar, y este con él.
- 2.º) Los efectos emocionales de los *duelos patológicos* que fundamentalmente padece la familia y que son los que atrapan durante los procesos de identificación en la crianza a sus miembros, dando lugar a las interdependencias atrapantes y patológicas, que impiden las dependencias sanas y normogénicas y por lo tanto el desarrollo sano. Se hacía muy visible el poder curativo de lo contrario, de las interdependencias recíprocas normogénicas, curativas y/o sanadoras.
- 3.º) Como consecuencia de todo esto se dará un «sí-mismo» *en estado embrionario* escondido, a la espera de ser descubierto y ayudado a evolucionar, pero camuflado en una identidad bizarra debido a las identidades que ha tomado para ser y estar al servicio de otros. Badaracco hablará de «los otros en nosotros», muchas veces las personas no han podido alcanzar una verdadera autenticidad. Han vivido habitados por otros y manejados por otros de tal manera que no han podido desarrollar su propio sí mismo, ni hablar desde sí mismos. El paciente con trastorno mental grave está atrapado en identificaciones patológicas que anulan su sí mismo verdadero y se presenta en términos de García Badaracco como *personajes que lo habitan*.
Por otro lado, Bion ya había descrito que en toda persona psicótica hay una parte neurótica de la personalidad, pero Badaracco va más allá al describir la *virtualidad sana*, el potencial que toda persona conserva para desarrollar recursos yojicos nuevos más genuinos.

Desde el *Psicoanálisis Multifamiliar* se señala que el «darse cuenta» desde lo vivencial es lo que va a permitir que se abran nuevos espacios mentales que permitan desarmar las Interdependencias patógenas. Para desmontar dichas interdependencias patógenas es necesario abordar a las familias a través de los *Grupos Multifamiliares*, ya que no sólo debe cambiar el hijo, que además no puede por sí mismo al estar atrapado: los padres no sólo deberían cambiar para el hijo o para que la relación con el hijo mejore, sino que los padres deberían cambiar para sí mismos, sobre todo al hacerse cargo de sus duelos enquistados de su propia historia vital, y también de sus propias historias de apego para romper la cadena transgeneracional. Esta ausencia de un «nosotros-mismos» familiar dará lugar a familias desestructuradas, o más bien familias estructuradas en torno a aspectos pseudo-estructurados, y que tienen que ver con formas rígidas y defensivas de relación que enmascaran las necesidades básicas emocionales sin cubrir, que los miembros familiares tienen tanto individual como colectivamente. De esta manera se hacen cargo de sus vidas y de su proceso, y liberan a los hijos de esta responsabilidad. Esto es necesario que se dé para producir cambio psíquico, pues los cambios psíquicos necesarios que conllevan la curación han de darse en ambas partes de la interdependencia.

En los Grupos multifamiliares debemos intervenir sobre el vínculo que se pone de manifiesto en la comunicación entre familiares, por lo general sobre el vínculo padres-hijos. Pero siempre el acento de las intervenciones busca llegar a los padres, aunque las intervenciones sean sobre los hijos. Son los padres los que más cambios necesitan, y los hijos acuden esperanzados de que nos hagamos cargo de sus padres y sus dificultades.

Qué difícil nos puede resultar, en esas condiciones, devolver la esperanza, y la comprensión, a los pacientes y sus familias, desde el ángulo de la complejidad de las relaciones emocionales humanas y de los estados de dependencia que se crean. Intentar re-establecer la capacidad de pensar, sobre las auténticas necesidades emocionales no cubiertas aún, y expresadas en clave de síntomas, como motivo del sufrimiento que a todos les acoge. Cuántas resistencias encontraremos, y cuántas culpas tendremos que aliviar para comprometerlos respecto a la importancia de la función que cada uno desarrolla en esa relación tanto para perpetuar esos estados de interdependencia como para provocar cambios suficientes que les permitan salir de las relaciones enfermantas.

En las experiencias de Grupo multifamiliar es muy importante respetar el motivo por el que vienen los padres. Ya el hecho de que estén presentes implica un compromiso de preocupación y no de abandono con sus hijos que es necesario valorar, y nunca forzarles a que reconozcan sus problemas personales. Tan sólo, y si la situación emocional lo permite, les incluiremos desde su «aspecto hijo», que será el más próximo con el que puedan reconocer sus dificultades y aproximarse a las de sus hijos.

Los *Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar* nacen como grupos con una especificidad y que funcionan como recurso terapéutico tanto en instituciones de internamiento como complemento de los tratamientos ambulatorios. El GMF es un entorno de trabajo compartido que utiliza la conversación en un contexto nuevo que permita desarrollar recursos yoi- cos genuinos en sus participantes. Badaracco indica que con el paso del tiempo podrán ser «espacios de reflexión y desarrollo humano en grupos abiertos a la comunidad, ya sea en instituciones psicoanalíticas, organizaciones comunitarias o los propios hospitales públicos».

FACTORES CURATIVOS ESPECÍFICOS DEL GRUPO MULTIFAMILIAR (GMF) HACIA EL CAMBIO PSÍQUICO

No se pueden dar en otros entornos psicoterapéuticos y son:

- La *experiencia vivencial*, «estar presente y compartir». Sólo desde el campo de la relación, vivenciada desde nuestro propio mundo interno y no desde una intelectualización, podremos ofrecer un sostén a otro que sufre. El paso inicial para que esto se pueda dar es la creación y mantenimiento de un clima emocional y de un vínculo de confianza.
- El *contexto multitudinario* es la mejor garantía de seguridad ambiental para rescatar y desarrollar un sí-mismo verdadero.
- La relación de ayuda se basa en los *aspectos compartidos* y comunes, y no desde las diferencias que marca la patología.
- Tratar a las personas como sanas, que entonces pueden responder con su *virtualidad sana*, ya que no están dispuestos a arriesgar si no están en un contexto de seguridad.
- A través de experiencias vivenciales compartidas se va generando una solidaridad grupal, que va creando la experiencia de poder contar con otro, fenómeno a veces nuevo para algunas personas (esto es igual en psicoterapia bipersonal, pero en el GMF se amplifica en forma de *Minisociedad*, lo cual permite construir una trama social en el que la patología puede expresarse y desplegarse, siendo tolerada y comprendida en un escenario adecuado, y así llegar a la *metaforización* de las situaciones planteadas).
- Aparecen los *recursos yoi- cos genuinos*, que la persona no había podido desarrollar por circunstancias ambientales no favorecedoras que no podían ser superadas.
- Poder pensar con autonomía, es decir, utilizar la *mente ampliada* que nos permite pensar junto con otros, sin perder la autonomía propia.
- En el contexto social de los grupos multitudinarios se puede ayudar a mejorar la calidad de vida psíquica, generando una *conver-*

sación compartida que tenga el poder de abrir espacios mentales y aprender a escuchar con respeto al que está hablando, aunque no se comparta lo que dice.

En el entorno de los GMF se percibe más claramente que en otros contextos la existencia en el mundo interno de los pacientes graves de «presencias» intrapsíquicas con poder enfermante, que tiene un accionar permanente, inconsciente, oculto, secreto, que a veces no se evidencia en otros contextos. Las personas al principio no podían escuchar realmente a otros, protegidos y encerrados en una coraza protectora contra las emociones y vivencias que pueden resurgir al revivir con otros las interdependencias patógenas del contexto familiar. Esta coraza les protege pero también empobrece su desarrollo. En estas condiciones, cualquier apertura mental puede ser angustiante, por el miedo a despertar emociones o vivencias traumatizantes. Han ido armando defensas que condicionaron la necesidad de identificarse con los mismos personajes enfermantos, y como resultado incorporan las presencias enloquecedoras para poder sobrevivir a las angustias enloquecedoras. La persona así encerrada en una estructura mental rígida tiene compulsión a la repetición y no puede pensar, necesitando a otros para poder ver lo que no puede ver en sí misma. El objetivo sería adquirir una capacidad nueva para poder pensar los mismos fenómenos que fueron traumatizantes y desarmar por sí mismos su poder patógeno: apertura mental. La actuación como personajes a veces se acentúa si incluimos a los familiares en los grupos, personajes contruados con identificaciones con ciertos aspectos de los padres. A veces parecen caricaturas, habitados por múltiples personajes a menudo incompatibles entre sí, que han impedido el desarrollo del sí mismo verdadero. Se debe descubrir a la persona infantil sana que sigue en su interior.

Es bastante común que casi inmediatamente los pacientes se conecten con el GMF, rescatándose al poder hablar con otras personas con las que no tienen interdependencias patógenas, y así ejercer su virtualidad sana. Al ceder la preocupación parental por ver a sus familiares con mayores capacidades, los padres pueden ponerse nerviosos pues van intuendo las características de esas interdependencias patógenas que fueron estableciendo. Una vez que la enfermedad ha desaparecido, pueden contar las verdaderas dificultades de la familia, y las complicidades que han ido construyendo, así como los síntomas del paciente que encubrían peticiones de auxilio, pero temían descubrir verdades que sentían que podían dañar al otro o producir vergüenza.

Los conflictos en los vínculos de interdependencia patológica se presentan siempre como *conflictos dilemáticos* que muchas veces son actuados y que impiden pensar: con quién nos vamos a aliar, a quién le vamos a dar la razón. En el GMF, gracias a las identificaciones cruzadas, podemos salir de lo dilemático. También rescatando las necesidades básicas

que se ponen de manifiesto en las demandas que muchas veces se realizan a través de la violencia. Las demandas básicas giran siempre entorno a la necesidad de afecto, de que los otros significativos les den un lugar en su mente con derecho a ser distintos y valiosos, respetando la necesidad vital de ser ellos mismos.

ESPECIFICIDAD DEL GMF

Va a suponer una mirada nueva para todos los fenómenos grupales:

- Son grupos con un *encuadre flexible y abierto*: no es imprescindible que el paciente asista acompañado por todos los miembros de la familia, pueden ir varios de ellos e incluso acudir el paciente solo; también puede darse el caso de que acudan los familiares y el paciente se niegue a ir, ya que se parte de la idea de que cualquier cambio en alguno de los miembros de la familia influirá en el resto.
- *Duración ilimitada*: no hay un tiempo marcado que determine la duración del tratamiento grupal.
- *No directivos*: son los propios integrantes del grupo los que toman la palabra.
- *Heterogéneo*: no hay selección de pacientes en función de un diagnóstico concreto, sino que en principio pueden asistir todos los pacientes y sus familiares, con unas condiciones mínimas de respeto hacia sí mismos y los demás.
- *Coterapia*: desde la teoría de la transferencia psicótica y las dificultades que ésta entraña, los grupos son dirigidos por varios terapeutas para facilitar que la transferencia se diluya entre varios y también evitar que el terapeuta pueda quedar atrapado en otra trama enfermante en una relación dual terapeuta-paciente.
- *No liderazgo*: los coordinadores no ocupan una posición de saber respecto al grupo, no buscan un «liderazgo».
- *Forma de intervenir* del GMF en esa trama enfermante: proveyendo de *experiencias enriquecedoras múltiples* que permiten ir estableciendo interdependencias recíprocas más sanas, que liberan a la persona del poder enfermante de las otras, y le permiten descubrir que tiene recursos propios para desarrollar su virtualidad sana. Lo mismo para las personas afectadas como para los familiares.
- *Hipercomplejidad*: este contexto permite visualizar mejor las semejanzas y las diferencias.
- En este nuevo contexto todo lo humano puede aparecer como más natural, y nos permite articular más fácilmente lo sano y lo enfermo, y aceptar diferentes enfoques de un mismo fenómeno,

saliendo de lo dilemático y entrando en la dialéctica que permite encontrar soluciones pactadas.

- La dimensión individual puede ser más respetada que en otros contextos porque es atendida desde la *escucha* de los otros del grupo, que funcionan como expertos.
- Se dan *emergentes* desde los procesos internos de cada participante, que tienen que ver con la creatividad propia, y que a veces parecen «mágicos», como si fueran evidencias recién descubiertas. Estas *evidencias* deben ser rescatadas y señaladas, que no pasen desapercibidas, para que se puedan ir generalizando en todos los contextos. Así, los conflictos habituales se pueden ir disolviendo.
- Las evidencias tienen que ver con descubrir que tras la comunicación habitual subyacen fenómenos de *interdependencias recíprocas*, que son en principio inconscientes. Las interdependencias subyacentes a la palabra canalizan su poder de producir emociones en los demás, un poder que puede ser enfermante o curativo. Los *malentendidos* son difíciles de desarmar en cuanto a su capacidad de producir malestar, y nos suelen llevar a situaciones dilemáticas que aparentemente no tienen solución porque las disculpas no son creídas y no tienen poder de desarmar el malentendido. Y esto es así porque el poder de producir daño no está en el significado de la palabra sino a través de tonos de voz, gestos y actitudes corporales, que son los que denotan la naturaleza de las interdependencias subyacentes.
- En el GMF las *experiencias traumáticas* van perdiendo su carácter traumático al ser repetidas en este contexto multitudinario y, al observarlas en otros, se pueden detectar las interdependencias.
- Los familiares pueden entender la ayuda verdadera que necesita el paciente.
- Todos los fenómenos suceden de forma diferente, y muchas personas se animan a hablar más que en otro tipo de grupos o que en terapia individual, dándose en fenómeno de que en el GMF las expresiones de locura se contienen mejor, disminuye el temor a hacer daño, y así la *violencia* puede expresarse más libremente en su dimensión verbal, donde puede percibirse el odio sin pasar al acto. En el GMF experimentan que la violencia que viven cotidianamente cobra más relevancia desde lo reprimido y fantaseado, que desde la violencia expresada.
- *Plasticidad y libertad*: se sienten más respetados que en otros contextos.
- A veces hay cambios importantes en personas que no han asistido nunca al GMF. Esto nos demuestra que la patología se da en los vínculos, o sea que siempre tiene que ver con las interdependencias. Puede darse entonces una *labor preventiva* sobre muchas

personas, e incluso una función social si se realiza en entornos comunitarios.

- Posibilidad de *integrar* la técnica con cualquier otro tipo de terapia.

COORDINACIÓN DEL GMF

- Al promoverse por parte de los coordinadores del GMF una *actitud reflexiva y de escucha*, todas las personas comienzan a poder pensar psicoanalíticamente las experiencias compartidas. Cuando dentro del grupo se logran desarmar estas situaciones dilemáticas, la interpretación psicoanalítica ya no es necesaria.
- La coordinación del GMF tiene que centrarse en *articular entre sí* las diferentes historias de vida, ya que a los participantes al principio les cuesta ver las *semejanzas*. Hay que posibilitar el descubrir la universalidad inherente a cada vivencia singular, lo que permite la *metaforización* de la situación.
- Deben poder *pensar la enfermedad mental* en términos de *interdependencias patógenas a disolver*, *tramas patógenas a desarmar* y *vivencias que elaborar*, siendo estos objetivos facilitados por el tipo de contexto multitudinario.
- Debe desarrollarse una *mayor capacidad de contención psicológica* de todo tipo de vivencias, incluyendo las más desorganizadas e incluso las agresivas, ya que la locura debe poder desplegarse para que se vaya creando el contexto de seguridad psicológica, y después para trabajarla.
- Poder pensar la locura con *distancia* suficiente, pero con *proximidad empática* que nos permita trabajar en el rescate, desde ese lugar compartido. Más allá de la incoherencia, poder imaginar escenarios en los que lo que se dice puede tener sentido.
- La consigna es *estar disponible como terapeuta*, y venir a hacer una *experiencia compartida* de encuentro y voluntaria.

Vemos así cómo el ambiente emocional que rodea a las personas (grupo familiar y grupo social) interviene en la génesis y desarrollo de la patología mental.

Los Grupos Multifamiliares se revelan así como respuestas terapéuticas adecuadas para aportar soluciones y comprensión a todos los aspectos propios de las patologías mentales: interdependencias, duelos, el sentido de las crisis desorganizativas, cronicidad, regresiones, violencia, límites, procesos de identificación, despersonalizaciones y procesos que intervienen en el cambio psíquico.

Esta forma de entender nos ha llevado a las dinámicas grupales actuales, siendo el GMF un instrumento clave para la comprensión y tratamiento

de los fenómenos interpersonales, tanto normales como patológicos. Además, es un encuadre que siempre contempla los Derechos Humanos ya que empodera a los usuarios y sus familias para lograr una eficaz Recuperación, evitando estigmas, paternalismos o aislamiento de la persona con un problema mental severo.

UN RECORRIDO POR LA FORMACIÓN EN GRUPOS MULTIFAMILIARES

Como hemos visto, la experiencia se inicia en Argentina, y es a las instituciones de Buenos Aires donde acuden personas en formación, sobre todo de España, Italia, Uruguay y Portugal.

Jorge García Badaracco fundó en 1962, dentro del Hospital Neuropsiquiátrico «T. Borda» de Buenos Aires, la primera Comunidad Terapéutica de Orientación Psicoanalítica; y en 1964 organizó el primer Hospital de Día de Buenos Aires. Un año después denominó a su dispositivo clínico como «Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar». Luego, en 1968 abandona el hospital y *María Elisa Mitre* funda en 1997, junto a otros colegas, la clínica privada DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamientos de Enfermedades Mentales). En ésta permanece trabajando durante 25 años. En 1978 fue uno de los miembros fundadores de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar —SATF— (primera institución sobre la especialidad en el país) y durante el período 1980-1984 llevó a cabo su presidencia durante dos mandatos de la APA.

FORMACIÓN EN ARGENTINA

Katherine Walter, secretaria de DITEM indica que los primeros rotantes españoles fueron en 1999-2000. Probablemente, fue una difusión que se hizo en España especialmente, ya que inicialmente no había convenios. Hoy en día los rotantes vienen como resultado de la transmisión de boca a boca, y siguen rotando en la actualidad.

El instituto que aglutina las distintas intervenciones multifamiliares en diferentes centros y que dirigía Badaracco se llama Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar, coordinado hasta el 2010 por Hernán Simond. El proyecto se desarrolló en varias etapas conceptuales y crecientes niveles de profundidad teórica. Los centros principales donde se realizan GMF son:

- Hospital monográfico Borda (de hombres)
- Hospital Moyano (de mujeres)
- Centro Privado DITEM (de la Fundación María Elisa Mitre) tipo Hospital de día

- APA (Asociación Psicoanalítica Argentina)
- Sanatorio municipal de Julio Méndez
- Hospital de niños Ricardo Gutiérrez

La Fundación María Elisa Mitre ofrece en la actualidad un *Programa de posgrado* a los estudiantes que hayan concluido la Licenciatura de Psicología y quieran formarse en Psicoanálisis Multifamiliar. Además, mantiene un programa estructurado de pasantías que vienen de distintos países como España, Francia, Uruguay, Italia... y un programa de prácticas para alumnos en los últimos años de la licenciatura de Psicología en colaboración con la Universidad de Buenos Aires (UBA).

GRUPOS MULTIFAMILIARES EN ESPAÑA

- Norberto Mascaró es el introductor del psicoanálisis multifamiliar en España, fue colaborador de Badaracco en la clínica DITEM. En 1984 trabaja en Bilbao, en el Hospital de Día Uribe-Costa, estableciendo el modelo de Comunidad. El primer GMF lo realiza con José María Ayerra, que también contactó con Jorge García Badaracco, y Asun Echanove, que sigue celebrándose de forma semanal durante dos horas con pacientes de Hospital de Día, en el que Norberto Mascaró estuvo tres años como supervisor. En los primeros años Jorge García Badaracco estuvo presente en este grupo de forma esporádica, aunque su amistad y múltiples contactos posibilitaron un diálogo fluido con él. Parece ser que fueron los primeros en Europa, luego se desarrollaron en Suiza y sur de Francia.
- Pilar Nieto sigue también este modelo en el Hospital de Día del Hospital Central de Cruz Roja en Madrid.
- Jordi Marfà comienzan el Grupo Multifamiliar el 7 de Enero de 2008, de los primeros GMF en el ámbito público de Catalunya, en el Centre de Salut Mental d'Adults-2 de Badalona, del que es director desde 1995.
- Rubén Caridad realiza supervisión de GMFs en Cataluña y otras Comunidades. Realizó su formación en Buenos Aires en el Hospital Borda y la APA. En Barcelona comenzó un espacio multifamiliar en 2010.
- Jesús Salomón Martínez es autor, junto con Hernán Simond, del único libro publicado sobre este tema en España, tras la muerte de Badaracco, con material inédito (el número 52 de la colección estudios de la AEN). Lleva realizando grupos desde 2008, actualmente en Málaga.

Isabel Elustondo es de las primeras personas en acudir a rotar a las instituciones argentinas, entre febrero y junio de 2005, junto con dos residentes de Leganés, Rosa Roy e Isabel Mitjá, gracias a la información de Javier Sempere, que había estado allí durante unos 6 meses hacía poco. En ese momento no tenían experiencia en la formación. Isabel cuenta que les llevaban a sus casas a comer o cenar, les acompañaban a todos sitios, estuvieron muy cercanos, sobre todo Hernand Simond. No parecía que hubiera alumnos de otros lugares. Personalmente fueron transmitiendo la experiencia a muchas personas. De Getafe y Leganés fueron pronto los siguientes residentes. Los sucesivos fueron Angel Ramos y Esther García de Bustamante, todos en varias ocasiones. En 2009 ya había más de 5 residentes rotando simultáneamente, y personas de Italia, otros sitios de España, etc.

José Luis López Atienza se inicia en la terapia multifamiliar en el Hospital de Día de Uribe-Costa en 1984, y después los lleva a su consulta privada, en un inicio vinculados a grupo de adolescentes, en 2000. Con Maribel Blajakis comienza la Formación Continuada de OMIE en Barcelona y en 2005 en Bilbao. La formación continuada en Barcelona estuvo centrada inicialmente en Trastornos de Personalidad, pero siempre incluyendo formación en GMF. La formación en Bilbao se centró en principio para adolescentes y niños, incluyendo asimismo los GMF.

Además han realizado los siguientes cursos de manera conjunta:

- 2004-05 en Canarias
- 2007-08 en Badajoz durante 4 encuentros
- 2010 en Granada durante 5 encuentros
- 2010 cursos en Madrid en la Agencia Lain Entralgo (organizados por Aurora Parada)
- 2011 de nuevo Badajoz
- 2016, 2017 y 2018 en Toledo (4 encuentros cada año)
- 2016, 2017 y 2018 formación y supervisiones en el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes.

Javier Sempere, tras la rotación por Argentina, en 2005 pone en marcha en colaboración con Claudio Fuenzalida en Elche (Alicante) el Centro de Terapia Interfamiliar (CTI), centro clínico privado especializado en salud mental, que se centraba en la psicoterapia y en las actividades de formación continuada para profesionales de la zona sureste. En 2008 se crea la Asociación Salud Mental, con sede en el mismo centro, para facilitar la accesibilidad a recursos de tratamiento a familiares y pacientes, y para promover la investigación y formación en salud mental. En el seno de ambas instituciones se gesta un foro de profesionales dedicado al estudio,

formación y supervisión en psicoterapia, que finalmente se centra en la terapia multifamiliar, e imparte diversos cursos de formación.

REUNIONES EN MADRID

Se están llevando a cabo reuniones en Madrid de personas que coordinan Grupos Multifamiliares. La primera reunión fue abril de 2014, y fue convocada por el equipo del GMF del CSM de Getafe. Posteriormente ha ido rotando la sede y organización de los encuentros: CAI-6, Parla, Leganés, EASC-Villalba, varios dispositivos de la Fundación Manantial (Barajas, Alcorcón), el Hospital de día del Hospital Infanta Sofía, por ejemplo. Los Grupos Multifamiliares se realizan actualmente en diferentes contextos (servicios sociales de atención a infancia y familia, recursos de rehabilitación de salud mental, servicios sanitarios hospitalarios, ambulatorios, hospitales día, Unidades de Conductas Adictivas, Asociaciones de familiares, etc). Posteriormente se fueron uniendo a las reuniones por proximidad los dispositivos de Castilla-La Mancha que habían iniciado también Grupos Multifamiliares, fundamentalmente Hospitales de Día y la UHB de Guadalajara.

En principio se ha tratado de reuniones informales, en grupo, sin una coordinación definida, rotatorios, con presentación de cada dispositivo o recurso. Se han ido explicando encuadres, dificultades con las instituciones que nos albergan, se han facilitado visitas, y se han tratado temas comunes que nos preocupaban: papel de la coordinación, formación y supervisión, encuadres diversos, nacimiento de los grupos abiertos a la comunidad (por ejemplo en los Centros de Apoyo a Familias) o en la Unidades de Agudos. Estos últimos han supuesto una forma diferente de entender el internamiento, menos restrictivo, más participativo, más orientado a la recuperación y a la dirección de la persona de su propio proceso.

Se ha creado la red y la posibilidad de participar en proyectos, por ejemplo del Laboratorio italiano, y de ahí surgió un subgrupo organizador del VII Encuentro Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar, que se celebró los días 26 y 27 de octubre de 2017 con el lema «Conversaciones sobre Clima Emocional». Se ha decidido que el Encuentro sea en círculo, con presentaciones de 10 min a modo de disparadores en bloques de 3-4 presentaciones, y dejando más espacio a la conversación. Muchas presentaciones se han realizado en equipo, transmitiendo el espíritu horizontal y la conversación compartida, favoreciendo el diálogo y el intercambio, e invitando a familias. El Encuentro se ha centrado en que la coordinación ponga el acento en los aspectos emocionales y experienciales de los contenidos, y creemos que se ha conseguido vivir un clima íntimo muy similar al de nuestros Grupos Multifamiliares.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Badaracco JE. *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar*. Madrid: Ed. Tecnipublicaciones; 1990.
2. López Atienza JL. El grupo Multifamiliar: un encuentro de esperanza. Texto pendiente de publicación y presentado en las XII Jornadas de la Asociación Castellano-Manchega de la AEN. Alcázar de S. Juan (Ciudad Real). Septiembre-2011.
3. López Atienza JL, Blajakis López MI. El fenómeno de la violencia en los trastornos mentales. Su comprensión y tratamiento grupal. Documento interno para el fin de curso de Formación Continuada de Barcelona, 2006 (Texto pendiente de publicación).
4. García Badaracco JE. El psicoanálisis multifamiliar. Cómo curar desde la «virtualidad sana». Taller organizado por M Chávez, Madrid 2006.

VII

COMUNICACIONES

EL GRUPO OPERATIVO COMO INSTRUMENTO DEL CAMBIO: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

M.ª Isabel Bueno Soriano, Carolina Antón Monllor, Sergio Revenga Montejan, Laura González Bixquert y Carlos Castor Moreno Rubio

INTRODUCCIÓN

Se describen los efectos terapéuticos de un grupo de psicoterapia realizado en las consultas externas de Salud Mental durante los meses de Febrero a Junio de 2017. Se llevaron a cabo un total de 17 sesiones de periodicidad semanal, con una duración de 90 minutos. La derivación tuvo lugar desde las consultas externas de Psiquiatría, siendo el criterio de inclusión el diagnóstico de trastornos neuróticos, principalmente procesos depresivos de larga evolución en mujeres adultas de mediana edad (35-55 años). Participaron 12 mujeres de las cuales 8 finalizaron el grupo y 4 abandonaron.

METODOLOGÍA

El marco teórico desde el que se trabaja es la *concepción operativa de grupo* (Pichon-Rivière, E., 1978), cuyo fundamento principal parte desde un enfoque social y psicoanalítico, y tiene como principal interés la construcción de los procesos intrapsíquicos que se producen en la interacción del sujeto con la realidad externa, siendo el grupo un espacio dónde poder poner palabras a los vínculos individuo-grupo-sociedad. Entre las características que conforman los grupos operativos, destacan sus dos planos que serán fuente de análisis para la coordinación, el plano de la temática y la dinámica grupal.

El grupo fue coordinado por una psicóloga clínica del centro, y la psicóloga residente que rotaba por la unidad, encargada de realizar la observación y devolución de emergentes, 30 minutos antes de la finalización de las sesiones con el fin de producir insights que afectaran a la resolución de la tarea grupal. La tarea del grupo consistió en ampliar el autoconocimiento del yo, reordenar la historia y circunstancias personales, comprender fracturas biográficas o romper sus inercias mediante el proceso pautado de maduración de algunos aspectos de la personalidad.

Se realizó una medida pretest y postest en el que se evaluaron síntomas de ansiedad y depresión (STAI y BDI). En el análisis estadístico

(Prueba Wilcoxon) se obtuvieron diferencias significativas (α 0.05.) en las tres escalas, y una reducción de síntomas tras finalizar la terapia grupal.

RESULTADOS

Respecto a la evaluación del proceso grupal, es importante señalar que cada experiencia grupal es única y diferente. Trataremos de describir el acontecer grupal a través de algunos emergentes, y situaciones que tienden a repetirse en este tipo de grupos.

En la *fase de pretarea* predominó un clima grupal de rabia, que era depositada en el exterior (culpa, envidia, injusticia). La descarga emocional era intensa, y se observaba la asunción de un rol tendente a la victimización ante la narración de situaciones de pérdida. Los silencios eran escasos y generaban gran angustia en el grupo. Se produjo la confusión sobre la tarea explícita (¿para qué, cómo?) y el intento de sabotaje al grupo terapéutico con la creación de un grupo paralelo de «Whatsapp». Los *emergentes* más relevantes de dicha fase fueron: «¿Esto es como un colegio? ¿Quién empieza a hablar? Soy la oveja negra. Te sacan un ojo por verte ciego. Las mujeres somos muy malas. Se me ha hecho el corazón de hielo. Me emociono. Soy tonta».

En la *fase de tarea*, y a partir de la sesión 6, cuando el grupo quedó cerrado, aumentó la pertenencia (cohesión grupal), y la pertinencia con momentos de elaboración de tarea, se pudo observar el intercambio y aprendizaje de nuevos roles, y responsabilidad ante el sufrimiento propio. Aumentaron los silencios y con ello el pensamiento grupal. Surgieron conflictos relacionados con la ruptura de confianza, y cuidado ante situaciones de crisis. Los *emergentes* más llamativos de la fase tarea fueron: «¿Qué hacer con la tortilla de nuestra vida? La muerte de los que se van, ¿y los que se quedan? Me enfrenté a mi padre. No hemos tenido nada. Qué bien lo pasábamos».

En la *fase final*, se produjo un rechazo al límite temporal prefijado. Se puso en marcha el duelo por la pérdida del grupo terapéutico y se hizo notable la incertidumbre post-grupal con el resurgimiento de miedos básicos. Finalmente el grupo realizó un cierre con la aparición de proyectos futuros como adaptación activa a la realidad. Los *emergentes* que definieron la última fase del grupo fueron: «El miedo a volver a como estaba. Somos una piña. Me ha dolido que no vengan. No todas estamos bien. No quería venir, pero estoy contenta. Ves que hay gente que está como tú».

Respecto a la *valoración final del grupo*, las pacientes destacaban aspectos tales como una disminución de la inseguridad personal, la creación de vínculos de confianza y apoyo, y una reducción del nivel de ansiedad y del ánimo depresivo junto con una mayor toma de conciencia de sus propias dificultades.

La *impresión clínica* fue favorable, con buena evolución a nivel general aunque con diferente grado de mejoría clínica. Señalar que no se elaboraron temas de gran interés como la negación de la sexualidad femenina y el escaso protagonismo de los hombres.

CONCLUSIONES

El grupo operativo se sitúa como un instrumento de gran utilidad en los dispositivos de Salud Mental para facilitar la lucha contra el estereotipo, la tendencia a la cronificación de las patologías clínicas, y la disminución del sufrimiento psíquico. Desde la concepción operativa de grupo descrita por Pichon, son esenciales los espacios donde a través de los vínculos con el otro, el síntoma deje el protagonismo a la palabra para que a través de ella la persona pueda acceder al abordaje del conflicto y disminuir así, su sufrimiento psíquico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauleo A. Psicoanálisis y Grupalidad. Buenos Aires: Paidós; 1997.
2. Bauleo A, Duro JC, Vignale R. La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN; 1990.
3. Bauleo A, Monserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo. A propósito de la Grupalidad. Buenos Aires: Atuel; 2004.
4. Pichon Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1978.

EXPERIENCIA PRÁCTICA:
GRUPOS DE PSICOTERAPIA COMUNITARIOS
ASOCIACIÓN BIENESTAR Y DESARROLLO (ABD)
Carmen Calafat Siquier, Laura Piñeiro Sanz y Carolina Torralbo Muñoz

INTRODUCCIÓN

Desde 2009 vemos las consecuencias de una grave crisis económica, que afecta directamente en la salud y el bienestar las personas. El riesgo de pobreza, las desigualdades y la exclusión social van en aumento.

Desde los diferentes recursos e instituciones sanitarias, sociales y comunitarias podemos observar como el impacto de dicha crisis (la privación material, falta de expectativas, percepción de inutilidad, falta de autoestima...) produce un deterioro en la salud (cambios en el estado de ánimo, ansiedad, desesperanza, conductas poco saludables, auto líticas...) suponiendo un aumento en la demanda médica, en la toma de medicación y en la percepción de mala salud. De ahí la necesidad de crear una respuesta social y de proximidad en la que las personas puedan participar, compartir, tejer red y construir su propio bienestar de manera libre y autónoma.

Desde 2013, Multiplicando Salud se ha puesto en marcha en diferentes territorios. Actualmente hay tres grupos en funcionamiento, uno en Madrid y dos en Barcelona.

METODOLOGÍA

Son espacios grupales abiertos a la comunidad, de acceso libre y gratuito, en ellos tienen cabida personas de todas las edades y todas las características socioculturales. Las sesiones mantienen la misma estructura (frecuencia quincenal y dos horas de duración durante todo el año). Están conducidos por dos profesionales.

El grupo se convierte en un conjunto de espejos en el que cada uno de los/as integrantes recibe la imagen que los/as demás proyectan sobre sí mismos/as, enriqueciéndonos de sus miradas y dotando de fuerza el cambio necesario para encontrarse mejor. En el grupo se reúnen de manera simultánea diferentes contextos, integrando intervención e impacto sobre varios planos: 1) sobre cada individuo, 2) sobre la dinámica familiar, 3) sobre la dinámica del grupo subyacente y 4) sobre el marco social representado por la globalidad del contexto.

Sus objetivos son:

- Mejorar el bienestar de las personas participantes en el grupo.
- Prevenir situaciones de aislamiento social aumentando el tejido social.

La entrada en el grupo se hace a través del boca-oido entre personas participantes o profesionales que conozcan el servicio, no existe un modelo de derivación concreto, únicamente se «recomienda» el servicio y es la familia o persona la que se pone en contacto con el grupo (vía mail o telefónica, o acudiendo directamente al grupo).

El grupo tiene una gran capacidad de autorregulación, entendida como la capacidad del grupo para complementarse entre las diferentes personas y regular los desequilibrios que se produzcan a lo largo del proceso. El grupo representa una mini sociedad, en la que se pueden dar las mismas tensiones que las personas viven en cualquier otro contexto o grupo social (familia, empresa, asociación...): tensiones con la autoridad, entre pares, necesidad de mantener la cohesión, conflictos de roles, con el poder, etc. El conocimiento y reflexión sobre estos temas es fundamental como base para una ciudadanía activa constituida por sujetos reflexivos.

En cuanto al desarrollo se podrían diferenciar tres momentos clave en cada sesión:

1. *Momento inicial.* Presentación, indicaciones básicas y comienzo de la sesión.
2. *Desarrollo.* Las sesiones tienen una misma estructura y metodología que favorece el afloramiento de experiencias, sentimientos y vivencias de las personas y la interacción entre ellas generando un discurso compartido en el que todos los asistentes pueden aportar, interpelar y sumar a partir de su propio bagaje personal y familiar. Es fundamental crear un clima grupal adecuado, cálido y libre en el que la persona pueda sentirse cómoda y parte del grupo, de esta manera se incrementará la adherencia al grupo y su motivación para el cambio. En el propio grupo se clarificará cualquier demanda, duda, sugerencia. Las personas participantes son las protagonistas durante todo el proceso. A medida que aumenta la cohesión grupo se va profundizando en las relaciones van aflorando las dificultades relacionales de las familias, rasgos de nuestra personalidad y experiencias biográficas que se reactivan en el contacto con los/as otros/as y dan lugar a identificaciones, comienza el descubrimiento de algunas áreas de uno/a mismo/a y el tipo de vínculos que mantene-mos a través de los y las otras.
3. *Cierre.* La frecuencia en la asistencia/ participación (más constante o esporádica) y la intensidad variarán en función de la persona

y del clima grupal que se genere. En el caso de que los/as profesionales referentes no participen en el grupo y emerja alguna situación especialmente conflictiva se procederá a coordinar con él/ella la situación, al igual que se motivará a las personas implicadas a tratarlo con él/ella.

CONCLUSIONES

A modo de análisis de los grupos que actualmente están en funcionamiento, con una media de 25 personas por sesión, podemos destacar:

1. Se ha conseguido crear y consolidar una matriz grupal (el 70% acude a más de cinco sesiones, el 60% más de diez).
2. El 75% acude a través de «recomendación» de otros dispositivos, siendo el 25% por iniciativa propia.
3. En las encuestas de satisfacción se recoge que al 90% les parece útil acudir al grupo, el 100% nota mejoría y lo recomendaría.
4. Los principales temas tratados han sido: relaciones (familiares, de violencia y de pareja), miedo y soledad, autoestima, toma de decisiones, formas de cuidar, límites y enfermedad.
5. Se observa una mejoría en la capacidad de escucha y en el insight sobre la responsabilidad del propio malestar, aumento en las interacciones y ruptura de situaciones aislamiento, construcción de narrativas diferentes y aumento de la seguridad y confianza.

A su vez desde 2014 y relacionado directamente con estos espacios, el Centro de Terapia Interfamiliar de Elche y ABD gestionan la formación de Experto «Intervenciones Grupales Multifamiliares en contextos sociales, educativos y sanitarios».

Multiplicando Salud funciona como un laboratorio natural que demuestra que las personas no están solas en su contexto, confirmando y visibilizando que tenemos recursos, competencias y herramientas adquiridas desde nuestra propia experiencia vital que son útiles para los/as demás y para nosotros/as mismos/as. A través de la propia participación e interacción grupal se posibilita la recuperación y mejora de las personas. La comunidad debe ser la protagonista de sus transformaciones.

EL GRUPO MULTIFAMILIAR COMO SOSTÉN Y VALIDADOR DEL DISCURSO DEL SÍ MISMO DEL ADOLESCENTE

*Sergio Camacho Borrego, Esther Ahijado Ramiro, Sergio Revenga Montejano, María Isabel Bueno Soriano, Laura González Bixquert
y Carlos Castor Moreno Rubio*

INTRODUCCIÓN

Rassial (1), en sus escritos acerca de la adolescencia parafrasea a Montaigne, «yo no pinto el ser, pinto el pasaje». Define la adolescencia como un tiempo de recapitulación y de inauguración, un espacio donde se abre o reabre un derecho al vagabundeo de un pensamiento despojado de sujeciones clásicas (Rassial, 1996).

En el grupo de pacientes y familias que presentamos, entendemos este concepto de Rassial, de pasaje, como un estado en continuo dinamismo, con sus idas y venidas, con su creación y su repetición, y esto en diferentes planos.

Primeramente, en el plano del adolescente, vamos acompañando y puntuando los discursos de los pacientes, desde los más enmarañados en los rituales familiares patológicos, hasta aquéllos más descarrilados del torrente familiar y que plantean interrogantes. En un segundo plano está el familiar, para unos padres la adolescencia del hijo, que para ellos es una crisis, es un paso necesario para la reorganización familiar, obligando a los padres, como personas, a reinventar su lugar (1). En tercer lugar, destacamos el grupo como un espacio de creación al modo de objeto transicional, un paso por un lugar de ensayo de relación, expresión, de poner en práctica emociones que ayuden a relanzar el vínculo social más allá de las paredes del Hospital, Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina, Toledo.

García Badaracco define la psicopatología como un conflicto vincular acontecido en la infancia y sostenido a lo largo del tiempo con un complejo entramado de relaciones e interdependencias familiares patógenas que impiden el proceso de diferenciación e individuación de las personas (2). Este proceso de individuación es especialmente importante en el adolescente, este tiene que crear su propio discurso alejándose del de los padres y del objeto idealizado donde sus padres le colocan para manejar sus deseos y frustraciones. Asimismo, los padres deben separarse de lo que parecía una parte de ellos mismos, deben efectuar también un trabajo de duelo (3).

ENCUADRE

Desde la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Talavera de la Reina en septiembre de 2016 iniciamos un grupo de pacientes entre 12 y 17 años, familias, profesionales y también profesionales en formación. La falta de un Hospital de Día, la carga asistencial y la escasez de recursos en la red nos alentaba a crear un espacio donde podamos atender mejor a las familias con más necesidades. Nuestra intención ha sido crear un lugar que fuera creciendo, abierto, y donde pudieran caber las historias personales y familiares y sus complejas interacciones con otras familias. Ha habido dos reglas que definen el encuadre terapéutico: la primera, la confidencialidad; y la segunda, el respeto entre los integrantes. Seguimos las características de grupo ya pensado por Sempere (2005) en las áreas de Orihuela y Torrevieja en la Comunidad Valenciana, grupo abierto, heterogéneo y voluntario, con la consigna de «los jueves tenéis la oportunidad (pacientes y familias) de ser atendidos terapéuticamente a través de una terapia de grupo» (4).

RESULTADOS

Presentamos el proceso de dos pacientes del grupo que describe diferentes procesos en tiempo y en grado de éxito o no en relación con lo que se partía, una maraña de discursos familiares superpuestos. Los nombres de los pacientes son ficticios.

- Natalia es una paciente de 15 años que viene acompañada con su madre, presenta una clínica basada en la inhibición. La madre en el grupo invade continuamente el espacio, se coloca desde el lado de los terapeutas con consejos a los demás e interrumpe, no hace caso a las señales del grupo de que deje espacio a los demás. A la cuarta sesión, al salir, la hija la llama pesada y ella se muestra enfadada y amenazante, desde esa sesión no han vuelto a acudir. En este caso no hay un tiempo para que la paciente muestre su propia subjetividad y queda aplastada por una madre que invade.
- Diana, una paciente de 16 años, acude desde el principio con su madre. Es una paciente a la que le cuesta pero acepta el encuadre grupal, inicia seguimiento unos meses antes en la Unidad por un cuadro de angustia vivida de forma muy aversiva, en relación con posibles alucinaciones visuales y de sensaciones de ser tocada, insomnio y pensamientos autorreferenciales. La paciente no habla, está alerta y no falla, sus gestos son inexpresivos, la madre interviene poco, cuenta una relación de silencio de padre e hija,

llevan años sin hablarse, aunque refiere que sí había complicidad entre ellos hasta la preadolescencia. La madre deja de acompañarla y acude con una tía materna. En la penúltima sesión participa y cuenta su historia en relación con su padre, a raíz de que el grupo en ese momento la insta a hablar y ella lo hace.

CONCLUSIONES

En relación con los tiempos del grupo, pensamos *a posteriori* que teníamos que tolerar un calentamiento excesivo, para expresarse más allá de las conversaciones superficiales o el uso de metáforas para referirse al sí mismo.

Con el tiempo de los padres, observamos cómo se crea en el grupo un espacio de prueba, una especie de laboratorio donde se ensayan las relaciones que permite observar al hijo e ir construyendo confianza a través de la palabra.

Asimismo, los terapeutas hemos precisado nuestro propio tiempo para ver consolidarse al grupo. El tiempo permite evidenciar el cumplimiento de objetivos relativos a la creación de un lugar seguro y protegido donde poder expresar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rassial JJ. El pasaje adolescente: de la familia al vínculo social. Barcelona: Ediciones del Serbal; 1999.
2. García Badaracco JE. El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general. *Psychotherapies*. 1998; 18 (1): 3-14.
3. García Badaracco JE. *Psicoanálisis Multifamiliar: Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós; 2001
4. Sempere J. El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. 2005; 5:93-102.

EXPERIENCIA DEL GRUPO DE ESCUCHADORES DE VOCES DEL CSM DE PARLA

*Clara Cocho Santalla, Cristina del Álamo Jiménez
y Concepción Baro Santamarta*

INTRODUCCIÓN

A principios de 2017, en el marco de la Unidad de Psicoterapia Grupal y Psicoterapia Individual de la Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental de Parla, nace el grupo de *Escuchadores de Voces*. Se trata de un espacio donde se realiza una intervención terapéutica grupal que se desarrolla con personas en tratamiento en el propio centro, que presentan alucinaciones auditivas y síntomas psicóticos, que bien pueden estar activos en el momento actual o formar parte de una experiencia pasada recortada en el tiempo. Con una orientación analítica, se plantea la necesidad de abordar la experiencia de las voces en un sentido holístico.

Partimos de un concepto amplio del síntoma, en el que no supone únicamente la manifestación a erradicar de una enfermedad mental subyacente sino, por el contrario, dotarle de un sentido en sí mismo dentro de la complejidad de la persona (1). Entendemos que el contexto grupal resulta beneficioso, ofreciendo un espacio donde compartir experiencias emocionales con otros, lo cual permitiría aceptar las voces a través de la comprensión y de su integración emocional, potenciando la actividad terapéutica.

METODOLOGÍA. OBJETIVO Y ENCUADRE

El objetivo amplio del grupo sería poder comprender y dar un sentido a las voces y la experiencia psicótica integrándola dentro de la biografía personal de cada paciente. Fruto de este objetivo nace un grupo heterogéneo en cuanto a diagnóstico, pues el criterio de inclusión pone el foco en la experiencia de escuchar voces dentro de una sintomatología psicótica. Únicamente se consideró que la participación resultaría contraproducente en aquellas personas con cuadros clínicos descompensados en la actualidad, y en aquellos pacientes con escasa capacidad de introspección.

Se trata de un grupo cerrado durante el periodo de septiembre a junio que se lleva a cabo con frecuencia semanal en el CSM. La temática en cada sesión gira en torno a los contenidos que los propios participantes aportan en las intervenciones. La coordinación, llevada a cabo por una psiquiatra, trabajadora social y MIR dentro del itinerario formativo, tiene como

objetivo crear un clima que facilite las intervenciones, generando un diálogo que contribuya a la comprensión de las experiencias.

Se mantuvieron entrevistas individuales con cada uno de los pacientes antes del inicio del grupo. Se informo de la creación de este nuevo grupo y de su objetivo, ofreciéndoles la posibilidad de formar parte de él y hablar de su experiencia de las voces.

DISCUSIÓN

Entendemos que los fenómenos alucinatorios que experimenta una persona surgen precisamente en el seno de la misma, es decir, son el reflejo de su propia complejidad, de su historia biográfica, sus creencias, experiencias, sus anhelos, sus partes rechazadas, etc. Esto supone un punto clave, porque permite dotar de sentido aquello que la persona experimenta (2). La voz deja de ser un fenómeno que invade caprichosamente, sino que en algún punto se relaciona con la persona, permitiendo una salida a través de la aceptación y comprensión del fenómeno. Esto se aplica tanto a aquellas personas que persisten en la escucha de voces como aquellas que tras el episodio y con medicación dejaron de escucharlas.

No cabe duda del carácter intrusivo e invasivo que suponen las voces, acompañadas de una intensa sensación de vulnerabilidad en muchos casos. Si a ello le sumamos el hecho de que tradicionalmente en el campo de la psiquiatría más médica, la preocupación principal se limitaba a la identificación del síntoma y tratamiento farmacológico, la consecuencia se hace evidente para muchos de los pacientes: esas voces se transforman en un «elemento a ocultar» (2,3). La mayoría de los pacientes reconoce ocultarlas en ocasiones por temor a las consecuencias que pudiera acarrear el reconocer su persistencia: ingresos, nuevos tratamientos, aumento de la inquietud/preocupación familiar, cuestionamiento de su salud, despido laboral, etc.

Es un hecho que un número no desdeñable de personas dentro del circuito de Salud Mental presentan fenómenos o síntomas de manera persistente a pesar de los tratamientos farmacológicos, lo que hace pensar en la necesidad de un abordaje diferente que permita una comprensión más allá del fenómeno en sí (4). Teniendo como referencia la filosofía del movimiento de escuchadores de voces, aunque con algunas diferencias obvias al desarrollarse dentro del marco de la Salud Mental en personas con un diagnóstico establecido desde hace años, se plantea la idea del *Grupo de Voces* como una herramienta más de apoyo y ayuda, diferente al abordaje clásico (4,5).

RESULTADOS

En líneas generales hubo una gran aceptación. El sentimiento de pertenencia al grupo y de apoyo mutuo se fue forjando rápido y fue evidente durante todo el recorrido. Progresivamente el grupo iba adquiriendo un clima de mayor confianza. Pasando de intervenciones meramente descriptivas, a trabajar en un plano más personal en el que se realizaban revelaciones biográficas, impresiones personales acerca de los contenidos de las propias voces o la intencionalidad de las mismas. El grupo permitía dimensionar las consecuencias que derivaban de la angustia que las voces les generaban o en el caso de voces cuidadoras, aquellas situaciones en las que precisaba oír las para calmarse.

A pesar del corto recorrido del grupo, los beneficios han sido evidentes. Expresaron el beneficio de poder expresar libremente el contenido de sus voces delante del resto de integrantes del grupo, así como que los otros las pudieran compartir con ellos, sin cuestionamientos. Esto permitía desproveerlas del cariz negativo al que acostumbraban en otros círculos, sintiéndose legitimados y aumentando su confianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Downs J. Creación y Apoyo de los Grupos de Escucha de Voces. Hearing Voices Network; 2001. Available from: www.intervoiceonline.org
2. Freund N, Moreno A. Escuchar voces y contarlo en la red. *Átopos*. 2011;11:18-22. Disponible en: www.atopos.es
3. García Nieto R. Los escuchadores de voces. *Jot Down Cultural Magazine*. 2017.
4. Martínez Barbero MA. Experiencia con un grupo de escuchadores de voces en un centro de día. *Bol la Asoc Madrileña Salud Ment*. 2014; 37:28-34.
5. Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis. 2005.

GRUPO DE APOYO EN LA CRIANZA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

*Clara Cocho Santalla, Raquel García Baró, Concepción Baró Santamarta,
Pilar Sánchez del Hoyo y Cristina del Álamo Jiménez*

INTRODUCCIÓN

A pesar de contar con escasos datos epidemiológicos al respecto del número de pacientes con trastorno mental grave (TMG) que son padres, resulta evidente que se trata de una cifra nada anodina dentro de la población de pacientes que acuden al Centro de Salud Mental. Se enfrentan, además de a las dificultades propias de la función parental, a otras relacionadas con las fluctuaciones y reagudizaciones de la sintomatología de su enfermedad.

Una visión de la enfermedad mental como únicamente deficitaria, junto a la escasa orientación en la crianza ordinaria de los hijos, más allá de los momentos de actuación en crisis, hace que la maternidad resulte en muchas ocasiones una materia difícil de abordar para este colectivo tanto en su entorno social como desde el punto de vista asistencial. A pesar de ello, se ha demostrado el carácter positivo que ejerce la maternidad sobre las pacientes y su evolución clínica (1,2).

Por ello creemos que uno de los objetivos desde los servicios de Salud Mental debería ser favorecer la igualdad de condiciones a la crianza en esta población.

METODOLOGÍA. OBJETIVOS

El *Grupo de Apoyo en la Crianza en Mujeres con Trastorno Mental Grave* nace en el Centro de Salud Mental de Parla como respuesta a algunas necesidades detectadas en un determinado colectivo dentro del grupo de personas diagnosticadas de TMG. Hablamos de aquellas pacientes que son madres y que ejercen una función de crianza de sus hijos.

Entendemos que la familia y el rol parental forma parte de las vidas de estos pacientes y por tanto debe incluirse dentro de los espacios de tratamiento. Se plantea el beneficio de poder proporcionar un espacio en el Centro de Salud Mental donde poder abordar, desde la parte más sana de cada paciente, las dificultades del rol parental y la repercusión del mismo en la propia familia.

En este sentido, se plantea como objetivos del grupo:

- a) Trabajar la expresión de emociones, miedos y dificultades vinculados a la maternidad.
- b) Hablar y trabajar acerca de los miedos en torno a la propia enfermedad y sus repercusiones en la crianza de los hijos, y los sentimientos que generan.
- c) Trabajo con las posibles patologías relacionadas con la vinculación con los hijos.

Encuadre del grupo

Grupo terapéutico y de apoyo cuenta con dos conductores una psiquiatra y una trabajadora social incluida dentro del programa de continuidad de cuidados.

Se lleva a cabo en la sala de grupos del CSM de Parla, con frecuencia quincenal, teniendo una duración de 60 minutos. La derivación de las pacientes puede partir de cualquiera de los profesionales del centro. Se incluyen pacientes mujeres, en seguimiento con diagnóstico de TMG que presenten dificultades en la crianza de sus hijos, hasta un máximo de diez participantes. Los criterios de exclusión comprenden situaciones de descompensaciones psicopatológicas agudas o alteraciones conductuales graves.

DISCUSIÓN

La mayoría de la bibliografía coincide en la complejidad al estudiar la relación entre la enfermedad mental del progenitor y las dificultades posteriores de los hijos (3). La presencia de trastornos conductuales y emocionales de los niños se ha visto asociada sobre todo con la práctica de crianza y factores como la hostilidad, comportamientos ansiosos y conflictos entre los padres, no resultando significativa la asociación con los diagnósticos o manifestaciones psicóticas. Investigaciones más recientes sostienen que la estabilidad del núcleo familiar, los soportes informales y las habilidades específicas de crianza podrían suponer los principales factores protectores (4).

Varios autores han destacado la importancia de la relación afectiva entre la madre e hijo como generadora de un entorno que pueda permitir el desarrollo de la diferenciación e independencia del niño (3,5). Autores como Mahler, Bowlby o Rutter señalaron este vínculo parental como el condicionante para un buen desarrollo de la salud mental en los hijos, haciendo énfasis no solamente en la formación de vínculos, sino en la necesidad de una continua interacción emocional y afectiva, recíproca y cálida, entre la madre o figura de apego y el hijo (5).

CONCLUSIONES

El grupo de crianza permite un espacio donde el discurso y las intervenciones no se centran en los síntomas, la enfermedad, el tratamiento, etcétera; sino a su función como mujeres y como madres, desde su lado más sano. Representa un espacio de reflexión, escucha y verbalización de sus dificultades en relación a los hijos, parejas y su historia personal y familiar. Este cambio de roles, desde el de «enfermo» a un papel normalizado, socialmente aceptable, resulta en muchas ocasiones liberador. Y les permite encontrar nuevas formas de afrontamiento desde un papel activo y de compromiso con el grupo. Poder expresar las aportaciones e inquietudes desde ese «otro lado», creemos que puede suponer un logro hacia una mayor integración social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers-a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39 (6):472-82.
2. Khalifeh H, Murgatroyd C, Freeman M, Johnsons, Killaspy H. Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:634-9.
3. Ramos R, Núñez M, Piñeiro S, García-Luengo SM, Currás M, Viz C. Maternidad y trastorno mental grave. *Rev Norte Salud Ment.* 2016; XIV (55):55-65.
4. Rullas M, Grande A, Rodríguez E. Habilidades de crianza en personas con trastorno mental grave. *Asociacion Madrileña de Salud Mental.* 2011;13-9.
5. Sánchez Del Hoyo P, Sanz Rodríguez LJ. Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Psicopatol salud ment.* 2004, 4: 99-107.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Ángela de la Hoz Martínez y Rocío Espeso González

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Se observa un aumento de su incidencia, y una disminución de la mortalidad, atribuido al avance de los tratamientos en fase aguda y a las medidas de prevención (1).

Los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) son el tratamiento de elección para los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) (2). Existe evidencia de disminución, estadísticamente significativa, en la mortalidad a corto y largo plazo (3, 4).

METODOLOGÍA. OBJETIVOS. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DEL PRC DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (HUPA)

El PRC del HUPA es un programa de Enlace de los Servicios de Cardiología, Rehabilitación, y Psiquiatría y Salud Mental. Se inició en abril de 2013. Se han atendido hasta octubre de 2017, a 412 pacientes. La rehabilitación física y la intervención psicológica se realizan de manera simultánea y en formato grupal, con los objetivos generales de eliminar o disminuir los factores de riesgo modificables, motivar para adquirir y mantener hábitos cardiosaludables, reducir el impacto emocional que supone el infarto, facilitar el proceso de adaptación de pacientes y familiares, y crear un espacio de intercambio de información y vivencias comunes sobre el cuidado físico, emocional, familiar y social.

La evaluación psicológica de cada paciente se realiza de manera individual, a través de entrevista clínica semiestructurada, evaluación psicométrica de ansiedad, depresión y patrón de conducta tipo A (PCTA), y de la exploración de factores predisponentes que pueden interferir en la rehabilitación. La intervención psicológica consta de entrenamiento en relajación, realizada por DUE, y grupos de psicoterapia, realizados por psicólogas clínicas. El número de pacientes es de 21, asignados a dos grupos, con un total de 8 sesiones, de 90 minutos, y frecuencia semanal. Dos meses después se inicia de nuevo el proceso con nuevos pacientes.

El enfermo coronario llega al PRC tras un evento cardíaco que pone en peligro la vida. La «oportunidad» de intervenir en ese momento,

constituye un factor terapéutico importante, porque al impacto emocional se asocian, con frecuencia, síntomas ansiosos y depresivos, reactivos y normales, que es deseable abordar, porque la descarga autonómica de la ansiedad es un riesgo de empeoramiento cardiológico. Se abordan procesos de adaptación, manejo del estrés, hábitos nocivos, modificación de componentes del PCTA y adherencia a comportamientos saludables.

El abordaje grupal constituye un soporte y sostén terapéutico. Se trabaja desde la sesión inicial la importancia de una actitud de escucha y participación. Cada paciente relata su evento cardíaco, y comienza el proceso de identificación y cohesión grupal. Se trata de acompañar a los pacientes entendiendo que cada proceso es individual, subjetivo, y único. El terapeuta asume una posición directiva y facilitadora para focalizar al grupo en las tareas. El objetivo es ayudar al grupo y a cada paciente en el análisis y comprensión de sus comportamientos, emociones, pensamientos, sensaciones corporales y reacciones fisiológicas desde una perspectiva psicósomática, que les facilite explorar nuevos modos de comunicación y relacionales. Se trata de favorecer el intercambio de experiencias vitales y el desarrollo de potencialidades y habilidades, que les llevan a cuestionar sus valores y dinámicas laborales y familiares, generándose así nuevas posibilidades y formas de autocuidado, que previenen recaídas.

RESULTADOS

El infarto es un acontecimiento altamente estresante. El grupo posibilita un espacio donde compartir el impacto emocional. Además de incrementar la motivación y adherencia al resto de componentes del programa, facilita la expresión emocional, reduciendo la hostilidad, depresión, y el aislamiento social, factores de recurrencia de episodios cardíacos.

El trabajo grupal realiza la elaboración conjunta de síntomas ansiosos, depresivos y quejas somáticas. Se construye así un espacio de resolución de problemas y regulación emocional, donde los comportamientos cardio-saludables pueden adquirirse y mantenerse. Se fomenta un manejo más adecuado de los recursos propios, y emergen nuevas formas de autocuidado, previniéndose recaídas.

La función de sostén del grupo es idónea para las enfermedades psicósomáticas, ya que facilita vivenciar cuerpo y psiquismo como unidad, introduciendo la dimensión psíquica donde se prioriza el cuerpo.

CONCLUSIONES

Los PRC son un tratamiento eficaz, eficiente y seguro, infrautilizado en España (5). Dada la influencia de los factores psicosociales, que

dan cuenta del 32,5% del riesgo de infarto (6) y la previsión de aumento del estrés y enfermedades asociadas, sería deseable seguir ampliando la implementación de los PRC y el abordaje grupal del enfermar desde lo psicológico.

Incluir la intervención psicológica en grupo en los PRC es un factor terapéutico que se asocia a una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, en la recuperación del estado de salud, estabilización de las lesiones coronarias y disminución del riesgo de nuevos eventos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sayago I, García F, Segovia J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardiología*. 2013; 66: 649-56.
2. Espinosa S, Bravo JC. Aspectos generales y resultados de la rehabilitación cardiaca. *Rehabilitación Cardiaca y Atención Primaria*. 2.ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2002.
3. Beresnevaite M. Exploring the Benefits of Group Psychotherapy in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease Patients: A Preliminary Study. *Psychotherapy Psychosomatics*. 2000; 69:117-122.
4. Iglesias D, Arbulo B, García A, Martínez E, Soler I, Martínez Ne, de Iceta M, Plaza I. Importancia de la intervención psicológica en los programas de rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (1): 72-9.
5. Pleguezuelos E. Rehabilitación cardíaca en España. Encuesta SORECAR. *Rehabilitación* 2010 abr; 44:2-7.
6. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanan F et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*; Volume 364, Issue 9438: 937-952.

FORMACIÓN EN GRUPOS EN LA RED PÚBLICA: UNIDAD DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL DE LA UDMF PARLA

*Cristina del Álamo Jiménez, Clara Cocho Santalla, Ana I. Blanco Martos
y Tania Martín González*

INTRODUCCIÓN

El Programa Formativo de la Especialidad de Psiquiatría, en la Orden SCO/2616/2008, prevé la formación en Psicoterapia, como Formación Nuclear dentro del programa general para todos los residentes de psiquiatría, así como Formación Específica, durante la totalidad del cuarto año de residencia, para aquellos residentes interesados.

El tiempo establecido para esta formación específica es de 12 meses, si bien un residente que previamente tiene pensado realizar esta formación en psicoterapia puede ir orientando preliminarmente su tiempo de residencia hacia esta área.

Dada la amplia trayectoria de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental de Parla en psicoterapia grupal desde diferentes orientaciones y modelos (1, 2), y en vista a ofrecer un espacio de formación para el residente dentro del itinerario formativo en psicoterapia, en 2015 decidimos organizar una unidad específica de psicoterapia grupal donde pudieran formarse los residentes en su 4.º año de residencia. Así, en el curso 2016-17 realizó su formación en Psicoterapia Grupal nuestra primera residente de Psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODO

Dentro de esta rotación, que tiene una duración mínima de 5 meses, se ofrece la participación en espacios clínicos de psicoterapia grupal, se incluyen las supervisiones grupales propias de cada espacio y específicas durante todo el periodo. Se oferta también una formación complementaria orientada a la teoría grupal.

Actividades Clínicas:

- Espacios de psicoterapia grupal : El residente participa en los distintos grupos terapéuticos que tienen lugar en todos los dispositivos que pertenecen a nuestra unidad docente multiprofesional, con

diferente grado de implicación terapéutica según el encuadre establecido previamente (dependiendo de las características individuales de la rotación de cada residente). Contamos con una amplia diversidad de grupos (17 en la actualidad) que abarcan diversos modelos de abordaje grupal, como el psicodrama, el grupoanálisis, el psicoanálisis multifamiliar y otros. Estos grupos suelen ser heterogéneos y el espectro clínico de los pacientes que los constituyen amplio, pudiendo verse el abordaje desde la perspectiva grupal de las diferentes patologías (psicosis, trastornos de personalidad, t. afectivos, neurosis, patología infantil y de la adolescencia...).

- Espacios de psicoterapia individual: El residente tendrá un espacio específico para realizar psicoterapias breves de diferentes orientaciones en pacientes seleccionados (2-3 pacientes).

Supervisión: Durante esta rotación el residente actuará como terapeuta directo, co-terapeuta grupal o como observador en los diferentes espacios grupales, y como terapeuta directo en los individuales. Para ello contará durante este periodo de formación con:

- Supervisión individual, con un Tutor con el que mantendrá unos espacios de revisión general de su actividad en los grupos en los que participa, así como de las dificultades que le puedan surgir.
- Supervisión grupal con terapeuta externo, con todos los residentes que participen en grupos en la Unidad.
- Supervisión mediante la participación en espacios pregrupo y postgrupo con los terapeutas responsables de cada grupo.
- Supervisión de los casos de psicoterapia individual que se hará, bien con el supervisor general de esta rotación, bien con el terapeuta responsable del caso.

Docencia: Se mantendrán los miércoles como día dedicado exclusivamente a la docencia, donde participará de los cursos generales y de aquellos más orientados directamente a la formación en psicoterapia (tanto individual como grupal).

- Grupos de discusión/sesiones clínicas: participación en las sesiones de casos clínicos del área tanto como oyente como exponiendo algún caso individual o grupal.
- Seminarios teóricos: Se realizarán en torno a la función terapéutica grupal, desde las diversas perspectivas y modelos.
- Curso de psicoterapia grupal on-line.
- Formación individual con una bibliografía específica en teoría de psicoterapia grupal que le será entregada al principio de la rotación.

CONCLUSIONES

La posibilidad de formar a nuestros residentes dentro de la psicoterapia de grupos empieza a ser una obligación para las UDM de Salud Mental en el sistema público. En nuestro caso, en 2017, ha acabado la primera residente la rotación en Psicoterapia Grupal, siendo valorada ésta por la Comisión Evaluadora de la Agencia Laín Entralgo como excelente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Esteban R, Gómez E, González M, Del Álamo C, De La Mata I. El grupo como espacio docente para el psiquiatra y el psicólogo en formación». *Clínica y Análisis Grupal*. 1994; 67: 363-383.
2. Gamo Medina E. *Ante la mirada de los otros: guía de terapias grupales*. Madrid: Ediciones libertarias; 2007.

DOS AÑOS DE EXPERIENCIA MULTIFAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LES CORTS, BARCELONA

Patricia Escalona Zorita, Ester Moré Orriols, María Blanc Betés, Diana Romero Domínguez, Àngels Pujol Pujol y Gemma Castells Sagarra

INTRODUCCIÓN

En 1990 se inició la historia del abordaje terapéutico grupal en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts (CSMIJ), en Barcelona, como herramienta imprescindible en una institución pública de Salud Mental.

Tras la experiencia de los grupos de niños y adolescentes en que se observaban cambios en los menores pero no tanto en las dinámicas familiares, pronto se vio la necesidad de incorporar a los padres en el tratamiento a través de su participación en grupos de padres paralelos.

Al observar la sincronía en los temas tratados en ambos grupos pero siempre con la ausencia de la voz de los niños en el grupo de padres y a la inversa, en 2015, se decidió iniciar el tratamiento grupal multifamiliar para potenciar al máximo la integración del trabajo terapéutico.

METODOLOGÍA

Se trata de grupos multifamiliares (GMF) de discusión de flujo libre conducidos por un equipo multidisciplinar especializado en grupoanálisis, psicoanálisis y terapia familiar sistémica.

En dos años se han llevado a cabo 7 GMF divididos por edades: De 6 a 9 años, de 9 a 12 años y de adolescentes. 6 de los grupos han estado compuestos por familias con menores con motivos de consulta heterogéneos y 1 de ellos con menores con diagnóstico de Trastorno Mental Grave.

Los grupos se realizan quincenalmente en sesiones de 1.30 h. Su duración ha sido de un año escolar, ofreciendo la posibilidad a algunas familias de poder repetir en la siguiente edición. A inicios de 2017 se comenzó un grupo abierto de adolescentes en el que las familias se pudieran ir incorporando conforme fueran llegando al CSMIJ.

El grupo de adolescentes tiene formato multifamiliar clásico, estando padres e hijos juntos durante toda la sesión.

En cambio, los grupos de niños más pequeños tienen otro formato. Hay una primera parte de 20-30 m de duración en que estamos todos

juntos, después dos conductores se marchan a otra sala con los niños y las otras dos se quedan con los padres funcionando como grupo paralelo durante 30 m, y finalmente, nos volvemos a juntar la media hora final con el fin de poner en común e integrar lo trabajado en cada espacio.

RESULTADOS

En los últimos grupos, y con el fin de ir sistematizando la evaluación de la intervención, hemos iniciado la aplicación de cuestionarios de comportamiento y relaciones familiares pre y post, junto con cuestionarios de satisfacción subjetiva. Todavía nos encontramos en fases iniciales de la investigación, así que lo que presentamos en este trabajo es la valoración cualitativa realizada hasta el momento por el equipo terapéutico.

Algunos de los contenidos abordados han sido: Identificaciones, funciones parentales, expectativas y frustraciones, los límites, la subjetividad en la comunicación, la transmisión generacional y los recursos sanos.

Respecto a los efectos terapéuticos, cada grupo y familia tiene su particular evolución pero hemos detectado una serie de factores comunes en todos ellos que queremos mencionar.

En el inicio de cada grupo, las intervenciones de los padres y madres se centran en las conductas de sus hijos, demandando los padres pautas concretas dirigidas a eliminar sus síntomas y actitudes; ponen a prueba la fiabilidad del grupo, expresan la necesidad de uniformidad y se identifican en el grupo de «nosotros los padres» vs. «ellos los hijos». Los menores por su parte, se muestran más pasivos o inhibidos, desconectados, aburridos y desatentos, como si el grupo no fuera con ellos, y los más pequeños motrizmente hiperactivos.

Progresivamente, los padres pueden empezar a hablar de su parentalidad en relación con expectativas, frustraciones e identificaciones, para finalmente abordar aspectos personales, sobre su infancia y vivencias como hijos, junto con aspectos relacionales y de pareja, al margen de su función como padres y madres.

Los niños, por su parte, se muestran cada vez más espontáneos, cuestionando a sus padres y ofreciendo versiones alternativas de la narrativa familiar. Se van invistiendo como miembros activos y participativos en el grupo. Los más inhibidos expresan más su opinión y los más externalizados se muestran más contenidos, observando efectos globales de una mayor regulación emocional y conductual.

Los padres tienden a preguntarse sobre qué les sucede a los niños y se quejan de que no les cuentan, no les dicen. El grupo es un escenario privilegiado para poder interpretar en el momento interacciones verbales y no verbales, dando sentido a los comportamientos y aumentando la comprensión.

A través de las intervenciones en el aquí y ahora de las dinámicas relacionales observadas, los miembros van flexibilizando sus patrones, los padres van cambiando su mirada respecto a sus hijos y los niños que se sienten escuchados y comprendidos pueden ir aprendiendo nuevas formas de comunicación, expresión emocional y de relación.

Se observa una mayor capacidad de escucha de los participantes y mayor insight sobre la responsabilidad de cada uno.

CONCLUSIONES

Observamos cómo el GMF favorece el cambio de dinámicas relaciones. Las familias han expresado su satisfacción y la necesidad de continuidad en el tiempo del espacio grupal. Como aspectos de mejora nos planteamos la posibilidad de realizar todos los grupos con formato de apertura lenta para poder beneficiarnos de la matriz grupal construida por miembros con más experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foulkes DH. Introducción a la psicoterapia grupoanalítica. 2ª Ed. Barcelona: Cegaop Press; 2005.
2. Sempere X. Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia. 2015. 425 p.

TERAPIA DE GRUPO ENFOCADA EN EL GÉNERO EN HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS

Patricio García González y Esther Rodríguez Muro

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Día de adultos de Villaverde se encuentra situado en el sur de la ciudad de Madrid. Se atiende a población adulta con trastorno mental grave, derivada desde distintos centros de salud mental de la zona sur de Madrid. Se realiza un abordaje psicoterapéutico integrador e intensivo, con un modelo de comunidad terapéutica. El abordaje es grupal, realizando intervenciones individuales cuando son necesarias.

METODOLOGÍA

Desarrollamos distintos grupos desde distintas perspectivas, una de las cuales es el grupo enfocado en el género en el que dividimos al grupo por su género, siendo cada grupo atendido por profesionales de ese mismo género. En los centros de tratamiento para adolescentes, un grupo enfocado en el género suele estar presente y plantearse como algo básico, por el momento del desarrollo en el que se encuentran, pero en adultos no suele estar tan presente. En muchos centros en los que se atiende a población adulta, temas en los que el género puede afectar de manera diferencial, tienden a ser atendidos a nivel individual, pero en esos casos consideramos que pierde la riqueza grupal, se mantiene la percepción de estos temas como tabú y pueden existir elementos contaminantes dentro de la relación terapéutica que se establece al abordar específicamente esos temas de esta forma.

El género es un aspecto más de la persona que tendremos que tener en cuenta, tanto por su influencia a la hora de cómo nos percibimos a nosotros mismos como por la influencia en cómo nos comunicamos y nos relacionamos con los demás. En este concepto se englobará desde las actividades y la subjetividad de la persona hasta su propia percepción y la que tendrá los demás de él o ella, además de atribuciones respecto a su forma de ser o pensar e incluso poder económico o social (1). En nuestra sociedad, el género influirá de forma decisiva en todos estos aspectos y se establece desde que nacemos en base al sexo biológico (2). Tenemos que ser conscientes de estas atribuciones que se nos hacen a nivel social y que perdurarán a lo largo de toda la vida. Es importante que los terapeutas seamos conscien-

tes de estas diferencias y de cómo pueden estar influyendo en nuestras relaciones y la percepción del mundo que nos rodea (3). Además, los propios pacientes que conforman el grupo pueden percibir que los temas que se abordan al dividir por género tienen más que ver con su historia o se pueden identificar mejor con los compañeros de grupo (4). Por último, es importante ser conscientes de lo que supone nuestro género en la relación terapeuta-paciente (5) y que seamos conocedores de nuestras propias limitaciones y condicionamientos por el género con el que nos hemos criado y lo que eso supone a nivel personal y profesional (6). Por todo esto nos parece importante dar un espacio grupal específico, dentro del tratamiento intensivo que realizamos en hospital de día, para abordar temas en los que el género puede ejercer una influencia específica.

Evaluamos la percepción de los pacientes sobre la utilidad de este grupo centrado en el género y los temas que abordan en él. Con el grupo de pacientes que acudía a nuestro centro en enero de 2017, realizamos una encuesta para preguntarles estas cuestiones.

RESULTADOS

Al preguntar qué les aportaba el grupo, las respuestas iban enfocadas a considerarlo un espacio con más intimidad o confidencialidad y donde podían abordar temas que no abordarían en otros espacios. Por otro lado, este espacio también les supone ciertas dificultades a la hora de abordar temas que consideran especialmente íntimos, aunque la percepción que tenemos en el equipo es que esa dificultad va remitiendo según van participando en estas y otras terapias y los pacientes suelen participar activamente en estas terapias, al igual que en el resto. Al preguntarles por temas que abordaban en este grupo específicamente, el 65% respondió sexualidad/relaciones sexuales, un 30% relaciones de pareja y autoimagen y un 24% acoso/abuso sexual y relaciones con el género opuesto. La sexualidad y las relaciones es para la mayoría un tema importante que abordan en el grupo enfocado en el género. La extensión de la teoría del apego a las relaciones afectivas adultas ha promovido un marco de indudable valor para estudiar el amor y las relaciones de pareja. Dependiendo del tipo de apego, la sexualidad será muy diferente y tendrá diferentes expresiones y significados. También se han observado diferencias de género respecto a la relación sexualidad-apego (7).

CONCLUSIONES

Por los resultados de la encuesta y nuestra experiencia en el Hospital de Día podemos concluir que los pacientes valoran este grupo como algo

positivo que les permite hablar de un aspecto tan importante como la sexualidad. Hay un ambiente percibido de mayor confianza, libertad, respeto y comprensión que en el resto de terapias grupales. Es una oportunidad para analizar los vínculos de apego de la infancia y hacer conscientes estos modelos de trabajo internos que se mantienen en la edad adulta (8). Y es un espacio para entender y aceptar las dificultades en la vivencia y expresión de la sexualidad y promover cambios que permitan tener una vida más satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historical review*. 1986; 91: 1053-1075.
2. Bleichmar ED. *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
3. Locke LM, Richman CL. Attitudes toward domestic violence: Race and gender issues. *Sex Roles*. 1999; 40 (3-4): 227-247.
4. Greenfield, Seychelles F et al. Group therapy for women with substance use disorders: Results from the Women's Recovery Group Study. *Drug and alcohol dependence* 2014; 142: 245-253.
5. Werner-Wilson RJ, Price SJ, Zimmerman TS, Murphy MJ. Client gender as a process variable in marriage and family therapy: Are women clients interrupted more than men clients? *Journal of Family Psychology*. 1997; 11 (3): 373.
6. Harvey JA, Hansen CE. Gender role of male therapists in both professional and personal life. *Sex roles*. 1999; 41 (1-2): 105-113.
7. Gómez-Lope J, Ortiz MJ, Gómez-Zapiain J. Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología [en línea]*. 2011 (9 Feb 2017); 27 (2):447-456. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051022>> ISSN 0212-9728.
8. Barroso Braojos O. El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2014; 4 (1): 1-23.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN EL ÁMBITO RURAL

Eva González Ríos, Lucía Pilar Pérez Portas y Alfonso García Calero

INTRODUCCIÓN

El número de menores atendidos dentro del ámbito de la salud mental ha sufrido un incremento del 23,9% desde el año 2005 en Andalucía. La mayor morbilidad atendida es en *trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la adolescencia*. Supone el 34,0% de la patología atendida en menores de edad (1).

La USMC-Distrito Sierra Norte de Cádiz (Villamartín) es una de las tres USMC del Hospital de Jerez de la Frontera. Nuestra USMC es la que cuenta con mayor dispersión geográfica de los tres dispositivos comunitarios que componen el área, además de la escasa y variopinta red de comunicaciones y transportes para poder acceder a la atención sanitaria especializada. Los factores económico-laborales particulares de la zona son también muy influyentes: zona principalmente agrícola y con importantes tasas de migración poblacional temporal. Ante este contexto, y dado el aumento de demandas de atención clínica para adolescentes con diversos trastornos que no cumplen criterios de derivación a USMIJ, surge la necesidad de proponer una atención diferente a las consultas individuales a dicha población infanto-juvenil.

Según el pensamiento relacional sistémico, que es el marco teórico en el que nos basamos principalmente en nuestras intervenciones, y recordando las palabras de Cancrini, «la adolescencia no existe independientemente de un contexto social definido, la adolescencia es una creación de las fuerzas psicosociales operantes en una época dada. Lo que se necesita es una terapia contextual» (2). Sin este tipo de terapia, corremos el riesgo de caer en la trampa que G. Bateson (1979) señaló en su principio dormitivo: gastamos nuestras energías tratando el nombre del problema, más que el contexto que lo crea y lo mantiene (3).

METODOLOGÍA

Está basada en la actividad experiencial, dinámicas grupales y psicoeducación (en la sesión para padres, desde el ciclo vital). Lo más importante para el aprendizaje es la experiencia; no obstante, solemos tener algunas

tareas fijas que, entre otras cosas, permiten mayor cohesión grupal y responsabilidad, como es el «CUADERNO DEL GRUPO». El responsable de cada semana hace en casa un resumen a modo de reflexión, descripción, impresiones,... que les haya evocado la última sesión. Dicha tarea será compartida con el resto del grupo al comienzo de la siguiente sesión.

Dado que la IMAGEN es un aspecto determinante en el desarrollo de la individualidad del adolescente (delimita identidad, es «la manera en que se presentan al mundo y el mundo les reconoce», ayuda en el sentimiento de pertenencia, en el desarrollo de la personalidad, toma de decisiones,...) consideramos que la música que elige el adolescente es un símbolo de identidad. Utilizamos como herramienta el videoclip. Cada miembro escribe en un papel el videoclip que quiere. De manera anónima se va poniendo en cada sesión uno, sin que sepan quién lo eligió. Esto suele provocar cierto interés añadido en aquellos más desmotivados y crea expectativa y curiosidad, a la par que a los terapeutas nos ofrece la posibilidad de análisis de posibles identificaciones o proyecciones en este tipo de elecciones que nos servirían para aprovecharlas en terapia. Comenzamos a utilizar esta técnica una vez alcanzada cierta cohesión grupal. Se trata de una herramienta bastante esclarecedora, tanto para ellos como para nosotros, pues son frecuentes las ocasiones en que nos sorprenden emociones no conscientes que sustentan sus comportamientos. Las tareas finales, cercanas al cierre del grupo, buscan una redefinición de su identidad, sus límites entre sistemas y sus valores que faciliten un proceso de desvinculación funcional y saludable que tiende a repercutir directamente sobre los distintos síntomas que han podido llevarles a las consultas (4,5,6). Solemos usar la escultura y algunas técnicas plásticas.

El *objetivo principal* es favorecer el proceso de transición evolutivo adolescente de individuación-desvinculación (7), a pesar de que haya aparecido sintomatología suficiente como para haber llegado a nuestras consultas y prevenir la conformación de trastornos del eje I y eje II (fundamentalmente trastornos de personalidad).

Se incluyen a aquellos adolescentes de USMC no derivados a USMIJ, con problemas emocionales y patrones disfuncionales en las relaciones, susceptibles de evolucionar a cuadros más graves, entre los 14 y 18 años, que no presenten trastornos disociales y trastornos graves de conducta, ni que el uso de sustancias fuese el síntoma primario, así como tener una capacidad cognitiva que no impida su adaptación a la dinámica grupal.

El *encuadre* del grupo consiste en sesiones de 90 minutos de duración con frecuencia semanal, durante 9 meses (20 sesiones), de carácter cerrado (12 pacientes aproximadamente). Se suspende el tratamiento individual, salvo situaciones excepcionales decididas en reunión de equipo, mientras se realiza seguimiento grupal. Cada 3 sesiones con los adolescentes, se celebra una sesión con sus padres, con énfasis en lo psicoeducativo.

RESULTADOS

Además de la entrevista individual y familiar previa a la inclusión, pasamos una batería de cuestionarios (STAI, Inventario de depresión infantil CDI, Escala de autoestima de Rosenberg). Un análisis de estos tests pre y postgrupo nos permite ver cambios clínicos (reducción de la sintomatología), además de los cambios positivos observados clínicamente tanto en el grupo como por sus referentes individuales. En los cuatro años que llevamos con este grupo se han podido dar más de un 75% de altas, así como ha supuesto una facilitación del trabajo individual de los que han continuado en seguimiento. En estos años, sólo ha habido tres abandonos.

CONCLUSIÓN

Atendiendo a lo evolutivo del desarrollo psicoemocional del adolescente (8), a veces connotado patológicamente, e incluso aceptado por los propios pacientes, hemos podido observar, sin que puedan considerarse datos concluyentes, que pueda disminuir la probabilidad de que se desarrollen trastornos de personalidad, especialmente límites.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de Salud Mental a la Infancia y Adolescencia. Salud Mental SAS. 2010.
2. Cancrini L, La Rosa C. La caja de pandora. Barcelona: Paidós; 1996.
3. Bateson G. Espíritu y naturaleza: una unidad necesaria (avances en teoría de sistemas, complejidad y ciencias humanas). Bantam Books; 1979.
4. Haley J. Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar, Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1985.
5. Fishman HC. Tratamiento de adolescentes con problemas. 1a Reimpresión. Barcelona: Ed. Paidós; 1995.
6. Haley J. Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu Ed; 1985.
7. Bowlby J. Una base segura. Barcelona: Paidós; 1996.
8. Knobel M. «El Síndrome de la Adolescencia Normal». En: Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Ed. Paidós; 1998.

ABORDAJE GRUPAL DE LAS VOCES EN LA PSICOSIS

Carmen Hidalgo Arjona y Carmen Gómez Montaña

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 30 años, están surgiendo movimientos alternativos que proceden de Holanda e Inglaterra, basados en una amplia investigación y experiencia de las personas que escuchan voces, y del trabajo de Marius Romme (1), psiquiatra social Holandés, que tratan de aproximarse a los trastornos psiquiátricos, poniendo el acento en la dimensión social y reconociendo la compleja naturaleza de sus causas. Dos tercios de las personas que escuchan voces son capaces de convivir con ellas y las consideran una experiencia positiva, ya que las voces son para ellos, una fuente de consejo o mensaje que puede resultar de ayuda.

METODOLOGÍA

Inspirado en el movimiento de escuchadores de voces, iniciamos en septiembre de 2016, en el servicio de rehabilitación comunitaria de Mollat, un grupo en el que las personas pueden hablar de manera abierta de sus experiencias con las voces; en el que no se cuestionan sus creencias, reconociéndolas como una experiencia real del escuchador que puede aprender a manejar con éxito, a ser capaz de producir grupalmente nuevos significados, trabajando con las voces y no en contra de ellas. El Servicio acoge a personas con Trastorno Mental Grave y elevado nivel de deterioro psicosocial.

El grupo, de 9 miembros, diagnosticados de trastorno psicótico de años de evolución, está coordinado por la psicóloga, se reúne una vez a la semana durante una hora. Todos los integrantes están en tratamiento farmacológico pero continúan escuchando voces, excepto dos personas que en la actualidad ya no las escuchan. La función de la profesional es facilitar el dialogo, evitando un lenguaje técnico, reemplazando el miedo por curiosidad, validando su realidad y ayudando a relacionarse mejor con sus voces y con su entorno. Fue sencillo ir recogiendo pedazos significativos de su historia, ir enunciando experiencias traumáticas del pasado y malestares presentes y su relación con las voces. En todos los participantes se describen eventos estresantes en entornos familiares o laborales como desencadenantes de sus síntomas. Hay también factores de personalidad que parecen influir en un cierto estilo evitativo, con elevada necesidad de aprobación e inestabilidad emocional.

En los debates se pone de manifiesto que los contenidos de las voces expresan conflictos entre el ideal y la realidad, como aquella persona con un ideal de pureza y castidad que era insultada por sus voces en sus prácticas onanistas; situaciones dolorosas o insoportables, como un divorcio o la separación de los padres, el servicio militar o la muerte temprana de la madre; conflictos interpersonales, como la madre invasiva y dominante a la que no se puede poner límites; dificultades en la toma de decisiones, como abandonar o no un trabajo estresante, que en uno de los casos conllevó además cortarse el dedo como obediencia a la voz antes de dejar su trabajo.

RESULTADOS

Se constata a menudo la subordinación del sujeto a las voces y el reflejo de esquemas de relación similares con su red relacional. Las personas poco asertivas en su vida tampoco saben defenderse de las voces. Los componentes supersticiosos son muy comunes y también las creencias de tipo metafísico concernientes a temas como espiritualismo, maldad, castigo, dolor y poder. Este tipo de creencias tienden a su mantenimiento, ya que al ser reforzada intermitentemente de un modo casual permite darle entidad, hace más difícil su extinción. Una paciente encontró un día un vestido bonito en el mercadillo, después de obedecer a sus voces. Otro día no les hizo caso y no encontró nada, con lo cual quedó convencida que debía obedecer siempre para que todo le fuera bien.

Los contenidos a veces expresan sentimientos de grandiosidad y fantasías de omnipotencia, como la paciente que sentía que tenía una misión importante en el mundo y una relación directa con Dios. Creerse una persona especial y única quizá permite acomodarse en un entorno que se percibe hostil y excluyente. En este caso la persona no quería dejar de sentir estas voces y las consideraba un apoyo en su vida.

Las voces pueden actuar como mecanismo de defensa para culpar a un tercero de los problemas y de las emociones desagradables que suscitan. Como se postula desde la teoría psicoanalítica, la dificultad para resolver un problema puede conducir al desarrollo de una estrategia por el cual se presenta la amenaza como proveniente del exterior (voz) y el síntoma puede ocupar el lugar del problema biográfico socioemocional original. Como por ejemplo un paciente que se crio en un prostíbulo, presenciando escenas para las que no estaba preparado y que de mayor acabaría invadido por voces que le hacían desconfiar de todo el mundo, soslayando de algún modo el trauma original. Uno de los conflictos que empezó a exteriorizar era el conjunto de sentimientos ambivalentes hacia su madre. Su necesidad de estar con ella y el resentimiento hacia ella por no haberle protegido de niño.

Las voces vehiculizan sentimientos difíciles de tolerar como la culpa, la vergüenza, el miedo, la rabia. Las voces pueden aparecer en lugar de los recuerdos desagradables o de los pensamientos indeseados. Como la paciente que transfería la hostilidad hacia sus hijos, sobre un agente externo, la voz, que les decía que les dañara, que les matara, salvando su ideal de buena madre. Por suerte no eliminó su responsabilidad y supo encontrar la forma para no obedecer a la voz y hablar de lo que le estresaba de los hijos.

Ciertas situaciones vitales extremas predisponen a alucinar sobre contenidos concretos, como las voces descalificadoras e insultantes tras un acuciante problema económico, situación que se produjo en más de un paciente. Al inicio del grupo dos personas percibieron un incremento de las voces negativas y de desconfianza. Las voces parecían anunciar los peligros de compartir públicamente lo más inconfesable de su intimidad. Después pudieron ir hablando de su miedo a que fuera del grupo se divulgara lo que se hablaba dentro, y también del miedo a que la voz, que consideraban muy poderosa, se enfadara al sentirse de alguna forma traicionada. Por ello era importante repetir que el objetivo no era acallar las voces sino escucharlas, entender su mensaje y respetar la confidencialidad de lo tratado allí.

CONCLUSIONES

No se produjo ningún ingreso hospitalario. Se redujeron las visitas urgentes. La asistencia fue de las más regulares entre los talleres y actividades del Servicio y de las mejores valoradas en los cuestionarios de satisfacción, destacando el fortalecimiento de la relación entre compañeros, la disminución de la intensidad y frecuencia de las voces, así como de la angustia asociada a su presencia y al temor a que aparezcan de nuevo.

Tal y como defiende el movimiento de escuchadores de voces, hacer explícita la relación entre la historia individual y las voces, volver a narrar el sufrimiento desde un espacio social, permite darle un nuevo sentido a la experiencia y ayuda a recuperar el control de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romme M, Escher S. «Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces». Fundación para la investigación el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 2005.

TODAS A UNA CON EL DOLOR: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

*María Liste Caparrini, M.ª Luisa Costa Ferreira da Silva, Pablo Feito
Fernández, Lisi Amaya Lega y Carolina Cabrera Ortega*

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con diagnóstico de distimia suponen un reto para los profesionales de la salud mental por varios motivos. En primer lugar, esta etiqueta diagnóstica abarca diversos tipos de sufrimiento psíquico muy heterogéneos entre sí, en expresión clínica, evolución o estructura de personalidad subyacente. En segundo lugar, son pacientes que mantienen una sintomatología inamovible a pesar del tratamiento, ya sea éste farmacológico y/o psicoterapéutico. Por último, la exploración del malestar psíquico se ve obstaculizada con frecuencia, por la expresión predominante del sufrimiento a través del cuerpo. No es raro que la distimia se asocie con enfermedades somáticas (el diagnóstico de fibromialgia, entre otros). Es sorprendente cómo, tras largos tratamientos, el paciente permanece como una incógnita tras el telón del cuerpo.

El abordaje psicoterapéutico individual en el centro de salud mental, donde se desarrolla nuestro trabajo, con pacientes diagnosticados de distimia, resulta complicado y extenuante: la reacción contratransferencial del terapeuta viene marcada por el «contagio» de los sentimientos de estos pacientes, sentimientos de minusvalía y desesperanza, con la consecuente frustración del terapeuta y rechazo hacia el paciente.

OBJETIVOS. ENCUADRE

Nuestra hipótesis es que la experiencia grupal va a aportar una perspectiva diferente sobre estos pacientes y a permitir una mejor comprensión de los mismos.

De manera que decidimos, hace unos 3 años, realizar una psicoterapia grupal con pacientes diagnosticados de distimia. Aquel grupo nos permitió acercarnos a estos pacientes con otra mirada, pudimos vislumbrar algunos aspectos relacionados con sus heridas narcisistas, con el manejo precario de la agresividad que se expresaba en el grupo como intensos sentimientos de rabia, de vergüenza... aspectos todos ellos que nos parecieron cruciales para entender la llamada «distimia». Nos llamó la atención que en este grupo de distimia al que nos referimos, una mayoría de sus miembros padecieran algún tipo de patología somática, en especial fibromialgia.

Después de esta primera experiencia con este perfil de pacientes decidimos iniciar una psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica, con dos terapeutas y un observador, formado por seis mujeres de mediana edad todas ellas con una larga trayectoria de tratamiento en Salud Mental por su distimia y que, de forma concomitante, padecen una fibromialgia. Se marcó un encuadre de una sesión semanal de hora y media de duración por el transcurso de un año (1).

RESULTADOS

A partir de los principales emergentes y de las dinámicas grupales queremos compartir algunas reflexiones. Destacamos en primer lugar la función y significado de la etiqueta diagnóstica. Con la fibromialgia el malestar tiene un nombre y las pacientes del grupo encuentran una explicación a lo que les pasa. Encuentran una matriz identitaria, todas viven bajo el mismo yugo del dolor. A su vez, el rol de enferma dota de argumentos para instalarse en la queja y la pasividad, así como de una serie de derechos que les eximen de tareas y responsabilidades (2). Ya desde la primera sesión cada una de ellas se presenta como «Soy María, fibromiálgica». El discurso grupal adquiere un tono quejoso, centrado en las dolencias corporales y en cómo éstas han logrado ser el eje vertebrador de su vida actual. Una vida basada en la peregrinación por las urgencias, por las consultas de especialistas, y centrada en las limitaciones funcionales de su día a día y, en cómo todo ello, repercutirá en su esfera relacional y afectiva. Buscan aspectos comunes para construir una identidad única fusionándose entre ellas. Por ejemplo: desde el inicio evitan llamarse por sus nombres y si lo hacen, se confunden como si diera igual (el nombre marca una diferencia, claro); también al compartir sus dificultades, parece que todas tienen el mismo marido, que sus hijos tienen problemas parecidos, y que con los padres tienen problemas relacionales similares, dando por hecho que las vivencias y personalidad son idénticas.

Otro aspecto compartido es la idealización de la vida antes de la aparición de la fibromialgia. Para ellas «antes de la enfermedad todo iba bien»: eran capaces, sacrificadas por su trabajo y su familia, y niegan la existencia de hechos traumáticos. Esto último contrasta con un discurso cargado de acontecimientos vitales estresantes, historias biográficas desgarradoras, de las que cuesta mucho hablar y escuchar en el grupo. Confrontar esta contradicción provoca volver una vez más a la fibromialgia, la etiqueta. Una vez más, el dolor del cuerpo funciona como un estribillo, como un tapón para no hablar de un dolor más profundo.

Sus historias son difusas y el clima emocional confuso. Y es aquí donde se hace visible la dificultad de estas pacientes para la elaboración

psíquica de estos aspectos traumáticos (3). El cuerpo es la única causa y el único escenario posible para la representación del dolor psíquico.

En la medida en que todos estos aspectos pueden interpretarse, la dinámica grupal se despliega y comienzan a surgir las diferencias. ¿Cómo reaccionan a lo diferente? La diferencia es una amenaza para la integridad del grupo. Los sentimientos de rabia, de rivalidad, comienzan a expresarse, así como las diversas maneras de defenderse de los mismos. Aspectos que se interpretan en la dinámica grupal. Por ejemplo, el silencio que mantenían dos pacientes. Este silencio dejaba espacio para fantasear: a una de ellas se la consideraba una mentirosa que «pasaba del grupo», otra de ellas era «una pobrecita» que algo terrible ocultaba y que era mejor callar. De forma reiterada demandaban a las terapeutas soluciones, pautas, recetas para sus problemas. Reprochaban que aquéllas no satisficieran estas demandas; silencio experimentado como una falta de interés por parte de las terapeutas, de nuevo un abandono. Frases como: «Siempre he venido aquí muy positiva, pero no creo estar recibiendo ayuda. ¿A qué llamáis terapia?». Este silencio que no daba respuesta a las expectativas de las pacientes, quizás conecta con aspectos de sus figuras parentales que, en el pasado, tampoco respondieron a sus necesidades.

CONCLUSIONES

A pesar de ser pacientes de evolución crónica y con pronósticos poco optimistas, el grupo ha favorecido que adquieran una mayor conciencia de su sufrimiento y de cómo se han defendido del mismo. Verbalizando en ocasiones que la fibromialgia no da cuenta de todo lo que les pasa empezando así a bosquejar una identidad legítima diferente a la del rol de enferma.

Otro aspecto que ha sido central en nuestro trabajo es que la psicoterapia de grupo ha cambiado la óptica, no sólo del paciente sino también de los terapeutas, que pueden dirigirse al significado más profundo que representa el síntoma. La experiencia de poder comprender la reacción contra-transferencial de estas pacientes ha sido muy valiosa para todos (pacientes, terapeutas y observadores) para evitar actuar la rabia, la desesperación y el abandono que estas pacientes proyectan en nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vinogradov S, Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Paidós; 2016.
2. Diéguez Porres M. Enfermedad, Identidad y Fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. Revista Átopos. Nov 2009; (8): 33-48.
3. De Felipe García-Bardón MV. Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados [Tesis doctoral] Madrid: Departamento de Teoría del Conocimiento, Estética e Historia del Pensamiento. Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid; 2011.

TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL ADAPTADA A LA PRÁCTICA HABITUAL DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL. ASPECTOS CUALITATIVOS, EXPERIENCIA VIVENCIAL

*María José Martín Vázquez, Nuria Sekade Gutiérrez, Helena Fernández
Garcimartín y Daniel Ballesteros Sanz*

INTRODUCCIÓN

La Terapia dialéctica conductual (TDC) es un modelo de tratamiento desarrollado específicamente para el Trastorno límite de personalidad (TLP). Nace de la experiencia personal y profesional de la psicóloga estadounidense (y paciente diagnosticada de TLP, como reconoció en una reciente entrevista) Marsha Linehan. Este modelo combina la teoría psicodinámica con el modelo cognitivo-conductual, siendo la «tensión dialéctica» el eje central de la técnica a desarrollar durante los módulos de habilidades. Así, se plantean constantemente dilemas que se intentan convertir en problemas a través del diálogo a varias voces.

Está basada en ciertos supuestos que caracterizan tanto la génesis como las manifestaciones clínicas del TLP.

Su objetivo es la formación de habilidades psicosociales enfocadas en las dificultades que presentan los pacientes con TLP: habilidades básicas de conciencia (dirigidas a la inconsistencia del sentido del yo), habilidades de regulación de las emociones, habilidades interpersonales efectivas y habilidades de tolerancia al malestar.

El presente trabajo desarrolla la experiencia profesional y personal de un equipo que lleva dos años y medio aplicando el tratamiento grupal de TDC a pacientes con TLP atendidas en dos de las consultas de un Centro de la red de Salud Mental Madrileña.

METODOLOGÍA

El programa está estructurado en 4 módulos: habilidades de conciencia, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia a la frustración. El tratamiento grupal es combinado con sesiones individuales con su psiquiatra y/o psicólogo en la frecuencia habitual del centro (aproximadamente cada 2 meses). Fuera del grupo el contacto se ha mantenido con las pacientes no sólo por las vías habituales, sino también por email.

El formato grupal actual (ya es el tercer año que desarrollamos este grupo) comprende sesiones semanales de 60 minutos y un post-grupo de 30 minutos. Si bien durante los dos primeros años el grupo se ofrecía únicamente a los pacientes de dos de las consultas del centro, este año decidimos abrirlo a los de otros profesionales, dado el interés mostrado por éstos para incluir a sus pacientes en el tratamiento. Es un grupo semicerrado, determinándose cuatro momentos —el inicio de cada uno de los módulos— para incorporar nuevos pacientes. Todas las sesiones se cierran con una sesión breve de relajación dirigida por la enfermera del equipo terapéutico.

El equipo terapéutico se compone de dos psiquiatras y una enfermera. Los tres tienen experiencia previa en terapia grupal y cuentan en sus agendas con numerosos pacientes con trastorno de personalidad.

RESULTADOS

Nuestro objetivo es compartir lo experimentado durante estos dos años, tanto por nosotros como profesionales como por las pacientes.

La vivencia del equipo terapéutico es, en líneas generales, una mezcla de satisfacción, incompletud, serenidad y cercanía. Satisfacción por poder emprender este proyecto diferenciado de los límites y restricciones que impone la consulta individual de cada profesional. Incompletud de sentir que el tiempo es insuficiente, lo trabajado efímero y que la capacidad de vinculación dañada no siempre es del todo reparable. Serenidad de hacer con el tiempo y el espacio que tenemos un uso razonable, eficiente, sinérgico e innovador; y Cercanía con las personas que formamos el grupo.

Lo que nos transmiten las participantes del grupo tiene que ver con una vivencia de contención, un lugar de desahogo emocional, un sitio donde hacer amigas que viven como muy cercanas o enemigas a las que no dirigir la palabra o incluso dejar de acudir al grupo; una «clase donde aprender» o un lugar donde se exponen como son, donde se sienten acompañadas y desgarradas, entendidas y desconcertadas. Parece que el tema de las emociones y su control es lo que más útil les ha parecido. Verbalizan la dificultad que tienen para identificar sus emociones y lo complicado que les resulta aplicar en la práctica estrategias de control emocional.

CONCLUSIONES

El poder realizar esta modalidad de tratamiento en formato grupal ofrece sin duda varias aportaciones que no observaríamos en terapia individual. Los factores terapéuticos que se ponen en marcha en el grupo suponen una experiencia emocional que, en el caso de las pacientes con TLP, son de gran valor vivencial y motor de cambio. El grupo actúa como

una figura de apego seguro para las pacientes, a partir de la cual pueden compartir su mundo interior sin miedo de ser rechazadas. En este contexto de seguridad las pacientes se han permitido también ofrecer apoyo y consejo unas a otras, mostrando una actitud de ayuda absolutamente genuina. La experiencia de poder ayudar al otro es un factor terapéutico fundamental en el TLP, ya que estas pacientes a menudo están inmersas en su propio sufrimiento y el entorno se ha acostumbrado a no pedirles ayuda por considerarlas enfermas. En el grupo han podido experimentar la sensación de ser útiles para el otro, reforzando su sentimiento de valía y observando aspectos de ellas mismas hasta entonces desconocidos. El poder expresar emociones intolerables sin ser cuestionadas o deslegitimadas, en un entorno que sostiene y contiene, se convierte en una experiencia emocional correctiva que, dada la riqueza de las interacciones interpersonales que surgen en un grupo, puede ser más intensa que la generada en terapia individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Linehan MM. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós; 2003.
2. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74 (4): 319-328.

LA PSICOEDUCACIÓN, SENTIDA. ALGUNAS NOTAS EN TORNO A LA PRIMERA EXPERIENCIA DE GRUPO INTRODUCTORIO DE TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN EN PACIENTES CON TLP

Javier Ramos García y Jesús Fernández Rozas

INTRODUCCIÓN

El elemento psicoeducativo, fundamental en muchos de los abordajes diseñados para tratar enfermedades médicas de difícil manejo y carácter crónico, se ha establecido de forma rotunda como ingrediente básico de muchas de las modalidades psicoterapéuticas de aproximación al sufrimiento humano. Más aún, ha llegado a reivindicarse como una estrategia terapéutica de pleno derecho, avalada especialmente por las corrientes cercanas a escuelas de corte cognitivo-conductual.

METODOLOGÍA. REFERENTES TEÓRICOS

Situada en algún lugar entre la terapia cognitiva y el enfoque psicodinámico (en el que hunde unas raíces profundamente influidas por la Teoría del Apego) (1), desarrollada inicialmente en la década de los noventa en dispositivos asistenciales dedicados al tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) (2), la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) propone un plan de tratamiento estructurado en el que el aspecto psicoeducativo es un componente esencial. Así, aparece de forma explícita dentro la trayectoria del tratamiento que debe articularse en el trabajo con trastornos de personalidad, y es un factor nuclear dentro del llamado «primer sistema comunicacional», consustancial a toda terapia que se pretenda eficaz (2, 3). Este primer sistema comunicacional supone una propuesta, respetuosa y colaborativa, tanto de una lectura comprensiva del problema del paciente como de un itinerario terapéutico coherente con ésta. El elemento mentalizador clave en este punto radica en que esa conceptualización del problema y esa delineación de un plan terapéutico debe poder ser sentido por el paciente como concordantes con su sufrimiento, consecuentes lógicos de una escucha atenta y de una conexión genuina con la propia subjetividad. Es de este modo que la explicación que el terapeuta da al problema del paciente actúa como una «comunicación ostensiva» (4), lo que equivale a decir que éste pudo sentirse comprendido y asumido como sujeto agente, lo cual facilitará de modo radical su dispo-

sición al cambio desde la confianza en relación a lo que el terapeuta tenga que decir («confianza epistémica») (2).

CONCLUSIONES

En noviembre de 2016 se pone en marcha un primer Grupo introductorio MBT para pacientes con TLP en la Unidad de Psicoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre (hasta donde sabemos, pionera en esta línea de trabajo en el Estado español), siendo evidente desde el principio que su impacto en los pacientes será tanto mayor cuanto mayor grado de «comunicación ostensiva» incluya. En nuestra presentación, apoyándonos en escenas clínicas grabadas en vídeo, pretendemos mostrar, desde la realidad asistencial, el modo concreto en que imprimimos ese énfasis, utilizando espontáneamente el material que los pacientes traen al grupo psicoeducativo con el fin de ejemplificar las nociones mentalizadoras a trabajar en los diferentes módulos psicoeducativos manualizados. Conscientes asimismo de que el ritmo que imponen los módulos permite una saludable contención en pacientes que pueden tender a una exposición excesiva en su relato, entendemos que resulta fundamental que el material de trabajo sea sentido por aquellos como propio, acortando las distancias que puede conllevar una posición excesivamente académica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bateman A, Fonagy P (Eds.). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012.
2. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
3. Ramos García J. Enfocando al terapeuta mentalizante. La construcción del tejido relacional que hace posible una psicoterapia. IV Jornadas de Psicoanálisis Relacional. 2016; Salamanca: p 254-265.
4. Csibra G, Gergely G. Natural pedagogy and evolutionary adaptation. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences.* 2011; 366: 1149-1157.

GRUPOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS ESTADOS DE CONCIENCIA: ENCUADRE, OBJETIVOS TERAPÉUTICOS, MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Silvia Rufián Vargas, Belén Rodríguez López y Adolfo García de Sola Márquez

INTRODUCCIÓN

Los Grupos de Intervención sobre los Estados de Conciencia (I.E.C.), enfoque que utilizamos, desde 2011, con pacientes que sufren psicosis, son grupos en los que se busca, a través del trabajo sobre los estados de conciencia, que la experiencia individual y social de tales pacientes se vaya haciendo cada vez más satisfactoria y enriquecedora (1). Estos grupos se encuadran dentro de las prácticas psicoterapéuticas grupales, y tienen en cuenta la clásica premisa según la cual, el grupo es «algo más que la suma de sus miembros»; así como la idea central respecto a la trascendencia de las relaciones afectivas en los grupos (2), entre las que contamos las relaciones transferenciales, por un lado, con la persona que ejerce como terapeuta y, por otro, las laterales, con los demás miembros que conforman el grupo.

METODOLOGÍA. ENCUADRE

Los aspectos formales del encuadre incluyen que el espacio donde se desarrollan las sesiones se mantenga en una ligera penumbra. En ocasiones, durante estos años, se ha determinado un número de integrantes fijo y en otras no, y el número de sesiones por semana ha variado según la edición. Nuestro encuadre permite estos cambios. Otra característica de nuestra técnica es que se da la consigna en varios momentos de la sesión de moverse y cambiarse de lugar. Un ambiente tranquilo, relajado, en el que se puede comentar todo lo que aparece en la mente, parece fundamental para fomentar un clima de libertad y no persecutorio.

Además, la participación es abierta para al personal sanitario y profesionales en formación que se encuentran temporalmente en el dispositivo donde trabajamos.

La persona que ejerce como terapeuta principal guía al grupo mediante intervenciones que dinamizan las situaciones y buscan lograr un mayor trabajo terapéutico.

Continuamente, el terapeuta realiza intervenciones buscando lo inesperado, lo desconocido, otorgando la oportunidad de reaccionar de forma verbal y no verbal de una manera distinta a la habitual, alterando la rigidez de la persona en su manera de hacer.

De forma espontánea o tras hacerse una pregunta directa, la mayor parte de los integrantes interviene, aunque algunos lo hagan para expresar, precisamente, que no tienen ganas de decir. Como regla general, usualmente se participa, de una manera u otra, ya que las vías de expresión en tales grupos es muy variada.

Las preguntas realizadas suelen ser grupales, evitando la individualización y tratando de generalizar los temas de conversación, para así aumentar la participación de los miembros. A menudo se intenta unir el tema actual expuesto con su origen en el pasado y ante situaciones de tensión, rigidez o silencio prolongados, el terapeuta busca modificar el estado de conciencia actual tratando llevando la atención a algo distinto mediante determinadas preguntas: «¿Cómo os sentís en el sitio en que estáis ahora mismo? ¿Cómo sentís el cuerpo? ¿La postura? O con consignas de cambiarse de lugar.

CONTENIDO

Durante las sesiones, el discurso pasa de un plano superficial a otro más profundo y espontáneo y los contenidos son variados. Dentro de ello, las ideas delirantes suelen ocupar sólo un pequeño espacio —a pesar de ser personas con clara actividad delirante— y cuando aparecen, la tolerancia a los síntomas suele ser un acuerdo tácito del grupo.

El esquema general de una sesión, puede comenzar con comentarios de la vida cotidiana, guiándose poco a poco a asociaciones de recuerdos más profundos a nivel emocional, por ejemplo, la relación con los padres, cómo eran, cómo se sentían con ellos, qué les creen deber... o apareciendo temas menos investigados en consulta, por ejemplo, el día en que hicieron su primera comunión y lo que significó para cada uno.

Pese a la dureza o sufrimiento de las historias expuestas, se suelen compartir de forma tranquila, en ocasiones casi jovial, llegando a reír o bromear sobre las mismas, no negando, sino relativizando. No hay preferencias en apariencia entre los miembros del grupo, es decir no se establecen alianzas por sexo, grupo de edad... y las devoluciones se hacen espontáneamente y en función de cómo se identifican con la otra persona.

CONCLUSIONES

Según I. Yalom (1996), algunos de los factores terapéuticos que se dan en las dinámicas grupales son la universalidad, que genera en la persona una identificación con los sentimientos o ideas de otras personas del grupo; la emulación, relacionada también con procesos de identificación, pero en este caso, en relación a asumir determinadas pautas de comportamiento de otros miembros como propias; y la verbalización (catarsis), a través de la cual él o la paciente puede expresar sentimientos y conflictos de su propia historia personal (3).

Al referirnos de una manera específica al grupo I.E.C., respecto a los factores terapéuticos nombrados anteriormente, caben destacar los procesos de identificación, resaltando el énfasis que se da en el grupo al hecho que los pacientes tomen contacto con sus partes sanas, lo que favorece la integración de las mismas con el objetivo de reducir la identificación completa con el trastorno mental. Además, el grupo I.E.C. se constituye como un espacio en el que los pacientes tienen posibilidad de crear vínculos desde sus partes más sanas y no sólo desde la psicosis. De este modo, y con respecto a los contenidos de la conversación grupal, desde el punto de vista más terapéutico se busca resaltar cualquier tipo de contenido que guarde relación con la psicobiografía del paciente, siempre destacando su historia normalizada y satisfactoria e intentando dejar en un segundo plano el trastorno, buscando, de una forma implícita, el funcionamiento cotidiano conjunto de diferentes planos de conciencia que se equilibran entre ellos y se integran de una manera más funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. García de Sola Márquez A. Groupes pour patients psychotiques: des outils hypnotiques adaptés. *Hypnose et Thérapies Brèves*. 2015; 37: 35-40.
2. Gómez Esteban R. Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2008: 1-11.
3. Yalom ID, Vinogradov S. Guía Breve de Psicoterapia de Grupo. Barcelona: Ediciones Paidós; 1996. p 184.

DESINGULARIZAR Y COHESIONAR

*Lidia Sánchez Morales, Laura Bassolas Esteban, Neus Esterich Costa
y Francisco José Eiroa-Orosa*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento grupal se incluyó en el funcionamiento habitual de la Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital San Rafael-Hospital Universitario Vall d'Hebron en el año 2010. Nuestro objetivo es describir y explorar los factores terapéuticos y procesos grupales en este contexto.

Los grupos como instrumento de intervención permiten un nivel de comunicación más profundo entre sus miembros y fomentan el compromiso social fuera del grupo. Además, proporcionan un contexto realista y promueven alianzas y relaciones terapéuticas. Por estas razones, se considera el grupo una herramienta terapéutica muy útil (1). El contexto en el que se realiza el tratamiento determina las características del grupo. En el caso de la hospitalización aguda, hay modificaciones en la conducción, longitud del tratamiento, desarrollo del grupo y procesos grupales (2, 3). Existen también factores independientes del contexto que parecen darse en la generalidad de psicoterapias grupales, los llamados factores terapéuticos descritos por Irvin Yalom (4).

METODOLOGÍA

Nuestro programa grupal implicó a todo el equipo. Psiquiatría y Enfermería se encargaban de la selección de candidatos. Los criterios de inclusión fueron el consumo de tóxicos en los dos meses previos al ingreso. Los criterios de exclusión fueron discapacidad intelectual, deterioro cognitivo o agitación conductual. Psicología clínica realizaba la entrevista previa al grupo, donde presentaba el tratamiento y la normativa.

Este programa se componía de tres sesiones grupales a la semana de una hora de duración. Las sesiones eran de dos tipos: una psicoeducativa, cuyo objetivo era proporcionar información sobre el uso de sustancias y aclaraciones sobre su interacción con el trastorno mental y dos psicoterapéuticas cuyo objetivo era fomentar las habilidades de expresión y manejo emocional. Después de cada sesión se realizaba una sesión con todo el equipo.

El tamaño de los grupos oscilaba entre 6 y 10 pacientes. La recogida de datos fue de noviembre 2012 a febrero 2013. Se transcribieron de forma literal todas las sesiones psicoterapéuticas. La muestra estuvo compuesta

por 20 pacientes, de los cuales el 65% fueron hombres. La edad media fue 35 años. El diagnóstico predominante fue trastorno psicótico (65%). La principal sustancia de consumo activo fue cannabis (60%). El 90% de los candidatos aceptó la normativa del grupo y se comprometió a cumplirla. Se realizó un análisis cualitativo de las transcripciones hasta alcanzar saturación teórica.

RESULTADOS

Se obtuvieron 20 categorías, que se englobaron en 7 supracategorías: *relaciones, grupo, tratamiento terapéutico, desarrollo terapéutico, normas del grupo, síntomas de diagnóstico grupal y anti-grupo*. La categoría predominante fue *expresión de sentimientos* (16,4%) seguida de *cuidado a los demás/apoyo* (10,10%). Ambas incluidas en la supracategoría *relaciones*, donde también se encuentran las categorías *dar ayuda, identificación y pedir ayuda*. La tercera categoría fue *interacción* (9,95%) que pertenece a la supracategoría *grupo* juntamente con *conciencia de grupo y cuidado del espacio*. La cuarta categoría fue *traducción* (7,28%) que juntamente con *reconducción* pertenecen a la supracategoría *tratamiento terapéutico*, donde todas las narrativas incluidas eran emitidas por el terapeuta. La quinta categoría fue *refuerzo* (5,79%) que pertenece a la supracategoría *desarrollo terapéutico* junto con *cambio y planes de futuro*. La sexta categoría fue *explicitar la norma* (5,49%) que se incluye en *normas del grupo* junto con *aceptar la norma y cuestionar la norma*. Hay dos supracategorías, *síntomas de diagnóstico dual y antigupo*, de menor importancia según su aparición.

En los grupos, los pacientes hablaban principalmente de sí mismos y de sus relaciones, creando un espacio de ayuda y soporte mutuo con la intervención del terapeuta y el marco delimitado por la normativa grupal. Las categorías que ocuparon mayor tiempo del grupo, expresión de sentimientos y cuidado-apoyo, podrían considerarse paralelas a la catarsis y el altruismo, descritos por Yalom (4), como factores terapéuticos del grupo.

En relación con la evolución y desarrollo del grupo se registraron un mayor número de intervenciones individuales en la primera sesión prestando poca atención a los compañeros. También al inicio, los pacientes cuestionaron más frecuentemente las normas del grupo y el terapeuta tuvo que participar activamente instaurándolas y promoviendo las identificaciones. En la tercera sesión, aumentaron las categorías *expresión de sentimientos e interacción* y disminuyeron las categorías propias del terapeuta, *traducción y reconducción*. En sesiones posteriores, el grupo se mantuvo cohesionado y funcionó de manera autónoma. Durante las vacaciones de Navidad, dos semanas, no se realizó grupo. En la sexta sesión, al reestablecerse los grupos, se observó que aparecieron temas comunes a la primera sesión analizada. El terapeuta tuvo otra vez un papel más activo en

la definición de los límites y la promoción de la cohesión. En la séptima sesión, las discusiones sobre normas compartieron espacio con el apoyo y la expresión de sentimientos. Se reestableció el clima grupal con facilidad, lo que posiblemente tenga relación con la idea de que los procesos grupales son transpersonales y conforman lo que en la teoría se conoce como cultura de grupo. En los grupos hay una manera de hacer, de proceder, y ésta trasciende a los miembros individuales, creando así una forma de comportarse en ese grupo determinado.

Un signo de desingularización y cohesión fue el aumento de las categorías *expresión de sentimientos e interacción* y la disminución de categorías relacionadas con el terapeuta. Las normas tuvieron un papel clave, ya que proporcionaban un espacio seguro y fiable donde poder expresarse y relacionarse. Este clima de seguridad, pensamos que favoreció la capacidad para pensar y actuar de forma autónoma de los pacientes. El terapeuta también fue un elemento importante, ayudando en la creación de los vínculos en el grupo, a través de los cuales los pacientes pudieron tomar la iniciativa y darse soporte unos a otros sin necesidad de mediador. El grupo les permitió pasar de un rol pasivo a un rol activo en la relación de ayuda. No obstante, hay algunas limitaciones que merecen ser comentadas. A nivel clínico, dada la carga emocional y el papel activo en el grupo, reducción del tiempo de sesión a 45 minutos para una mejor tolerancia del escenario grupal. A nivel metodológico, la dificultad en las transcripciones y la generalización de los datos.

CONCLUSIONES

Se subraya la importancia de incluir intervenciones grupales en unidades psiquiátricas. Se crean espacios de seguridad que permiten la expresión, la reflexión y la identificación. Y se desarrollan habilidades relacionales y de comunicación, herramientas importantes para la recuperación y reintegración en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Cabrero B, Martínez Rodríguez JM. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2009; 29 (1): 79-96.
2. Arroyo Guillamón R, Del Palacio Tamarit S. Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. Area 3. 2011; 15 (1): 1-16.
3. Belloso Ropero JJ, Díaz Medina M, López Moreno T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2015 Dec; 35 (128): 759-74.
4. Yalom ID, Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books; 2005. p 272.

GRUPO DE MINDFULNESS PARA NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

*María Sánchez Pascual, Ana Madrigal Aguilera, Tania Díaz Suárez,
Ángeles Asiel Rodríguez y Flor Miño Herranz*

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) ha sido y es objeto de gran controversia. A pesar de la multitud de investigaciones clínicas sigue sin existir consenso en los aspectos que lo conforman y en su abordaje.

El TDAH se configura actualmente como un problema de salud pública. Supone una de las afecciones psiquiátricas más frecuentes en población infanto-juvenil, y afecta a alrededor del 5% de los niños en todo el mundo (1).

Hasta el momento, se han venido usando como tratamiento de elección programas psicoeducativos para padres, terapia cognitivo conductual y habilidades sociales con los niños, acompañado de psicofármacos.

El volumen de programas basados en Mindfulness ha experimentado un crecimiento significativo en las últimas décadas y de manera más específica como tratamiento potencial para niños con diagnóstico de TDAH. Algunas de las autoras que han desarrollado intervenciones en niños basadas en Mindfulness han sido Eline Snel o Susan Kaiser. La atención plena, como componente clínico, parece conducir a una mayor sensibilidad al medio, nuevas formas de percibir, enseñando al individuo a identificar y responder a los procesos fisiológicos y psicológicos involucrados en conductas y emociones desadaptativas. Estas intervenciones se basan en el programa MBSR de Kabat-Zinn y en el Programa MBCT adaptado por Seagal y Teasdale para la depresión (2). En los estudios más recientes, se han detectado mejorías significativas en la frecuencia e intensidad de la sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva. Estas mejorías clínicas se han visto incrementadas en las intervenciones desarrolladas junto a los padres de manera interactiva (3,4).

MÉTODO

Presentamos el programa de intervención realizado para niños con diagnóstico TDAH que pretende abordar la sintomatología central de este

diagnóstico. Una parte esencial de la intervención es la participación de los padres través de tareas conjuntas.

El grupo se ha dirigido a niños de entre 6 y 9 años en seguimiento ambulatorio en Salud Mental. Se realizó una evaluación pretest-postest en la que se aplicaron las pruebas CBCL de Achenbach (5) y el SNAP-IV (6).

El grupo ha sido desarrollado por dos residentes de Psicología Clínica y una residente de Enfermería junto a un facultativo especialista de Enfermería, en colaboración con los facultativos especialistas de Psicología y Psiquiatría infantil que supervisaban el programa.

Este programa elaborado por todos los profesionales, está basado en los programas de Snel (7) y Kaiser (8). Se ha implementado en 9 sesiones de frecuencia semanal y 50 minutos de duración, excepto la primera sesión que fue de 75 minutos. Los padres han asistido a 3 sesiones conjuntamente con los niños, y a ellos hemos dedicado también una sesión en exclusiva. En la sesión inicial, a la que acudieron padres y niños, se realizó una presentación general del grupo y del encuadre. Se discutió sobre el modelo teórico del que partíamos. Se exploraron y ajustaron las expectativas de padres y niños. Y se explicó la dinámica de las sesiones siguientes a través del «El Árbol de las Preocupaciones». Este árbol consistía en cartulinas en las que los niños escribían sus preocupaciones del día de manera longitudinal en todas las sesiones. Además, se trabajó la identificación de sensaciones corporales con diversas tareas que involucraban un juego entre niños y padres. Se entregó un autorregistro de actividades para casa, que implicaba el trabajo conjunto padre-niño; así como la tarea para la primera semana.

De la segunda a la quinta sesión, el trabajo se centró en el aprendizaje de la atención plena a partir de tareas que involucran las diferentes modalidades sensoriales, para aumentar las memorias de éstas en relación con el entorno. De la sexta a la octava, el foco recayó sobre el cuerpo y la conciencia del mismo a través de diferentes dinámicas. La última sesión se dirigió a los padres con el objetivo de recoger su experiencia y reforzar su papel en el trabajo. Se compartieron las dificultades encontradas y la construcción de estrategias alternativas en situaciones difíciles con los niños.

RESULTADOS

A lo largo de las sesiones se objetiva un progresivo aumento en la internalización de la autorregulación, a través de la mejora en la capacidad de escucha de los niños al resto de compañeros, del aumento de la conciencia corporal con mejoría en la sensación de inquietud detectada por los propios menores, así como en la capacidad de conciencia atencional plena ante estímulos. Los padres refirieron que dichos cambios se generalizaron en el hogar y los profesores en el contexto escolar.

CONCLUSIONES

Esta experiencia grupal se evaluó principalmente teniendo en cuenta criterios cualitativos y criterios clínicos. Esta estructura de trabajo permite la atención a un mayor número de pacientes que requieren tratamiento. A su vez, se observó que la estructura grupal beneficia a los pacientes y padres en relación a los factores terapéuticos de grupo como la universalidad, altruismo y aprendizaje interpersonal.

Se ha planteado cómo mejora, una nueva estructuración en la que se realicen más sesiones conjuntas con los padres y una atención grupal paralela con los mismos.

Identificamos la necesidad de una valoración cuantitativa del programa, así como de observar la evolución de los niños a medio plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun; 164: 942-948.
2. Hervás, Cebolla, Soler. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*. 2016; 27: 115-124.
3. Forcadell, Astal, Treen, Chamorro, Batlle. Entrenamiento en Mindfulness para pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): una revisión descriptiva. *Revista de Psicoterapia*. Marzo, 2016; Vol. 27, Nº 103: 203-213.
4. Van Der Oord, Bögels, Peijnenburg. The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal Child Fam Stud*. 2012 Feb; 21 (1): 139-147.
5. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
6. Swanson JM. SNAP-IV. «Teacher and Parent Ratings Scale». En: Fine A, Kotkin R. (eds.). *Therapist's guide to learning and attention disorders*. Nueva York: Academic Press; 2003. p 487-500.
7. Snel E. *Tranquilos y atentos como una rana*. Barcelona: Kairós; 2013.
8. Kaiser S. *El niño atento. Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2014.

GRUPO DE FAMILIARES: PENSAR UN DISPOSITIVO DE APOYO, OBTENER UN DISPOSITIVO DE CAMBIO

Olalla Santamaría Gómez, Cristina Espinar Suárez, Reyes Navarro Pablo, Clara Fernández Burrac y Laura Mantrana Ridruejo

INTRODUCCIÓN

Observamos que en el abordaje individual en la USMC Los Palacios, Área Hospitalaria Nuestra Señora de Valle, Sevilla, no se aportaba sostén suficiente ni posibilidad de cambio. Se identificó la necesidad de proporcionar un espacio de apoyo para familiares de pacientes con TMG de larga evolución, que comenzaban a mostrar indicios de claudicación o sobrecarga en el rol de cuidador.

METODOLOGÍA

Se planteó la creación de un dispositivo grupal, bajo la concepción de grupo operativo. Partimos de la hipótesis de que por ser familiares de pacientes de larga evolución, las posibilidades de que se movilizaran cambios y aspectos en la relación de cuidador-enfermo eran escasas. Pero el hecho de proporcionar las condiciones y la tarea para que tuviera lugar el espacio de escucha, dio lugar a la apertura de otras alternativas en la forma de cuidado y convivencia.

Dábamós comienzo a la situación grupal con la definición de la tarea: «Un espacio para hablar de ellos». Hacíamos hincapié así en la necesidad de considerarse en su doble vertiente, como cuidador y como persona con necesidades propias. Sabemos que esta tarea será el soporte que dará lugar al aprendizaje, al cambio (1).

Los participantes acuden con una motivación, interés, curiosidad, pero tampoco saben aún exactamente cuál va a ser el significado de la tarea y el grupo para ellos, pero hasta que no hayamos finalizado el grupo, no tendremos conocimiento de lo que allí ha ocurrido, ni los miembros del grupo ni los profesionales (1).

El grupo tenía lugar cada tres semanas, en sesiones de hora y media de duración en la Sala de usos múltiples del Centro de Salud. La coordinación es llevada a cabo por una facultativa psiquiatra con formación en grupo operativo y una enfermera que actúa como observadora.

RESULTADOS

El discurso inicial era de un intenso nivel de sufrimiento, expresión de miedos, temores hacia el futuro del paciente, que ocurriría en ausencia del cuidador, una vez no estuviera el familiar (2). Relatos de síntomas y situaciones vividas a lo largo de los años. La desesperanza, la resignación y la vivencia de que ya no había posibilidad de cambio eran una constante. En estos primeros momentos de pretarea, los integrantes del grupo ponen en juego el grupo interno de cada miembro y el rol que ha ocupado en su grupo familiar (3). De la rigidez o flexibilidad que tengan en este esquema de referencia, va a depender el aprovechamiento de lo que se puede aprender en cada ocasión (1).

El ritmo del grupo era muy rápido en estos comienzos, pareciera que evacuan, que expulsan de forma desorganizada una angustia retenida durante mucho tiempo (2). Aparentemente estaba claro y no era difícil: «Hablar de ellos». Pero estamos situándoles en una posición en la que no se habían visto hasta ahora, ¿quién es el enfermo entonces?, ¿quién soy yo? Es el momento de las Ansiedades persecutorias.

El grupo se está constituyendo en esta etapa, e irán conteniéndose esas ansiedades a través del juego de identificaciones (3), de la escucha, del reconocimiento mutuo del sufrimiento, sin sentirse juzgados, sin la censura que «padecen» en la consulta cuando acompañan a su familiar, en la que tienen un papel secundario... Se va creando un espacio de seguridad que permite entrar en los momentos de TAREA. Comenzaban otras sesiones en las que se movilizaron aspectos como la capacidad de elección sobre el papel de cuidador, la posibilidad de ver al paciente más allá de la enfermedad, de establecer una relación más simétrica, de la existencia de otras formas de cuidado, el reconocimiento de los límites propios... El grupo comienza a CREAR, a PRODUCIR, otras posibilidades/otras identidades. Entraba así en juego el aprendizaje y con él, la pérdida que conlleva, y ¿si resulta que no soy imprescindible, si no soy necesario al 100%, quién soy? Son los momentos de cambio, de posición depresiva.

Entre uno y otro momento, entre la PRETAREA Y LA TAREA ha ido oscilando el grupo. Entre medias surgen alianzas conspirativas dentro de la organización grupal para que nada se transforme, se da nacimiento en el grupo a la «resistencia al cambio» (3). Nuestra atención como coordinadores apuntaba a «que estaba ocurriendo con la tarea», intentábamos trabajar esa dificultad para romper la repetición, que en este caso era la insistencia en hablar de su familiar en lugar de ellos. ¿Por qué les resultaba difícil? Estas resistencias impiden flexibilizar el esquema de referencia y sobre eso trabajábamos. Sobre el para qué estaban allí, porqué se relacionaban así con la tarea. Y así, a través de trabajar estos aspectos, surgían otras características de la finalidad establecida, así como otros significados de ella (1). Y esta creación será producto del movimiento interactivo que se establece en la dialéctica procesal del grupo.

DISCUSIÓN

Nuestra reflexión en esta comunicación gira en torno al cómo pensamos y planteamos los dispositivos grupales. ¿Por qué hicimos esa distinción entre apoyo y terapéutico? ¿Por qué no esperábamos cambios? Cuando ideamos un grupo, no debemos olvidar que éste es un dispositivo de cambio. Aportamos las condiciones para que éste se dé y por tanto debemos esperar que estos sucedan.

CONCLUSIONES

El grupo de familiares es otra vía de acceso terapéutica. Una oportunidad para ser ambiciosos con las posibilidades de un grupo y ampliar la esperanza en el proceso de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauleo A. Un Grupo. Psicoanálisis Operativo. A propósito de la grupalidad. Ed. Atuel; 2005. p 13-28.
2. Ribé Buitron JM, Valero Valverde MA, Pérez-Testor C. Grupo de familiares de pacientes con Trastorno Mental Severo: aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal (Nota 1). ASMR. 2011; 10 (2).
3. Lorenzo López L, Vallejo Jiménez F. Psicoterapia de Grupo y psicosis. Experiencias grupales. Revista del XVII Curso Anual de esquizofrenia. Madrid. 2012.

PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE PSICOFÁRMACOS. GRUPOS DE TERAPIA PARA MEJORAR LA ANSIEDAD, EL ESTADO DE ÁNIMO Y EL INSOMNIO

José Antonio Santos Cansado, Antonia Gallardo Becerra, Román Reviriego Rolo, Elisa Muñoz Godoy y M.^a José Bermejo Rivero

INTRODUCCIÓN

España suele encontrarse en los primeros puestos del mundo en el consumo de psicofármacos. Entre el 30% y el 60% de todas las visitas en Atención Primaria (A.P.) son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica (1), entre el 73% y el 80% de los pacientes de este tipo son mujeres. Esta demanda se relaciona bien con diagnósticos de trastornos mentales comunes, como depresión (25% de pacientes), ansiedad (38% de los y las pacientes) o con somatizaciones (58%) o bien quedan clasificados como signos y síntomas mal definidos y sin causa médica demostrable (el 13% de los diagnósticos en mujeres en atención primaria) (2,3).

La atención al malestar, la ansiedad, etc, con psicofármacos, está en la preocupación de distintos organismos: Naciones Unidas (4), OCU (5), y en los medios de comunicación (6).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Mejorar la calidad de vida de las personas asistentes al programa (prioritario) y disminuir su consumo de psicofármacos.

EVALUACIÓN

Pre, post y en seguimientos a los 3, 6 y 12 meses con la aplicación del Cuestionario de calidad de vida WONCA y el Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ12 y evaluación del consumo de psicofármacos.

METODOLOGÍA

El modelo que se plantea es Grupo de Autoayuda. Cada grupo está coordinado por varios profesionales de A.P. (Médic@, psicólog@, DUE, T.S. Farmacéutic@ de equipo de A.P.) El número total de sesiones es de

15. El grupo lo forman de 8 a 15 asistentes que pueden presentar síntomas de ansiedad, bajo estado de ánimo o insomnio, y malestar emocional por cuestiones diversas. Se excluye: psicosis, trastornos graves de personalidad, y en general trastornos mentales graves. El grupo es dinámico, se aporta información breve y se facilita el diálogo entre todos los miembros del grupo. Generándose dinámicas que ayudan a las personas participantes en el grupo a conocerse, analizarse, aprender de otros miembros del grupo, desahogarse, poner en marcha sus propias potencialidades. L@s profesionales no son «expertos» que dan las respuestas, son quienes les acompañan y les ayudan a descubrir, a poner en marcha sus potencialidades, a que atribuyan los cambios a ellas mismas. Y esto tiene mucha relación con cómo maneja la sobrecarga y la desigualdad de género la mujer. No son grupos exclusivos de mujeres. Se ideó desde una perspectiva de género, sin que ello se evidenciara.

El programa se inició en 2013 en un Centro de Salud de Extremadura. En la actualidad se desarrolla en 10. L@s profesionales que lo desarrollan están motivad@s, no reciben ninguna contraprestación.

EVIDENCIAS DE INTERVENCIONES GRUPALES PARA LA ANSIEDAD EN A.P.

Existen evidencias sobre muchos aspectos relacionados con la intervención en grupo para problemas de ansiedad, referimos algunos extraídos de Guía Salud (guiasalud.es. Biblioteca de Guías de Prácticas Clínicas del Sistema Nacional de Salud).

En nuestro contexto, los talleres grupales, basados en relajación y técnicas cognitivas sencillas, realizados en los centros de salud por trabajadores sociales y/o enfermería (8 sesiones, 1 por semana), mejoran las situaciones ansiosas y la autoestima. Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud. Los talleres grupales deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de A. P.

RESULTADOS

Las evaluaciones individuales de cada grupo indican que entre el 50% y el 70% de las personas que asisten a los seguimientos, una vez finalizado el programa, mejoran su calidad de vida. En una evaluación conjunta de dos centros de Mérida se observó que aproximadamente la mitad de las personas asistentes reducían los psicofármacos que tomaban (benzodiazepinas especialmente) (Póster en III Congreso de SEFAP). Un trabajo no publicado, realizado por Susana Alonso García de Vinuesa en 2017, ha

evaluado asistentes a grupos de dos centros de salud de Mérida (n=40), comparando las puntuaciones de los cuestionarios antes del grupo y al finalizar el grupo y las consultas realizadas en el Servicio Extremeño de Salud, un año antes de iniciar el grupo y un año después de finalizarlo. Obtienen como resultados que la mejora de la salud y la calidad de vida (cuestionarios Wonca y Goldberg) es estadísticamente significativa y el tamaño del efecto confirma relevancia clínica. La frecuentación a consultas de A.P. y de Urgencias comparando un año antes del grupo y el año posterior al grupo desciende y este descenso es significativo si se eliminan los valores extremos.

CONCLUSIONES

Los Grupos de Terapia en A.P. con formato de autoayuda y apoyo multiprofesional consiguen que las personas mejoren su calidad de vida y su salud. Se reducen la toma de psicofármacos y las consultas al sistema sanitario. Se requiere evaluaciones con «n» mayores y de más centros para generalizar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Díez Manrique JF, Peña C. Mental Health and medical consultation in primary care settings. *Psychological Medicine*. 1990; 20: 681-694.
2. Gervás J, citado por Onís M y Villar J. (1992) La mujer y la salud en España. Informe básico, Volumen I. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1992).
3. Velasco Arias S. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*, 10, Diciembre 2007. p 111-131.
4. Naciones Unidas. <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Relator-ONU-derecho-salud.PDF>
5. OCU (Organización de Consumidores y Usuarios): Cuidado con el consumo desmedido de ansiolíticos y somníferos en España. España presenta uno de los consumos de ansiolíticos y somníferos más elevados de Europa ya que se ha incrementado un 57 por ciento entre los años 2000 y 2012 y actualmente «sigue creciendo sin freno». <http://www.infosalus.com/farmacia/noticia-cuidado-consumo-desmedido-ansioliticos-somniferos-espana-20160210142025.html>
6. Diario «La Vanguardia»: Ansiolíticos: por qué se toman tanto (y deberían tomarse menos) <http://www.lavanguardia.com/vida/20160406/40934369496/el-divan-psicologia-ansiedad-ansioliticos.html>
7. El documento de trabajo del programa pueden descargarse en: <http://www.drogasextremadura.com/archivos/26-1-16-Doc-Trab-Prog-Psicof-Grup-Terapia.pdf>

EXPERIENCIA DE PSICOTERAPIA GRUPAL CON ADULTOS JÓVENES EN CRISIS: ANÁLISIS DEL DISCURSO

*Mineli Tajuelo Epitie, Luis Granell Ninot, Anna Balagué Puxan,
Fátima Marco Padín y Esther Rodríguez Soria*

INTRODUCCIÓN

Anna Freud ya planteaba la dificultad de diferenciar lo normal de lo patológico durante el paso de la adolescencia a la edad adulta (1). De esta manera conductas que a priori pudieran parecer patológicas se entenderían como normales. La diferencia entre lo normal y lo patológico tendría más que ver con la duración y la inflexibilidad de las defensas (2).

En el CSM de Fuenlabrada se ha llevado a cabo un Psicoterapia Grupal específica para jóvenes adultos en situación de crisis, con el factor común de grandes dificultades en la relación con los otros y en la adopción de roles adultos.

La orientación de trabajo en el grupo de psicoterapia ha sido interpersonal y dinámica, no estructurada, dejando libertad a los pacientes para que sugirieran de forma espontánea los temas que les generaban preocupación o interés. Resulta interesante relacionar la aparición de determinadas temáticas y su frecuencia con las tareas evolutivas de su ciclo vital. La principal tarea, siempre señalada por la mayoría de los autores (3), es la construcción de la propia identidad, entendiendo esta en diferentes dominios.

OBJETIVOS

Realizar un análisis cualitativo del discurso a lo largo de las sesiones grupales, estudiando las temáticas traídas por los pacientes de forma espontánea. En este análisis indagaremos sobre qué temas son los que desean abordar nuestros pacientes y hacer una valoración sobre la frecuencia.

MÉTODO

El formato grupal de tratamiento se eligió debido a que uno de los principales objetivos es mejorar su capacidad de interaccionar con los otros, el grupo ha supuesto un lugar seguro que da la oportunidad de realizar interacciones y de aprender formas alternativas de comportarse. A

la vez consideramos que de estas interacciones seguras devienen muchas otras ventajas terapéuticas, que podríamos enumerar como los factores terapéuticos propios del formato grupal ya descritos por I. Yalom (4).

El grupo de psicoterapia ha estado compuesto por 14 jóvenes, 6 mujeres y 8 hombres, con edades comprendidas entre 18 y 30 años. Los diagnósticos de los participantes eran heterogéneos, aunque mayoritariamente de trastornos de ansiedad y depresión. El encuadre ha sido de sesiones quincenales de hora y cuarto de duración, a lo largo de 8 meses, realizando un total de 17 sesiones.

En este contexto grupal hemos analizado el discurso que se iba produciendo a lo largo de las sesiones, detectando los contenidos temáticos, y así hemos establecido seis categorías diferenciadas de temas recurrentes propuestos de forma espontánea por los pacientes: identidad, relaciones con iguales, asunción de roles adultos, autorregulación emocional, experiencias complejas/traumáticas y relaciones con padres.

RESULTADOS

Tras analizar el discurso de las 17 sesiones de psicoterapia grupal hemos obtenido los siguientes resultados:

Identidad: tema más tratado (82%). De forma habitual los pacientes verbalizaban una marcada inseguridad respecto a quienes son o a sus capacidades, un sentimiento de baja autoestima y discordancia entre cómo se sienten y cómo les perciben los demás. Menos habituales fueron las alusiones a la enfermedad (física o mental) a la hora de hablar sobre sí mismos.

Relaciones con iguales: segundo tema más tratado (58%). Los pacientes describían su relación con sus iguales con marcados sentimientos de desconfianza, rivalidad y envidia. Ante estos sentimientos la estrategia habitual era el aislamiento, como forma de protegerse ante las posibles agresiones del otro. Hablaban de la amistad de forma idealizada, de manera que si no se cumplían ciertos requisitos tendían a romper la relación. Resultó llamativa la dificultad de establecer dinámicas grupales entre ellos.

Roles adultos: (52%) la cuestión más recurrente fue su dificultad para encontrar trabajo y desempeñarlo con éxito. Experimentan muchas inseguridades tanto sobre su desempeño de tareas en sí como sobre su capacidad de integrarse en un equipo de personas.

Autorregulación emocional: (52%) los pacientes describían dificultades a la hora de manejar la frustración y la agresividad, asumir críticas

o de expresar sus emociones. Resultaba llamativo las limitadas y pobres estrategias de afrontamiento que verbalizan.

Experiencias complejas/traumáticas: (47%) englobamos en esta categoría experiencias de acoso escolar, violencia familiar y duelos no resueltos.

Relaciones con padres: Fue el tema menos tratado, apareciendo en un 35% de las sesiones.

CONCLUSIONES

En el análisis del discurso a lo largo de las sesiones se concluye que el tema de fondo es la identidad, quiénes son, quiénes quieren ser o quienes pueden ser.

Temas centrales: como es natural a la etapa evolutiva a la que corresponde nuestra población los temas más abordados de forma espontánea por nuestros pacientes estaban relacionados con su identidad y con las relaciones con los iguales. Esto hace presuponer que los conflictos que aborda un adulto joven no varían de los de su grupo normativo, a pesar de tener un diagnóstico de SM. No obstante, sí se podría decir que su actitud a la hora de abordar estos temas es más negativa y despliegan menos estrategias de afrontamiento eficaces, encontrando mayor dificultad y requiriendo mayor apoyo a la hora de resolverlos.

Temas relacionados con factores de vulnerabilidad: nuestros pacientes relataron experiencias de acoso escolar, violencia familiar y duelos no resueltos que pudieran entenderse como factores de vulnerabilidad que dificultan la generación de una identidad sólida. Parece que la prevalencia de este tipo de experiencias pudiera ser mayor en la población que requiere atención en los servicios de SM frente a población que no lo hace.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud A. El yo y los mecanismos de defensa. Barcelona: Paidós; 1961.
2. Aberastury A, Knobell M. La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico. Barcelona: Paidós; 1991.
3. Bordinon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005; 2 (2): 50-63.
4. Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós; 1996.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRAS LA PSICOTERAPIA DE GRUPO: FACTORES TERAPÉUTICOS Y EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTIVA

Fátima Vilchez Trigueros, Ángela Larrosa Chacón, Andrea Erdocia Remacha, Ignacio Trevijano Fragoso y Victoria de Felipe García-Bardón

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se realiza un análisis cualitativo de las respuestas que dan los pacientes a una encuesta de satisfacción tras haber realizado psicoterapia de grupo.

Con el objeto de introducir qué entendemos por análisis cualitativo, recurriremos a los autores Gergen, Josselson y Freeman que, en 2015, hablaban de lo que se ha llamado la nueva ola de la investigación cualitativa, puesta de manifiesto en el campo de la Psicología por la reciente creación de la Society for Qualitative Inquiry in Psychology, por el cambio de la denominación de la sección quinta de la Asociación de Psicólogos Americanos que ha pasado a llamarse Division of Quantitative and Qualitative Methods, así como por la aparición de la revista de la APS Qualitative Psychology (1,2). El análisis cualitativo de datos se define como una «actividad que implica un conjunto de manipulaciones, reflexiones, transformaciones y comprobaciones a partir de los datos con el fin de extraer significados relevantes para un problema de investigación» (3).

En nuestro trabajo, la perspectiva metodológica que hemos adoptado para el tratamiento de los datos ha sido la que plantea la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (4), método de investigación en el que la teoría emerge de los datos desde una perspectiva procesual. A nivel teórico, nos hemos apoyado en las propuestas teóricas de Vinogradov y Yalom (5) y Zuckerfeld (6) sobre psicoterapia de grupo y Factores Terapéuticos, así como en el concepto de experiencia emocional correctiva (EEC) propuesto por Alexander (5).

MÉTODO

Investigación descriptiva, de corte transversal. La muestra está compuesta por 71 pacientes de la Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario de Guadalajara, (64 mujeres y 7 hombres), con una media de edad de 39,7 (dt=12,5). El número de encuestas es 98, lo cual se debe a que se ha

aplicado el denominado corredor terapéutico (algunos pacientes han realizado varios encuadres grupales). Los diagnósticos más frecuentes son: Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (31%), Trastorno de la Conducta Alimentaria (18,3%), Distimia (14%) y Trastorno Adaptativo (12,7%). Estos pacientes acudieron durante los años 2015 y 2016 a uno o más encuadres de 12 sesiones de frecuencia semanal de Psicoterapia Psicoanalítica coordinada con técnica de Grupo Operativo. Tras finalizar la psicoterapia grupal, se les administró una encuesta de satisfacción realizada ad hoc por el equipo investigador. Los datos han sido analizados mediante el software para análisis de datos cualitativo, gestión y creación Atlas.ti.

RESULTADOS

Los principales factores terapéuticos hallados más frecuentemente en el material analizado son: cohesión grupal, desarrollo de técnicas de socialización y catarsis; cada uno de los cuales forma parte de uno de los 3 principios de Zukerfeld: Semejanza, Identificación y Confrontación.

Se ha llevado a cabo un análisis sobre la evolución de los conceptos estudiados a través de sucesivos encuadres grupales. En los encuadres iniciales, destacan catarsis, desarrollo de técnicas de socialización, entorno seguro e interacciones de apoyo. En los encuadres avanzados, predominan introspección, recapitulación correctiva del grupo primario e integración del afecto, todos ellos elementos que se relacionan con una mayor capacidad de análisis y reflexión sobre aspectos más profundos del psiquismo. En relación a los aspectos procesuales de la EEC, los resultados concuerdan con la teoría: en los primeros encuadres suelen encontrarse respuestas que encajan más con la evocación del afecto, mientras que posteriormente es más frecuente que aparezcan respuestas asociadas con la integración del afecto.

Por último, un breve apunte sobre la satisfacción general. En el primer encuadre, el 95,4% de los pacientes valoran el grupo como bueno o muy bueno; en el segundo encuadre, el 95,6%; en el tercero, el 88,3%; en el cuarto, el 83,3%; y en el quinto, el 100% de los pacientes valora el grupo como muy bueno. Ningún paciente, en ningún encuadre, valoró el grupo como malo o muy malo.

CONCLUSIONES

Como conclusión general, los pacientes que acuden a esta psicoterapia de grupo psicoanalítica coordinada con técnica de Grupo Operativo refieren sentirse satisfechos.

La cohesión del grupo es una de las características más complejas y absolutamente esenciales de una psicoterapia de grupo exitosa (5). Esta afir-

mación es consonante con la importancia que han dado los pacientes a que el grupo esté cohesionado, para lo cual necesitan que se trate de un entorno seguro y percibir apoyo de sus compañeros. Esta idea recuerda al concepto de base segura como requisito para poder explorar el entorno que proponían los teóricos del apego. En nuestro caso, se trataría de una base segura grupal que permite a los integrantes explorar aspectos intra e intersubjetivos, como en un ensayo de sentimientos, pensamientos, roles, conductas, etc., con una marcada carga afectiva y experiencial porque se da en la experiencia grupal presente. Así, un entorno grupal seguro se asociará con un buen grado de cohesión grupal y ello permitirá que los integrantes trabajen, a través del escenario social que el grupo les brinda, realizando un proceso catártico y de aprendizaje interpersonal que redundará en su capacidad de introspección y autoconocimiento (capacidad de elaboración), permitiéndoles la reparación de experiencias previas traumáticas, esto es, la EEC. El análisis de los textos nos ha permitido observar que es conveniente tener en cuenta la enorme variabilidad en la evolución de los pacientes. Ello, sumado a la elevada presión asistencial de la Sanidad Pública, que hace necesaria la búsqueda de modos cada vez más eficientes de proporcionar tratamiento psicológico en Salud Mental, nos lleva a reafirmarnos en la idoneidad del encuadre.

Para terminar, dado que las necesidades y los objetivos de los pacientes cambian durante el curso de la psicoterapia y también los factores terapéuticos que les son más útiles (8), consideramos que continuar profundizando en nuestro conocimiento sobre cómo se produce la reparación de la influencia traumática de relaciones previas (EEC) puede ser de utilidad en nuestra práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gergen K, Josselson R, Freeman M. The promises of qualitative inquiry. *American Psychologist*. 2015; 70 (1): 1-9.
2. Gergen K. Pursuing excellence in qualitative inquiry. *Qualitative Psychology*. 2014; 1 (1): 49—60.
3. Hernández Pina F, García-Sanz MP, Maquilón JJ. Metodologías de investigación en Educación Infantil y Primaria. Análisis de Datos Cualitativos. Material de clase. Universidad de Murcia; s/f.
4. Strauss AL, Corbin J, Zimmerman E. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
5. Vinogradov S, Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós; 1996.
6. Zukerfeld R. Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. *Vertex, Revista Argentina de psiquiatría*. 1999; X: 91-99.
7. Alexander F, French TM. *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: University of Nebraska Press; 1946.
8. Tari A. Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. 2015; (19): 1-14.

VIII

RELACIÓN DE AUTORES

- ARROYO GUILLAMÓN, Rafael. Psiquiatra Hospital de Día de Psiquiatría Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. Madrid. Psicoterapeuta individual y grupal. Centro Psicoanalítico de Madrid.
- CRUZ GARCÍA, María África. Psicóloga clínica del Hospital de Día de Salud Mental para Adultos del Parc de Salut Mar, Santa Coloma. Barcelona. Psicoterapeuta grupoanalítica. Máster en Psicoterapia Analítica Grupal por la Fundación OMIE y Universidad de Deusto.
- DE LA HOZ MARTÍNEZ, Ángela. Psicóloga Clínica Responsable del P. Interconsulta y Enlace para la Atención a Niños y Adolescentes, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. Tutor de Residentes de Psicología Clínica. Miembro de AEN. IEPPP. ASMI-WAIMH. SEPIA. AEIPPS. AIPPF.
- DE PABLOS RODRÍGUEZ, Paloma. Psicóloga Social Responsable del Equipo de Tratamiento a Familias de Riesgo en los Servicios Sociales de Parla y Pinto 1993-2011. Madrid. Psicoterapeuta grupal FEAP. Miembro Fundador de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia AIPPF. Presidenta de AEIPPS.
- DOLL GALLARDO, Aurora. Psiquiatra CSM Villa de Vallecas. Madrid. Psicoterapeuta. Miembro de AEN.
- GAMO MEDINA, Emilio. Psiquiatra y Psicólogo Jefe de Servicio de Salud Mental CSM Parla hasta 2016. Madrid. Psicoterapeuta grupal. Ha sido jefe de Centros de Salud Mental, impulsando la práctica grupal. Autor de numerosas publicaciones.
- GÓMEZ ESTEBAN, Rosa. Psiquiatra. Presidenta Sección de Psicoterapia de Grupo AEN. Fundadora y ExSecretaria General del Centro Internacional en Psicología Social y Grupal CIR. Didacta y Supervisora clínica FEAP. Docente Área 3.
- LORENZO LÓPEZ, Lola. Psicóloga clínica Hospital de Día de Salud Mental Hospital de Valme. Sevilla. Psicoterapeuta grupal didáctico y docente de APOP.
- LORENS-HERRERA RUANO, Cecilia. Psicóloga Práctica Privada. Psicoterapeuta de grupo. Psicoanalista. Miembro de la Sociedad Forum.
- MARUOTTOLO SARDELLA, Claudio. Psiquiatra Jefe Clínico de Hospital de Día AMSA — IMQ, Bilbao. Miembro de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia AIPPF.
- MASCARÓ MASRI, Norberto. Psiquiatra Director Médico de AMSA. Bilbao. Psicoterapeuta psicoanalítico de grupo reconocido por la FEAP. Presidente de Honor de la Asociación Psicoanalítico Vincular de Pareja y Grupo Familiar. Escritor.
- MENA PÉREZ, Ana. Psiquiatra Coordinadora de la Comunidad Terapéutica Hospitalaria de Trastornos de la personalidad Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid. Psicoterapeuta. Miembro de la AEN.
- SASTRE ALCOBER, Diana. Psicóloga Clínica Práctica Privada. Grupalista, ex presidenta de la Sección de Psicoterapias de Grupo FEAP. Fundadora y Didacta de

APOP, Coordinadora del Área de Formación de ASMI- Madrid, Miembro de SEPIA, AEIPPS y AIPPF. Experta en Adopción Colegio de Oficial de Psicólogos de Madrid.

SEMPERE PÉREZ, Javier. Psiquiatra Director del Centre de Teràpia Interfamiliar CTI y presidente de la Asociación Salud Mental ASM de Elche. Terapeuta familiar, grupal y multifamiliar. Formador y supervisor en la aplicación de modelos de psicoterapia en la institución.

SOLER SÁNCHEZ, María del Mar. Psiquiatra Coordinadora del Hospital de Día de Adultos del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área Integrada de Salud de Guadalajara. Psicoterapeuta grupoanalítica. Máster en Psicoterapia Analítica Grupal por la Fundación OMIE y Universidad de Deusto.

SUÁREZ BLÁZQUEZ, Violeta. Psicóloga Clínica CSM Majadahonda Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. Psicoterapeuta grupal. Docente de Área 3, Asociación para el Estudio de Temas Grupales, psicosociales e institucionales.

VALLEJO JIMÉNEZ, Felipe. Psicólogo Clínico Excoordinador de Unidad de Salud Mental Comunitaria de Sevilla. Psicoterapeuta de grupo. Didacta y Docente del programa de formación de APOP.

AUTORES COMUNICACIONES

AHIJADO RAMIRO, Esther. Trabajadora social Unidad de Salud Mental Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.

AMAYA LEGA, Lisi. Psiquiatra CSM del IPJG. Madrid. Psicoanalista, miembro del Instituto de la APM de Madrid. Profesora de la Universidad Alfonso X El Sabio.

ANTÓN MONLLOR, Carolina. Psicóloga Clínica Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.

ASIEL RODRÍGUEZ, Ángeles. Psiquiatra CSM Infanto-Juvenil Alcalá de Henares. Madrid.

BALAGUÉ PUXÁN, Anna. Psicóloga Clínica CSM de Fuenlabrada. Madrid.

BALLESTEROS SANZ, Daniel. Psiquiatra CSM Alcobendas. Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes. Madrid.

BARO SANTAMARTA, Concepción. Trabajadora Social Hospital Universitario Infanta Cristina Parla. Madrid.

BASSOLAS ESTEBAN, Laura. Psicóloga Clínica. Programa de hospitalización parcial, Hospital San Rafael-Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

BERMEJO RIVERO, M.^a José. Enfermera Consultorio Local de Higuera de Vargas. Badajoz.

BLANC BETÉS, María. Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts. Grup CHM Salut Mental. Barcelona.

BLANCO MARTOS, Ana I. Psiquiatra Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Madrid.

- BUENO SORIANO, M.^a Isabel. Psicóloga Interna Residente Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.
- CABRERA ORTEGA, Carolina. Psiquiatra CSM del IPJG. Psicoanalista. Miembro del Instituto de la APM de Madrid.
- CALAFAT SIQUIER, Carmen. Directora Área de Infancia y Familia ABD. Madrid.
- CAMACHO BORREGO, Sergio. Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.
- CASTELLS SAGARRA, Gemma. Psicóloga Clínica Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts. Grup CHM Salut Mental. Barcelona.
- COCHO SANTALLA, Clara. Psiquiatra. Hospital Universitario Infanta Cristina Parla Madrid.
- COSTA FERREIRA DA SILVA, M.^a Luisa. Residente de Psiquiatría del IPJG. Madrid.
- DE FELIPE GARCÍA-BARDÓN, Victoria. Psicóloga Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
- DE LA HOZ MARTÍNEZ, Ángela. Psicóloga Clínica Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.
- DEL ÁLAMO JIMÉNEZ, Cristina. Psiquiatra Jefe de Servicio AGCPYSM Hospital Universitario Infanta Cristina Parla. Madrid.
- DÍAZ SUÁREZ, Tania. Psicóloga Interna Residente Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.
- EIROA-OROSA, Francisco José. Psicólogo. Investigador Postdoctoral Marie Skłodowska-Curie. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Barcelona.
- ERDOCIA REMACHA, Andrea. Psicóloga Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
- ESCALONA ZORITA, Patricia. Psicóloga Clínica Coordinadora Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts, Barcelona.
- ESPESO GONZÁLEZ, Rocío. Psicóloga Interna Residente Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.
- ESPINAR SUÁREZ, Cristina. Enfermera UGC Salud Mental Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.
- ESTELRICH COSTA, Neus. Psicóloga Interna Residente Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
- FEITO FERNÁNDEZ, Pablo. Residente de Psicología del IPJG. Madrid
- FERNÁNDEZ BURRACO, Clara. Psiquiatra UGC Salud Mental Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.
- FERNÁNDEZ GARCIMARTÍN, Helena. Psiquiatra CSM Alcobendas. Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes. Madrid.

- FERNÁNDEZ ROZAS, Jesús. Psicólogo Clínico Unidad de Psicoterapia Hospital 12 de Octubre. Madrid.
- GALLARDO BECERRA, Antonia. Psicóloga Clínica STD Servicios Centrales Servicio Extremeño de Salud. Mérida. Badajoz.
- GARCÍA BARÓ, Raquel. Psiquiatra Hospital Universitario Infanta Cristina Parla. Madrid.
- GARCÍA CALERO, Alfonso. Psicólogo clínico USMC de Villamartín, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de Jerez. Cádiz.
- GARCÍA DE SOLA MÁRQUEZ, Adolfo. Psicólogo Clínico Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.
- GARCÍA GONZÁLEZ, Patricio. Psiquiatra Hospital de Día de Adultos de Villaverde. Madrid.
- GÓMEZ MONTAÑO, Carmen. Psicóloga Servicio de Rehabilitación Comunitaria del Hospital de Mollet. Barcelona.
- GONZÁLEZ BIXQUERT, Laura. Psicóloga Interna Residente Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.
- GONZÁLEZ RÍOS, Eva. Psiquiatra USMC de Villamartín. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de Jerez. Cádiz.
- GRANELL NINOT, Luis. Psicólogo Clínico CSM de Fuenlabrada. Madrid.
- HIDALGO ARJONA, Carmen. Psicóloga Clínica Servicio de Salud Mental del Hospital de Mollet. Barcelona.
- LARROSA CHACÓN, Ángela. Residente de Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
- LISTE CAPARRINI, María. Residente de Psiquiatría del Instituto Psiquiátrico José Germain, Leganés. Madrid.
- MADRIGAL AGUILERA, Ana. Psicóloga Interna Residente Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.
- MANTRANA RIDRUEJO, Laura. Psicóloga Clínica UGC Salud Mental Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.
- MARCO PADÍN, Fátima. Psicóloga Clínica Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.
- MARTÍN GONZÁLEZ, Tania. Psiquiatra Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Madrid.
- MARTÍN VÁZQUEZ, María José. Psiquiatra CSM Alcobendas. Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes. Madrid.
- MIÑO HERRANZ, Flor. DUE CSM Infanto-Juvenil Alcalá de Henares. Madrid.
- MORÉ ORRIOLS, Ester. Enfermera Especialista en Salud Mental Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts. Grup CHM Salut Mental. Barcelona.
- MORENO RUBIO, Carlos Castor. Psiquiatra Jefe de Servicio Unidad de Salud Mental Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.

MUÑOZ GODOY, Elisa. Médica Centro de Salud Urbano I de Mérida. Badajoz.

NAVARRO PABLO, Reyes. Psiquiatra UGC Salud Mental Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

PÉREZ PORTAS, Lucía Pilar. Psicóloga clínica USMC de Villamartín, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de Jerez. Cádiz.

PIÑEIRO SANZ, Laura. Directora ABD. Madrid.

PUJOL PUJOL, Ángela. Psicóloga Clínica Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts. Grup CHM Salut Mental. Barcelona.

RAMOS GARCÍA, Javier. Psicólogo Clínico Unidad de Psicoterapia Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

REVENGA MONTEJANO, Sergio. Psicólogo Interno Residente Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.

REVIRIEGO ROLO, Román. Psicólogo Clínico Centro de Salud de Coria CEDEX. Cáceres.

RODRÍGUEZ LÓPEZ, Belén. Psiquiatra ETAC Sin Hogar, Bilbao.

RODRÍGUEZ MURO, Esther. Psicóloga Clínica Hospital de Día de adultos de Villaverde. Madrid.

RODRÍGUEZ SORIA, Esther. Psicóloga Interna Residente Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

ROMERO DOMÍNGUEZ, Diana. Psicóloga Clínica Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts. Grup CHM Salut Mental. Barcelona.

RUFÍAN VARGAS, Silvia. Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

SÁNCHEZ DEL HOYO, Pilar. Psicóloga Clínica Hospital Universitario Infanta Cristina Parla. Madrid.

SÁNCHEZ MORALES, Lidia. Psicóloga Clínica Unidad Integrada de Adultos, Hospital San Rafael-Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

SÁNCHEZ PASCUAL, María. Psicóloga Clínica CSM Infanto- Juvenil Alcalá de Henares. Madrid.

SANTAMARÍA GÓMEZ, Olalla. Psiquiatra en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Los Palacios UGC Salud Mental Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

SANTOS CANSADO, José Antonio. Psicólogo STD Servicios Centrales Servicio Extremeño de Salud. Mérida. Badajoz.

SEKADE GUTIÉRREZ, Nuria. Enfermera especialista en Salud Mental CSM Alcobendas. Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes. Madrid.

TAJUELO EPITIE, Mineli. Psicóloga Interna Residente Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

TORRALBO MUÑOZ, Carolina. Coordinadora Programa Multiplicando Salud. Madrid.

TREVIJANO FRAGOSO, Ignacio. Residente de Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.

VÍLCHEZ TRIGUEROS, Fátima. Residente de Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.

OTROS COLABORADORES

ARANDA CARRASCO, Clara. Psicóloga Clínica Centro de Salud Mental Infanto-juvenil en Barcelona. Doctora en Neurociencia. Formación en Terapia Operativa de Grupos.

CABRERA ORTEGA, Carolina. Psiquiatra CSM del Instituto Psiquiátrico José Germain, Leganés. Madrid. Psicoanalista. Miembro del Instituto de la APM.

DE CASTRO OLLER, María Jesús. Psiquiatra Hospital del Henares. Madrid. Miembro AEN.

DOMÍNGUEZ HORMIGA, Javier. Psiquiatra CSM Puerta Madrid de Alcalá de Henares. Madrid. Formación en terapia de grupo grupoanalítica y en sistémica.

FERNÁNDEZ GARZÓN, Lucía. Psicóloga Clínica CSM Vallecas Villa. Madrid. Psicoterapeuta y Acompañante Terapéutico.

GÓMEZ RODRÍGUEZ, Esther. Psiquiatra Hospital Universitario de Getafe. Madrid. Máster en Psicoterapia Analítica Grupal por la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto.

GONZÁLEZ ROJAS, Juan. Psicólogo Clínico Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, en CSM y Hospitales de Día hasta 2015. Psicoterapeuta. Miembro de AEIPPS, FEAP, miembro fundador de AIPPF.

IRAZÁBAL MARTÍN, Emilio. Psicólogo Clínico y Social CSM San Blas hasta 2016. Madrid. Psicoterapeuta de FEAP. Docente y supervisor en distintas instituciones.

MESEGUER HERNÁNDEZ, Carmen. Psicóloga Clínica Hospital Universitario de Santa Cristina. Madrid.

MONEO MARTÍN, Florencio. Psiquiatra Hospital de Día AMSA — IMQ. Bilbao. Psicoterapeuta psicoanalítico de grupo reconocido por la FEAP. Miembro de OME, AEN, AIPPF, EFPP, APAG y GPAB. Escritor.

PÉREZ MARTÍN, María. Psicóloga Clínica CSM Villa de Vallecas. Madrid. Psicoterapeuta. Miembro de la AEN, AEIPPS, AIPPF.

ROIG BERMÚDEZ, Pilar. Psicóloga CSM Villaverde. Madrid. Psicoterapeuta grupal.

SARDINERO GARCÍA, Eva. Psicóloga Clínica CSM San Blas. AGCPYSM Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Doctora en Psicología. Psicoterapeuta acreditada por FEAP. Autora de numerosas publicaciones.

SOLANO PARÉS, Miguel. Psiquiatra Hospital de Día de Vallecas. Madrid. Máster en Psicoterapia Analítica Grupal. Docente en el Master de Psicoterapia Analítica Grupal de la Fundación OMIE y de la Universidad de Deusto en Madrid.

ZORRILLA BLASCO, Alba. Psicóloga Clínica Servicios de Salud Mental Zaragoza.

Comité Científico

Ángela de la Hoz Martínez, Paloma de Pablos Rodríguez, Emilio Gamo Medina, Rosa Gómez Esteban, Esther Gómez Rodríguez, Juan González Rojas, Florencio Moneo Martín.

Comité Organizador

Clara Aranda Carrasco, Carolina Cabrera Ortega, María Jesús de Castro Oller, Paloma de Pablos Rodríguez, Javier Domínguez Hormiga, Lucía Fernández Garzón, Emilio Gamo Medina, Rosa Gómez Esteban, Diana Sastre Alcober, María del Mar Soler Sánchez.

Coordinadores de mesa y síntesis

Carolina Cabrera Ortega, Paloma de Pablos Rodríguez, Emilio Gamo Medina, Rosa Gómez Esteban, Esther Gómez Rodríguez, Juan González Rojas, Emilio Irazábal Martín, Carmen Meseguer Hernández, Florencio Moneo Martín, María Pérez Martín, Pilar Roig Bermúdez, Eva Sardinero García, Miguel Solano Parés, Alba Zorrilla Blasco.

