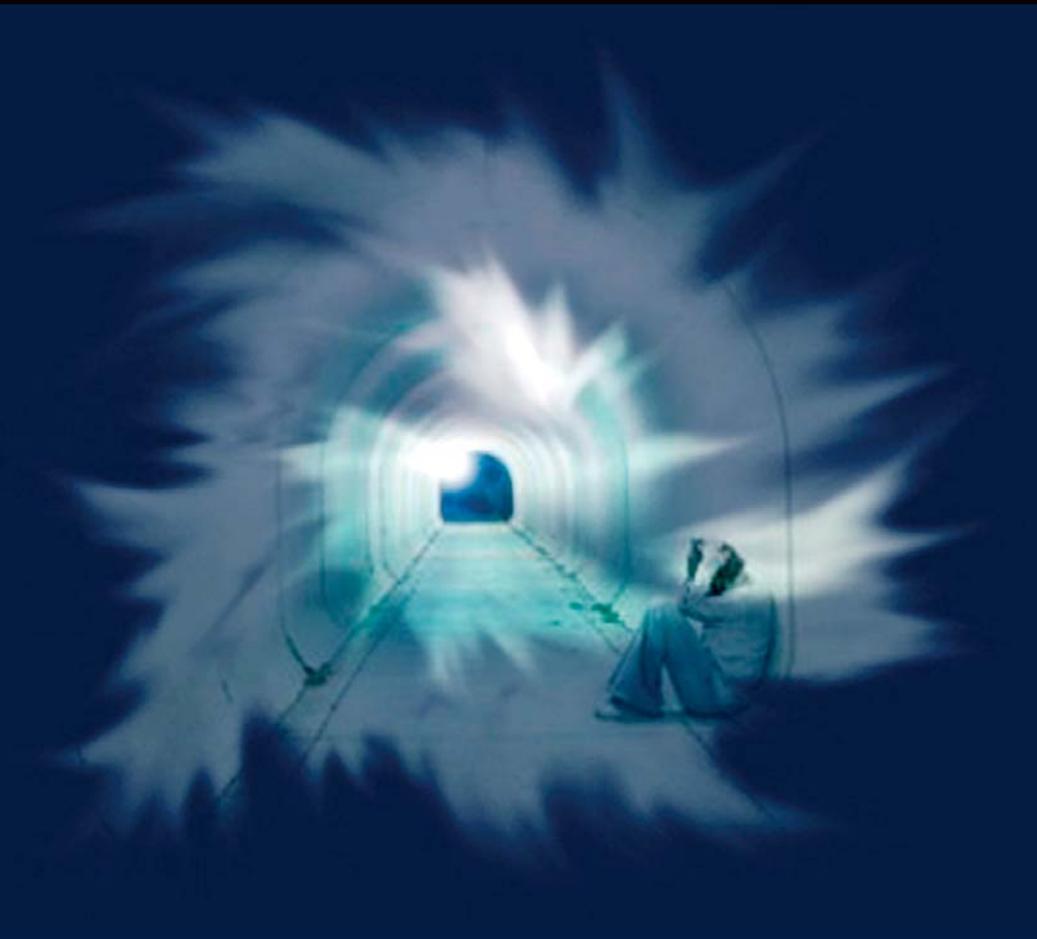


Boletín
Sociedad Española de
Psicoterapia
y Técnicas de
Grupo



Nº 26

Octubre 2007

Edita: Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo

Impresión: Lomas

Deposito Legal: B-5621-1991

ISSN 1133-1593

Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG)

Fundada en 1972.

Miembro de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo (IAGP)

PRESIDENCIA

Concha Oneca Eransus.

VICEPRESIDENCIA

M^a Asunción Raposo.

SECRETARIA

Itziar Martínez Villate.

VICESECRETARIA

Jordi Orts Sanchez

TESORERIA

Jesús Gasent Sanchís.

VOCALIA DE PRENSA

Manuel Mateos Agut.

VOCALIA ZONA SUR

Feli Estévez Montes.

VOCALIA ZONA SUR

María Rocío Guil Bozal.

VOCALIA ZONA ESTE

Josefina Cervera Pie.

VOCALÍA ZONA CENTRO

José Joaquín Cuadrado Rodríguez.

VOCALIA DE FORMACIÓN
Cristina Martínez Taboada Kutz

PRESIDENTE DE HONOR
Joan Palet i Martí

PRESIDENTES ANTERIORES

A. Gallego Meré
José Luis Martí-Tusquets
José Luis Moreno Chaparro
Luis Cabrero Avila
José Luis Lledó Sandoval
Roberto Inocencio Biangel
Pablo Falcón Alonso
Francisco del Amo del Villar
Enrique Alonso Espiga
Hanne Campos
Ignacio Rodríguez de Rivera
Mercè Martínez i Torres
Maite Pì Ordoñez

INDICE

PONENCIAS AL XXXIV Simposium de la S.E.P.T.G.: "Amor y Humor: Elementos del crecimiento y la relación" 7

Psicología de la convivencia	10
Amor a la vida	15
Ética en la Psicoterapia Grupal	19
Humor blanco: eros-thanatos indisolublemente juntos	39
Ocio y género	45
El amor en la comunicación audiovisual como elemento del crecimiento comunicativo entre la pareja:	
cine, amor, sexo y experiencia vital de pareja	46
Afrontamiento compartido: hagamos juntos el humor	47

TALLERES

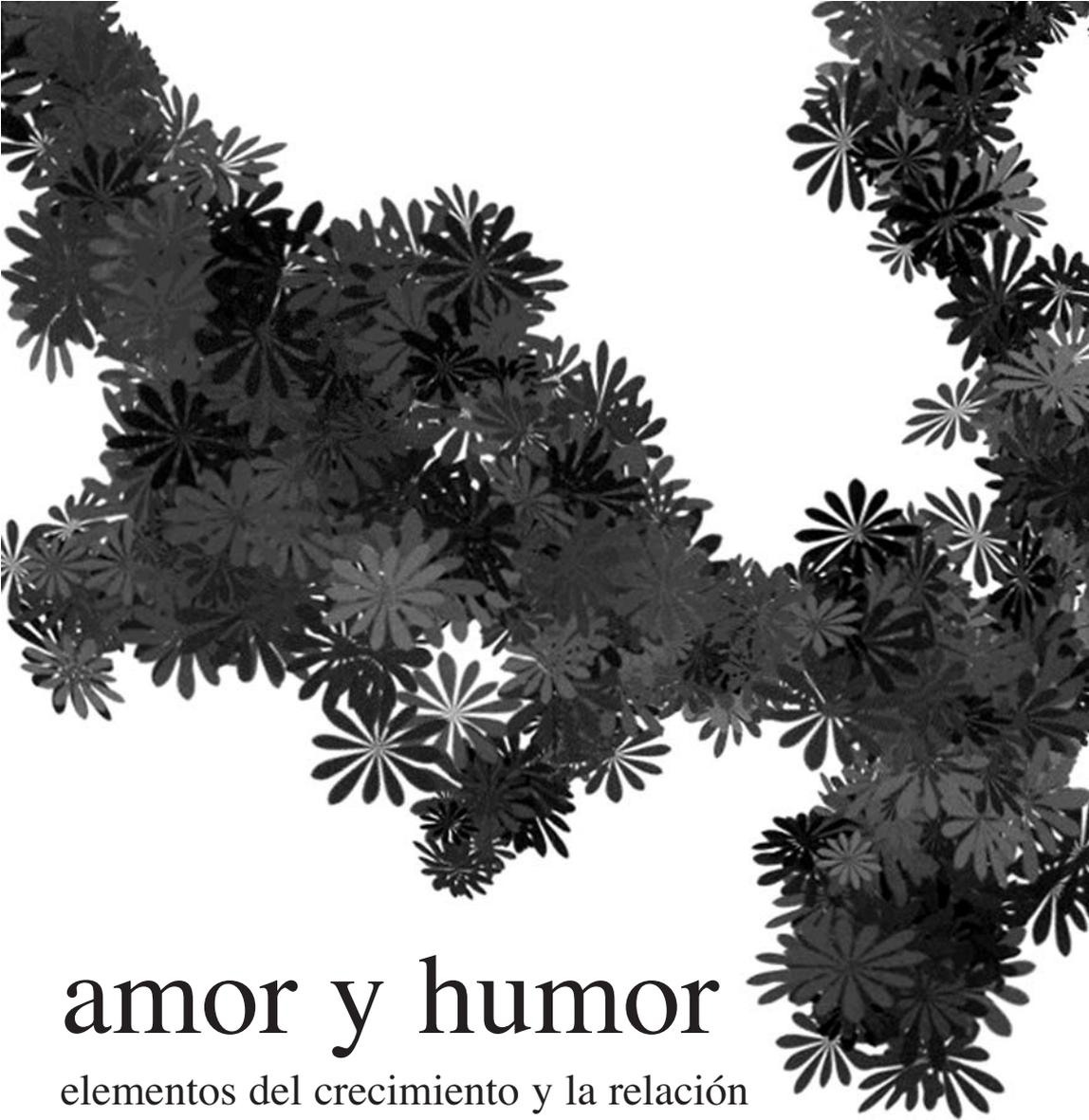
PRESENTADOS EN EL XXXIV Simposium de la S.E.P.T.G.: "Amor y Humor: Elementos del crecimiento y la relación" 55

¿Me sonríes o me enseñas los dientes?	56
Un lugar para volver a sentir el Amor a la vida y el Humor que van siempre unidos	58
El humor en el terapeuta en conflictos dramáticos:	
todo lo puede el Amor	61
Los adjetivos del Amor y el Humor	63
ANAHATA, el que Requiere	64
El dinero en Psicoterapia	69
Amor y Humor en el Proceso de Educar	72
Demandas de Amor desde la Cárcel	73

ARTÍCULOS ORIGINALES 75

El pequeño grupo monosintomático de orientación lacaniana	76
Breve Introducción a la Psicoterapia de Grupo	85

NOTICIAS 101



amor y humor

elementos del crecimiento y la relación

SEPTG Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo www.septg.org

34 Symposium Alcalá de Henares, 1 - 4 de marzo de 2007

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO XXXIV Symposium

Amor como elemento del crecimiento y la relación. Interesante enfoque.

Los terapeutas no podemos obviar nuestra tendencia a un abordaje antónimo del amor, o sea, desde la psicopatología del amor. Este abordaje por oposición de sentido, tal vez forma parte de nuestra tarea pero, ¿es inevitable? ¿Tal vez podemos abordarlo desde la antinomia Eros Tánatos? ¿Tal vez desde un enfoque más Rogeriano de las conductas de apego? ¿O quizás desde la reciente óptica neomaterialista del Gen Egoísta?, por citar enfoques muy dispares entre otros posibles.

Eros, en la época presocrática, antes de ser el hijo de Afrodita, era considerado como una divinidad creadora, como una fuerza atractiva, positiva, de los elementos primordiales del mundo y, por extensión, de la vida. Amor a la vida, pues.

En todo caso, ¿la construcción o reconstrucción del amor como elemento para el crecimiento forma parte de la tarea terapéutica? ¿Hasta qué punto está implicado el Amor así entendido del propio terapeuta en esa relación?

¿Qué decir del Humor? ¿Es terapéutico en sí mismo? ¿Puede ser incorporado como elemento positivo en la relación terapéutica? ¿De qué manera? ¿Cuáles son las implicaciones de cada uno de estos elementos en la trama grupal?

PSICOLOGÍA DE LA CONVIVENCIA

Juan Carlos Olea Cañizares

*Director de la Cátedra de Psicología de la Convivencia del IHCB
IHCB@inicia.es*

Podemos entender Convivencia como estadio de desarrollo en el que prevalecen las respuestas creativas a los conflictos inherentes a un devenir humano y Psicología como ciencia que estudia mente y comportamiento. La articulación de dichos campos semánticos permite avizorar límites para dimensiones que no por eso se agotan. Cualquier formulación de relaciones funcionales entre dinámicas de este modo comprendidas quedará facilitada por la elección, antes, de objeto: un desarrollo convivencial desde una perspectiva de caso único.

Los procesos convivenciales, tienen que ver con lo intra y lo Inter-subjetivo y con lo micro y lo macro-social, polaridades que enlazadas por ejes conceptuales continuos diagraman, al cruzarse, sistemas cualitativos de coordenadas útiles a la hora de orientar acciones. La Convivencia se hace. Cada contexto convivencial de este modo visualizado requerirá de procedimientos específicos. A mayor “influencia” intra-subjetiva, (lo íntimo) más oportuno devendrá un modelo psicoterapéutico. A más “concernido” por lo inter-subjetivo, (relacional) más afín resultará lo educativo. A mayor “cercanía” a la polaridad micro-social, más recomendables las aproximaciones clínicas y educativas. A más “concomitancia” con lo macro-social, más idóneos los abordajes relacionados con lo organizativo, lo político, lo mediático. Para la mejora de la convivencia, una praxis integral implica, el diseño y delimitación precisa de diversos modos de intervención específicos para los diversos escenarios factibles, la eficiencia de cada uno de aquellos en sí y el establecimiento de sinergias entre todos. Dicho de otro modo, de lo que se trata desde la práctica que modula la elección de contenidos de esta comunicación, es de seleccionar procedimientos compatibles en función de ámbitos de aplicación, objetos, y objetivos. Verbi gracia, en el trabajo grupal se dan procesos transferenciales, en los que la biografía íntima de los individuos tiñe emocionalmente las relaciones y la entidad grupal que se llegue a producir, (marco dinámico) a la par que los sujetos se modelan recíprocamente, (marco cognitivo-conductual) y pueden participar constructivamente, (marco cognitivo). La constatación de estos hechos emerge de nuestra formación, entrenamiento, práctica profesional como conductores grupales..., su elaboración o grado de elaboración grupal, además, de los otros miembros de cada grupo que conduzcamos y sus respectivos roles. En cuanto a los límites de dicha tarea,

quedarán determinados en función de las características de los contextos en los que los grupos transcurran, de las prioridades que se establezcan, así como de los momentos de los procesos grupales, tal cual antes señalábamos. Convivir no es un don sino tarea que a todos atañe. La Psicología Clínica, núcleo primigenio de la Psicología de la Convivencia, habitualmente asociada a la intervención asistencial y a sus espacios de investigación y docencia relacionados o, dicho de otro modo, al marco psicoterapéutico, precisa, en aras de su sostenibilidad, ser más: promoción de la salud, prevención y, en general, gestión.

Un ejemplo:

La Mesa de Salud Escolar de Alcobendas, constituida por el Ayuntamiento de dicha ciudad, un área urbana al norte de Madrid capital, el IMSALUD, el Instituto de Salud Pública y el D.A.T. Norte de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, nos convoca para dirigir un seminario práctico bajo el título, “La salud mental y emocional en el escuela”. La intervención esta dirigida a dos colectivos de profesionales; uno constituido por docentes de diversos centros de educación, (infantil, primaria, secundaria, bachillerato); adscritos al CAP de Alcobendas, otro compuesto por profesionales socio sanitarios (facultativos y enfermería de pediatría y medicina de familia, trabajadores sociales, matronas...) integrados en varios centros de salud del área 5 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. El programa de entrenamiento de los profesionales de la educación incluye la realización de las propuestas formuladas durante el curso en los respectivos centros educativos. La diversidad de perfiles profesionales, contextos, dimensiones de desarrollo a abordar y la escasa o nula interacción previa entre los discentes nos lleva a aplicar el marco la metodología, los procedimientos y las técnicas que sucintamente exponemos.

Marco general: prevención primaria.

Trastornos del comportamiento que, en ocasiones, pueden dificultar o llegar a quebrar la convivencia en colectivos y grupos humanos, pueden requerir, para su reducción, de la indagación de procesos íntimos, emocionales y cognitivos, algunos de ellos inconscientes cuya elaboración orientada por un psicoterapeuta redunde en bienestar para las personas afectadas. Las Comunidades Educativas, y los Servicios de Atención Primaria, no suelen ser ámbito idóneo para dicho tipo de intervención, aunque la constatación de psicopatología ha de llevar a un experto a sugerir discreta pero inequívocamente la conveniencia de un abordaje terapéutico adecuado. Tal circunstancia y los recursos formativos y asistenciales disponibles al respecto han de ser explicitados.

Metodología: dinámica de grupo.

Foco de la intervención: el trabajo sobre el marco normativo, ya que, desde criterios de prevención primaria, lo que se pueda hacer para evitar, por ejemplo, que un adolescente llegue a manifestar una alteración psicológica, tiene mucho que ver con el establecimiento temprano de límites y normas claras y precisas. Diversas consideraciones etiológicas sobre patologías prevalentes en la adolescencia inciden en lo expuesto, pero su pormenorización excede el horizonte de esta comunicación.

Procedimiento.

En un primer momento se trabajó de manera independiente con el grupo de docentes y con el de profesionales socio-sanitarios. En una segunda fase se trabajó en grupo grande con los dos colectivos. En un tercer nivel se realizó un trabajo de supervisión en grupo grande de la puesta en práctica de propuestas.

Colectivo de docentes.

Objetivo: entrenar a los docentes en el uso de contenidos curriculares en el aula como herramienta preventiva.

Técnicas.

Se divide al grupo en subgrupos heterogéneos, Profesores de educación infantil, educación primaria, educación secundaria, bachillerato.

Se les indica que elaboren una relación de problemas, a afrontar en la cotidianidad docente, que puedan compartir.

Se realiza una puesta en común para detectar un tema relevante para todos.

Sobre dicho tema se va a trabajar sumergiendo a los participantes en técnicas seleccionadas para el entrenamiento.

Las técnicas abordan la problemática desde referentes afectivos, de aprendizaje cognitivos.

Se estructura el trabajo grupal, a cada sesión, mediante un tiempo de caldeamiento grupal, la conducción de una técnica y una puesta en común de la experiencia.

Para el abordaje de contenidos afectivos se utilizan técnicas activas de grupo como el Role playing y el modelado.

Para el abordaje cognitivo, focalizado en el desarrollo moral, se emplean técnicas de grupo cooperativo.

Para el abordaje sobre aprendizaje, focalizado en el aprendizaje social, se emplean técnicas de refuerzo social durante la puesta en común de la experiencia.

Colectivo de profesionales socio sanitarios.

Objetivo: entrenar a los profesionales convocados para que estos, a su vez, entrenen como agentes de prevención primaria, a padres y madres de adolescentes integrados en sus poblaciones asistenciales.

Técnica: dinámicas verbales de grupo.

Grupo grande. Se convoca a los dos colectivos con los que hasta la fecha se había trabajado por separado: docentes y profesionales socio sanitarios. Se divide el grupo grande en subgrupos heterogéneos. Docentes de distintos niveles de enseñanza y profesionales socio sanitarios de diversos estamentos asistenciales. Cada grupo nombra a un secretario. Elaboran colectivamente un programa de intervención que implica profesionalmente a los participantes.

Supervisión en grupo grande. Pasados dos meses se convoca de nuevo al grupo grande de profesionales y se supervisa la puesta en práctica de los programas diseñados. Cada profesional presente interviene como y cuando considera oportuno. La conducción del grupo fomenta un escenario verbal y asociativo.

La fundamentación teórica de los contenidos del curso de entrenamiento se proporciona más sobre referentes experienciales en el caso de los docentes y más delimitando previamente los contenidos experienciales en el caso de los profesionales socio sanitarios.

Es conveniente apostillar tras lo expuesto que, aunque la mayoría de los programas preventivos que se desarrollan, tanto desde los servicios educativos como desde los de salud, escogen como marco de intervención, directa o indirecta, el de la enseñanza secundaria obligatoria, o el de la adolescencia, respectivamente, es en el último ciclo de la educación primaria o, en la pre-adolescencia, donde se dan las mejores condiciones para un cambio actitudinal positivo de mayor calado.

Cabe, además, señalar, en cuanto a figuras de autoridad parental, que hemos constatado a través de nuestro trabajo que las actitudes formativas que procuramos inculcar en padres y madres para prevenir problemas de convivencia en la comunidad educativa, (los cuales repercuten en mermas de rendimiento académico) o para prevenir psicopatologías en ámbitos sanitarios de atención primaria, son básicamente las mismas. Más aún, la mayoría de los trastornos psicológicos de la adolescencia que, de no ser tratados, suelen exacerbarse en la edad adulta y que se procuran prevenir en atención primaria, requieren para ello de las mismas actitudes formativas por parte de los progenitores.

si fomentamos la continuidad suficiente de programas preventivos integrales, (para profesionales y usuarios) en y entre los servicios arriba indicados, podremos llegar a plantearnos como posibles una mejora del abordaje a la par que una reducción de la carga asistencial y docente inadecuada que soportan sanitarios y educadores, refiriéndonos con ello a ese sutil factor psicológico que impregna la demanda y que determina buena parte del enfermar orgánico y la merma de rendimiento que ambos tratan.

Habiendo hablado de entrenamiento de formadores habremos de hacerlo de criterios de formación, aunque solo sea de una manera sucinta, lo que no nos impide orientarnos a lo esencial. Diremos que transmitir valores de convivencia es transmitir actitudes y que respecto a las actitudes es la comunicación experiencial la que impulsa decisivamente cualquier transformación. Pues bien, decimos ahora que el núcleo rector de la formación en Psicología de la Convivencia es experiencial, que su marco de referencia es vivencial sin lo cual, la integralidad es pastiche y su modulación al caso concreto no permite confianza. Marco epistemológico, teoría, método y técnica son procesos que ha de abordar el formador desde el acompañamiento de cada formando al encuentro de su propia identidad. Lo cual singulariza la praxis.

Palabras clave: Convivencia. Creatividad. Formación Clínica. Vivencial.

BIBLIOGRAFÍA

Olea. J. C. *Psicología de la convivencia: aportaciones prácticas. Encuentros Multidisciplinares; Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid. 2003; N° 13. Volumen 5: 14-20.*

Olea. J. C. *Psicología de la convivencia y técnicas de grupo. Cersa. Cátedra de Psicología de la Convivencia. Madrid. 2004. N° 1. Volumen 1: 5-36*

AMOR A LA VIDA

Alfredo Muñoz Medina

*Médico. Vegetoterapeuta. Miembro docente del Instituto Wilhelm Reich.
Jerónimo Bellido. Vegetoterapeuta. Director del Instituto Wilhelm Reich.*

momotombo@telefonica.net

En general se ha venido pensando que la relación entre razón, emociones y sentimientos respondían a sistemas separados, independientes, para cada uno de ellos. La experiencia clínica, sin embargo, nos ha venido sugiriendo que la razón, las emociones y sentimientos están íntimamente interrelacionados, aunque neurológicamente se identifiquen, más o menos, en zonas independientes del sistema nervioso central.

No es posible, en esta charla, debido al tiempo, ahondar en la complejidad neurológica de la interrelación entre funciones fisiológicas básicas, emociones, sentimientos y procesos cognitivos. Pero sí que haré un esbozo general para saber dónde se soporta nuestro saber, dónde está nuestra ignorancia, nuestros límites (nuestra humildad) y nuestras posibilidades futuras.

La mente tuvo que estar relacionada con el cuerpo o no hubiera existido. Sobre la base de la referencia fundamental que el cuerpo está proporcionando de forma continua, la mente puede estar relacionada después con otras muchas cosas, reales o imaginarias.

Esta idea se fundamenta en las siguientes afirmaciones:

- El cerebro humano y el resto del cuerpo constituyen un organismo indisoluble, integrado mediante circuitos reguladores bioquímicos y neuronales mutuamente interactivos (componentes endocrinos, inmunológicos y vegetativos).
- El organismo interactúa con el ambiente como un conjunto: la interacción no es nunca del cuerpo por sí solo ni del cerebro por sí solo.
- Las operaciones fisiológicas que podemos denominar mente derivan del conjunto estructural y funcional y no sólo del cerebro: los fenómenos mentales sólo pueden comprenderse cabalmente en el contexto de la interacción de un organismo con su ambiente.

Creo que, en relación al cerebro, el cuerpo proporciona algo más que el mero soporte y la simple modulación: proporciona una materia básica para las representaciones cerebrales. La primacía del cuerpo que aquí se propone podría esclarecer una de las cuestiones más irritantes desde que los seres humanos empezaron a preguntarse sobre su mente: ¿cómo es que somos conscientes del mundo que nos rodea, que sabemos lo que sabemos y que sabemos que lo sabemos?

En la perspectiva de la hipótesis que acaba de formularse, el amor, el odio y la angustia, las cualidades de bondad y crueldad, la solución planeada de un problema científico o la creación de un nuevo artefacto, todos se basan en acontecimientos neuronales en el interior de un cerebro, a condición de que el cerebro haya estado y esté ahora interactuando con su cuerpo. El alma respira a través del cuerpo, y el sufrimiento, ya comience en la piel o en una imagen mental, tiene lugar en la carne.

En resumen: podemos decir que en proceso evolutivo de la consciencia percibimos tres sistemas fundamentales del cerebro que la soportan: el tronco cerebral que se encarga de las sensaciones, el sistema límbico o emocional y el neocórtex o cognitivo.

A todo esto añadir el resto del cuerpo como base sensorial que está proporcionando de forma continua la interrelación con el medio interno y externo.

Todos estos conocimientos rabiosamente modernos coinciden con el paradigma reichiano que contempla al animal humano como un ser biopsicosocial; es decir, como una totalidad:

- Biológica;
- Psíquica (emocional, cognitiva).
- Social (las modalidades relacionales del sujeto con el otro).

Una mirada compleja que no complicada.

Por todas estas razones es que el método de trabajo de la vegetoterapia centra su interés en el cuerpo para movilizar todas esas huellas mnésicas atrapadas en el cuerpo y facilitar la toma de consciencia de la vivencia del mundo arcaico que nos facilitará reconstruir adecuadamente la historia existencial del sujeto.

Desde la lógica del sentir del propio cuerpo es que podemos pasar al registro del pensar y desde aquí a la simbolización. Nuestro pensamiento se transforma en un pensamiento sentido.

Durante todo este proceso se recupera la expansión vegetativa, el ritmo y la relación funcional en la historia de la evolución del sujeto: el presente engancha con el pasado. Mediante el trabajo de elaboración mental vamos a permitir que lo vivido se integre en la totalidad de la consciencia de modo que lo somático se integre con lo psíquico, facilitando una verdadera consciencia de sí mismo, en donde la facilidad que da la palabra lleve al sujeto a tomar consciencia de su propia identidad yoica, atravesada ésta por su dimensión intrapsíquica y el sentimiento profundo de su propia corporeidad.

Todo ello nos permite decir que el amor a la vida es posible si existe amor a sí mismo y esta condición abre el camino para amar al otro. Si no se ama a sí mismo, odia a su propio cuerpo, desprecia sus genitales.

El signo vital es la expansión, es el ritmo, que conecta a través de la respiración con la pelvis y los genitales.

En los genitales lo celebra el Humor.

Humor para el amor; humor para la pérdida de vergüenza; humor para la renuncia al otro como persecutorio y exigencia y visto mejor como complaciente, con lo que uno mismo puede dar. Es decir, el amor que comparte no está pendiente de lo que el otro da, sino de lo que uno puede dar en realidad (caos de la maravilla del poder). En este caso el caos sería el poder de dar y recibir; de recibir y dar; el poder de fusionarse y separarse; el poder de acercarse y alejarse; el poder integrar de forma espontánea y natural ese ritmo dinámico y vital.

Hace falta un yo fuerte para poder entrar en la dinámica fusión-separación, de modo que la separación con el otro introduzca a éste como cómplice.

A través de la respiración y la expansión vegetativa surge el grito, la risa, la expansión desmedida de la vida como amor por la vida.

Amor fusión, amor represión (función del terapeuta a nivel simbólico: el que refuerza, que pone límites). El amor que el otro da se hace en seguridad, organiza mejor los afectos ya que no todo es posible, ni puede ser a cualquier precio.

Amar es necesario. El amor no es sólo la fusión en el orgasmo; existe fusión pero para que luego haya separación.

Palabras clave: Amor, humor, ritmo, fusión, separación.

BIBLIOGRAFÍA

Piñón Escura, Isabel. *La evolución del ser humano desde el paradigma reichiano.*

Reich, W. *La función del orgasmo.* Paidós. Buenos Aires.

Freud, S. *Las pulsiones y sus destinos. Obras completas.* Biblioteca Nueva. Madrid 1982.

Damasio, A. *El error de Descartes.* Crítica. Barcelona 2006.

Damasio, A. *En busca de Spinoza.* Crítica. Barcelona 2005.

Janov, A. *La biología del Amor.* Apóstrofe. Barcelona 2001.

Gray. *Anatomía.* Salvat Editores. Barcelona 1985.

ÉTICA EN LA PSICOTERAPIA GRUPAL

Enrique Guerra Gómez
Margarita Blanco Prieto
Sara Salas Díaz
Sudáfrica@terra.es

RESUMEN

En el presente trabajo se hace un recorrido por los antecedentes históricos y las bases de la ética en psicoterapia en general, aunque centrándose en los aspectos éticos específicos de la terapia de grupo. (tanto en grupos de pacientes como en grupos de formación). Se recogen también las distintas transgresiones de la ética y la forma de prevención. Existen pocos estudios sobre la ética en la terapia grupal. Tampoco existen unas normas éticas específicas para la terapia de grupo, a pesar de que en la terapia de grupo se plantean dilemas éticos en algunos casos diferentes a los de la terapia individual.

Palabras clave: Ética, terapia grupal, transgresión.

(I) ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Aunque ya Freud en 1912 en su libro “Recomendaciones a los médicos que practican psicoanálisis” estimulaba a los formandos para que no trasgrediesen una norma, no es hasta finales de los 80 y sobre todo la década de los 90 cuando se establecen códigos éticos en la psicoterapia.

Es importante aclarar que los códigos éticos son los propios de la profesión (medicia, psicología, enfermería, trabajo social...) aplicados a la psicoterapia y ello implica variaciones.

También es importante resaltar que aunque la psicología ha estudiado más las “normas de conducta del terapeuta”, es la medicina, quizás por sus mayores implicaciones legales, la que ha establecido normas éticas más estrictas, si bien, como dice Sánchez Caro (2002) [45], tradicionalmente los psiquiatras se han preocupado poco del tema.

En los años 90 el Colegio Británico de Psicoterapia obliga a todas las sociedades a establecer normas éticas y códigos de práctica clínica que, en general, beben de las fuentes de la medicina y de la psicología clínica.

La Asociación Americana de Terapia Grupal (Pynney, 1996) [4], también en la misma década, propugna que cada profesional siga los principios éticos de su Asociación Profesional y si no hubiese tal, los de la Asociación de Psicólogos Americanos.

En nuestro país los códigos deontológicos médicos y psicológicos dan el sustento a las normas éticas en psicoterapia. Buena parte de ellas han tenido o tendrán modificaciones a raíz de la Ley de Autonomía del Paciente (2001) [38], de la que hablaremos más adelante.

En 1999 la FEAP elaboró un código ético. La SEPTG no tiene uno específico.

II) BASES DE LA ÉTICA EN PSICOTERAPIA

Todos los autores han resaltado la relación íntima que se establece entre paciente o cliente y terapeuta; e incluso, como en la terapia de grupo, entre otros pacientes (Bersof 1999 [11]; Joseph y Onek 2001 [30]).

Ya Beauchamp (1994) [9] definió los valores de la bioética en los principios de A) Autonomía, B) Beneficiencia, C) No Maleficiencia y D) Justicia. Como señala Holmes (2001) [29] quizás habría que poner en primer lugar el no perjudicar, “*primum non nocere*” como resaltaba entre otros Moreno. Desarrollaremos estos principios más adelante.

Pero como señaló entre otros Del Río Sánchez (2005) [17] un prerrequisito de la ética es la competencia profesional, y todos los códigos éticos, tanto adscritos a los profesionales como a las asociaciones profesionales, así lo recalcan.

Una vez cumplido el “prerrequisito” para la actividad psicoterapéutica, el primer paso es el consentimiento informado. Este tema fue desarrollado anteriormente en países anglosajones por el APA (psicólogos), APA (psiquiatras), Asociaciones e Terapeutas en USA y Gran Bretaña, pero en nuestro medio, el punto de inflexión es la Ley de Autonomía del Paciente (2001).

Sánchez Caro, J y Sánchez Caro, J. [45] desarrolla este tema en el libro ya conocido el “Consentimiento informado en psiquiatría” del que aquí interesa el

apartado dedicado a la psicoterapia, que complementaremos con aportaciones de otros autores, sobre todo los referidos a la terapia grupal.

Simon (1992) [47] en su ya clásico “Tratado de psiquiatría y ley” ya hablaba de las dificultades que puede encontrar un paciente en las terapias de larga duración:

“La psicoterapia intensiva y de larga duración es como un viaje con un guía por un terreno inexplorado para encontrar el destino que uno está buscando. Al no existir mapas, el viaje es a menudo incierto y a veces peligroso. El viajero puede encontrar dificultades y habitantes hostiles en alguna ocasión. Puede ocurrir que el viaje fracase o que no pase de ser una simple correría. Aquellos que terminen con éxito el viaje pueden experimentar un agradable sentimiento de realización, confianza y una nueva perspectiva personal. Los posibles viajeros necesitan que el guía les explique antes los riesgos y beneficios del viaje propuesto. Para algunos el viaje será más corto y transcurrirá por un terreno más familiar. Incluso puede darse el caso de que lo mejor sea quedarse en casa o aprender a apreciar la belleza del propio jardín.”

Nenning (1993) propuso un modelo para las terapias que en síntesis abarca.

- Diagnóstico e indicación terapéutica (Sanchez Caro hace el inciso de que el diagnóstico debería basarse más en síntomas con deterioro laboral y social, ya que si se basa sólo en problemas todo el mundo requeriría terapia).
- Beneficios y riesgos potenciales.
- Alternativas a la terapia. Según Sánchez Caro (a cuya opinión nos adscribimos plenamente) debería añadirse si el paciente requiere medicación conjuntamente con la terapia o pudiese requerirla en el futuro.
- Necesidad de la terapia para la mejora.
- Disponibilidad económica (en el medio privado).
- Evaluación de la respuesta del paciente a la terapia.

Tal y como contempla la Ley de Autonomía del Paciente, la psicoterapia se encuentra en los tratamientos en los que basta el Consentimiento Informado verbal reflejado en la historia clínica del paciente o en su caso familiares (menores) o tutor (incapacitados).

Handelsman y Galvin (1999) [28] proponen un formulario (ver cuadro) que los terapeutas proporcionan a sus clientes para guiarlos en el consentimiento informado, que como es lógico, tiene sus pros y sus contras.

**FACILITACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA PSICOTERAPIA: sugerencias
para un formato escrito**

Cuando usted viene a psicoterapia está comprando un servicio. Por lo tanto, necesita información para tomar una buena decisión. Abajo tiene una serie de preguntas que tal vez quiera preguntar. Hemos hablado acerca de algunas de ellas. Tiene el derecho de preguntarme acerca de cualquiera de estas preguntas. Si no entiende mi respuesta, pregunte nuevamente.

Citas

¿Cómo se plantean las citas?
¿Cuánto durarán las sesiones?
¿Tengo que pagar más por las sesiones más largas?
¿Cómo puedo localizarlo en caso de una emergencia?
Si usted no está disponible, ¿con quién puedo hablar?
¿Qué pasa si hay mal tiempo, o si estoy enfermo(a)?

Confidencialidad

¿Qué tipo de registros lleva?
¿Quién tiene acceso a ellos?

La APA (psicología) 2002 [8] añade el explicar si el terapeuta está en formación. En España habría que diferenciar el medio público, donde el formando es residente y supervisado, y el medio privado.

En el primero es cuestionable el informar de salida ya que puede suscitar rechazos a la terapia realizada por PIR o MIR, lo que ocasiona un menoscabo de los recursos, ya de por sí escasos.

Si admitimos un paralelismo con el modelo médico de una urgencia hospitalaria, un residente no explica de salida a todos los pacientes su condición, tampoco en un centro de salud. Pero siempre hay presencia física de staff ante cualquier dificultad. Consideramos que en la terapia de grupo debe de haber un staff supervisor (con presencia en el grupo, tras un espejo o en último caso presente en el centro durante toda la sesión (lo más habitual es que el residente sea coterapeuta).

En relación con el título de este trabajo no vamos a entrar a fondo en la terapia de grupo en el medio privado, aunque consideramos debería haber un consentimiento diferenciado (verbal) de si el profesional está o no en formación.

Holmes (2001) [29] propone en la información previa el que todo cambio supone un cierto dolor (no daño), esto enlaza con trabajos realizados en España, entre otros por el, que suscribe (2000), de la importancia que tiene este aspecto, dado que en el sistema de “seguridad Social” en el que el pago ya está realizado, es difícilmente combinable con esto. Dirían que al “dolor económico” previo se avisa de un “dolor emocional”. Aún así consideramos esta información vital en consonancia con uno de los principios del psicodrama. El APA (psicología) en su Artículo 47 propugna el consentimiento informado para la asistencia a la terapia

(de grupo) en este caso de profesionales en formación (observadores intra o extrarupo, yo auxiliares...)

Por último en la comisión de Ética de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, del cual el primer autor es miembro, se planteó recientemente el consentimiento informado escrito en terapia, que fue mayoritariamente rechazado.

TERAPIA

1.1. Consentimiento informado para la terapia.

- a) Cuando se obtenga el consentimiento informado para la terapia, tal como lo requiere la norma 3.10: Consentimiento informado, los psicólogos informarán a los clientes/pacientes tan pronto como sea factible dentro de la relación terapéutica, sobre aspectos tales como la naturaleza y el curso anticipado de la terapia, honorarios, implicación de terceras personas y sobre los límites de la confidencialidad, proporcionándoles la oportunidad para hacer preguntas y recibir respuestas.

1.10. Terminación de la terapia.

- a) Los psicólogos terminarán la terapia cuando esté razonablemente claro que el cliente/paciente ya no necesita el servicio, que no hay un beneficio probable o que se está produciendo un daño por la continuación del servicio.
- b) Los psicólogos podrán terminar la terapia cuando sean amenazados o puestos en peligro por el cliente/paciente o por otra persona con quien el cliente/paciente mantenga una relación.

La confidencialidad en nuestro país está documentada en la Ley de Autonomía del Paciente (2001) y los códigos deontológicos del psicólogo (más explicitado) y médico.

Joseph y Onek (2001) [30] señalan cómo en la terapia de grupo, la privacidad en las relaciones entre los miembros no es un valor dentro de la sesión (sí fuera). Esta confidencialidad es compartida.

Confidencialidad del terapeuta con los miembros

El terapeuta en todas las legislaciones es el que debe atenerse a la confidencialidad como código ético y no el paciente.

El terapeuta debe guardar el secreto de las sesiones salvo en los límites establecidos por la ley:

- Riesgo para la integridad física de la persona o sus bienes.
- Riesgo para la integridad física de otras personas o sus bienes.

- Conductas que a juicio del terapeuta supongan un grave deterioro personal en las relaciones con el entorno (síntomas psicóticos).

La confidencialidad se pone a prueba en los tratamientos combinados, bien sea otra terapia o tratamiento farmacológico. Se debe informar al paciente que el compartir información en tratamiento combinado se hará sólo con lo imprescindible y teniendo como guía el beneficio del paciente/usuario.

Una dificultad añadida es el caso en que el terapeuta de grupo es así mismo terapeuta individual o farmacoterapeuta. Ésto debería explicitarse al comienzo del grupo. Como regla general:

- En la consulta individual de farmacoterapia no se deben abordar temas grupales.
- En la terapia de grupo no se deben abordar temas de medicación de miembros aislados (otra cuestión es la de los grupos de medicación).
- En terapia individual sí se pueden trabajar temas extraídos del grupo referentes a lo intrapsíquico o a la relación del paciente con el entorno extragrupal.
- En la terapia de grupo sólo se traerán temas individuales si el paciente lo consiente y el terapeuta valora que es de interés también para el proceso grupal.

Confidencialidad entre miembros

Podríamos empezar este tema con la conclusión “es casi imposible impedir que entre los miembros fuera del grupo o entre los miembros y sus grupos de referencia se guarde estrictamente la confidencialidad”.

Generalmente son los grupos de stirpe analítica en los que se prohíbe taxativamente hablar fuera del grupo. Bien, pero ¿cómo se asegura el terapeuta de que no se ha transgredido? Además hay grupos (p.ej en 3ª edad) en las que lo terapéutico puede ser alentar las relaciones extragrupo.

Sin pretender establecer unas reglas universales en el grupo, es fundamental en el encuadre, explicitar (lo ideal sería por escrito) lo que es el secreto del grupo y la regla de restitución.

Siguiendo a Pinney (1996) y Yonek (2001) se deberían explicitar además las siguientes reglas:

- Prohibir o desalentar encuentros fuera del marco grupal.

- Resaltar el valor de los miembros como coterpeutas, lo que favorece el secreto grupal.
- Analizar desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo las rupturas de confidencialidad.
- Si hay transgresión valorada por el terapeuta como grave (ej. Que los familiares de un miembro conozcan aspectos íntimos de otro sin previo consentimiento) dar por concluído el tratamiento, siempre buscando otras alternativas.
- Podría plantearse un contrato escrito de confidencialidad que dependería del tipo de grupo, analizando previamente ventajas e inconvenientes.

Excepciones a la confidencialidad

No difieren en terapia de grupo de las reglas generales descritas en la Ley de Autonomía del Paciente. A saber:

- Riesgo para la integridad física o los bienes del paciente.
- Riesgo para la integridad física o bienes de otro.
- Patología psíquica grave que suponga un importante deterioro personal o de relación con el entorno (se suele referir a cuadros psicóticos o consumo perjudicial de tóxicos con graves alteraciones conductuales).

Otro caso sería lo que se debe revelar si lo solicita un juez, lo que abordaremos en el apartado siguiente.

No quisiera terminar este apartado de las bases de la ética sin comentar el principio de justicia (Beauchamp, 1994) [9] aplicado a la terapia de grupo.

En general se debe ofrecer aquella terapia con mejor relación coste-beneficio. Roth (1996) [44] en el Reino Unido hace alusión al documento elaborado por Cochrane y col. En el que se investiga la eficacia y la eficiencia de la psicoterapia (en general) en el sistema público aplicado a un servicio de Salud Mental.

Nuestra impresión es que en líneas generales, en nuestro país la eficiencia en la práctica privada es algo no fácil de asumir, al depender los costes de la inversión que desee realizar el paciente y no haber lista de espera. Aún así consideramos que es una falta ética no dar de alta en un grupo a pacientes que apenas acuden con la esperanza de que un día lo hagan (en pacientes psicóticos o trastornos graves de personalidad, adicciones a tóxicos estarían las excepciones).

Además en el grupo, las asistencias de un paciente repercuten en la dinámica y la ineficacia desencadena ineficiencia.

En la asistencia pública la eficiencia es aún más importante al ser la oferta de grupos limitada y la demanda importante, y por tratarse de una atención a la comunidad en la que los derechos de un individuo terminan donde empiezan los del otro.

III) ASPECTOS ÉTICOS ESPECÍFICOS EN TERAPIA DE GRUPO

Buena parte de éstos los hemos comentado ya en el apartado anterior, no obstante profundizaremos en los grupos de pacientes y grupos de formación.

A) GRUPOS DE PACIENTES

Además de la competencia profesional, el consentimiento informado, la confidencialidad y el principio de justicia tendríamos que comentar:

- **Historia clínica del grupo:** Se trata de una historia de interacción entre pacientes, con lo que incluirla en la historia clínica de cada uno de los miembros supondría una violación a la intimidad. Alonso y Swiller (1995) [2] hicieron una propuesta a la que hemos aportado algunas modificaciones:
 - a) Resumen de cada sesión que constituya la historia grupal.
 - b) Resumen trimestral de la evolución de cada paciente en el grupo. Se debería explicitar si en el curso de la terapia ha requerido otros tratamientos (combinación con individual, tratamiento farmacológico...) citando los profesionales responsables de los otros tratamientos.

En la asistencia pública en España (a nuestro juicio excesivamente medicalizada), todo paciente que siga una terapia de grupo debe tener un psiquiatra de referencia, esto debería entenderse en el sentido de un profesional al que derivar si se requieren fármacos, dejando por sentado que el psicólogo (que en este caso es por ley psicólogo clínico) está formado para detectar síntomas. La consulta psiquiátrica “preventiva” semeja una pseudosupervisión de la terapia, a nuestro juicio no procedente.

- **Uso en docencia e investigación:** Aquí es clave el consentimiento informado y están a la orden del día las denuncias de pacientes por ser citados en clases, ponencias, publicaciones, salir en vídeos, medios de comunicación...

Hoy en día muchas revistas científicas exigen el consentimiento por escrito si se citan ejemplos de terapias de grupo. Sería necesario establecer una graduación de la información.

- a) si se trata de sesiones clínicas, cursos o congresos donde acuden profesionales sanitarios, dar la información de tal forma que no se identifique a las personas . En cualquier caso los asistentes están sujetos al secreto profesional compartido, salvo si son alumnos de pregrado.
 - b) En publicaciones si no se exige por escrito, citar el grupo como en pasado, con nombres supuestos o números, dando la mínima información.
 - c) Si se trata de un vídeo con fines de docencia o en medios d comunicación, consideramos que sería condición sine quanon, el consentimiento informado del grupo “por unanimidad”.
- **Información a la justicia:** La Ley de Autonomía del Paciente y los Códigos Civil y Penal establecen claramente la obligatoriedad de dar una copia de la historia clínica o un informe en su caso.

En caso de que se pida la historia clínica grupal, consideramos que se debería alegar que ésta no se refiere únicamente a un paciente si no a otros no relacionados con la causa judicial, cuya intimidad se violaría. Esta situación es excepcional y confiamos en el sentido común de los Magistrados a la hora de solicitar tal documento, sobre todo si en la historia individual está bien registrada la evolución grupal.

No hemos citado el derecho ya reconocido a la petición de una copia de la historia clínica por parte del paciente. Quizás por lo obvio recordando que se puede borrar de esta historia las anotaciones subjetivas del terapeuta e informaciones de terceras personas si no lo autorizan. Es claramente antiético y posiblemente susceptible de sanción legal dar a un paciente el resumen de la historia grupal.

B) GRUPOS DE FORMACIÓN

Dentro de las diversas etapas de la formación del terapeuta de grupo Day (1996) [16], Alonso (1995) [3], Guimon (2003) [27] y Yaloom y Lesez (2005) [52] incluyen la evolución personal, entrenamiento del rol de terapeuta, supervisión, etc. La relación entre formador y formandos debe tener un encuadre diferente en cada una:

- **Evolución personal:** aquí el formando desempeña de forma nítida el rol de paciente con lo que no debería haber diferencias con los grupos terapéuticos.
- **Desempeño del rol de terapeuta:** si eso supone el entrenamiento con problemas traídos por el resto del grupo (en la formación del ITG, por ejemplo.) (Población y López Barbera [42]) es de aplicación el supuesto anterior.
- **Supervisión:** aquí no se tratan directamente los conflictos del formando pero el formador los conoce a propósito del caso supervisado.
- **Formación teórica:** en este caso se trata de una relación docente-discente no terapéutica.

En los dos primeros supuestos, el contacto del formador con el formando debería circunscribirse a las sesiones. Si coincide con que el formador al mismo tiempo imparte teoría (lo que crea una dificultad adicional), deberían delimitar muy bien los roles.

En la supervisión el no contacto con el formando debería de ser más flexible, pero manteniendo la confidencialidad y el derecho a la intimidad (Sánchez Caro y Sánchez Caro, 2001) [46].

IV) TRANSGRESIÓN DE LA ÉTICA

En lo referente a los grupos podríamos decir que ha habido más estudios sobre la transgresión que sobre los principios éticos, sobre todo en las relaciones sexuales y en países Anglosajones.

Los estudios indican que se dan un 5% de relaciones sexuales y un 10% de contactos eróticos. Simow (1991) citaba también familiaridad inadecuada.

Gabbard (2004) [21] entre otros, señala que todos los profesionales tenemos el riesgo potencial de la transgresión, que no es lo mismo que desbordamiento de los límites (por ej. el caso de llevar a una paciente de grupo en fase maníaca a su casa para tratarla, al cerrarse el centro de salud).

Se ha tratado de investigar un perfil de terapeuta transgresor. Schoener, Simon [48] entre otros. Éste último los divide en: 1) Incompetentes, 2) Deteriorados por enfermedad mental grave o adicción a tóxicos, 3) con trastorno de personalidad

límite, narcisista o antisociales, 4) con trastornos sexuales y 5) inmersos en pérdidas familiares y/o sociales, problemas de pareja graves...

Transgresión sexual: No es posiblemente la más frecuente, pero de largo es la más estudiada; tanto del terapeuta con los miembros del grupo, como entre ellos.

A) Transgresión del terapeuta con los miembros

En este caso Lymberis (1995) refiere que no siempre es la relación sexual lo que hace daño, sino la violación de la confianza bajo el falso rol de actuar de “amigo verdadero”.

En USA las diversas asociaciones incluyen este tema en su código ético. La APA (psiquiatría) refiere:

- a) El psiquiatra no puede gratificar sus necesidades a costa del paciente
- b) La actividad sexual es una falta ética
- c) El psiquiatra no debe explotar su estatus de poder.

La APA (psicología) (2002) da también unas directrices, así como la Asociación de Trabajadores Sociales (1980) y la de Profesionales de Enfermería (1985).

La AMA (Asociación Médica Americana) resalta la necesidad de formación en este tema y de informar si se conoce que un colega lo hace, salvo que esto pueda perjudicar al paciente en su patología.

En España FEAP (1999) lo explicita en el apartado 2.5. Curiosamente el código ético de los psicólogos generaliza en prácticas contra la integridad física y psiquiátrica ¿Y con los antiguos pacientes? En general son más estrictas las asociaciones médicas, que suelen propugnar la abstinencia absoluta, que las psicológicas. La APA establece dos años, salvo casos excepcionales. Pasados estos dos años, dependerá de:

- a) Cantidad de tiempo pasado.
- b) Características de la terapia.
- c) Historia personal del paciente.
- d) Modo de terminación de la terapia.
- e) Posibilidad de “impacto” en el paciente.
- f) Que haya habido en el curso de la terapia manifestaciones sobre tener una relación cuando termine.

B) Relaciones entre los miembros del grupo:

En el grupo, sea cual sea su orientación, no se puede plantear que las relaciones entre los miembros sustituyan a las relaciones sociales, ni siquiera en las de estirpe psicodramática, en los que queda claro el “como sí” de Moreno.

Aun así, si eso sucediese, debe analizarse el caso concreto y decidir si estos miembros pueden continuar en el grupo, lo que en líneas generales no es fácil.

El tema se complica sobremanera en los grupos de formación. Scully (1991) [49] había constatado que el terapeuta que había tenido contactos sexuales con sus formandos, tendía a tenerlos con los pacientes.

No podemos establecer principios estrictos, pero nos inclinamos por seguir el esquema descrito anteriormente de considerar el período de evolución personal, el de entrenamiento del rol de terapeuta en el sentido de abstención absoluta. Sobre el resto, cuando menos esperar a que termine todo período que sea experiencial (no teórico).

En el caso de supervisión de casos en grupo, no sería de aplicación para los formandos, pero sí para el formador.

Otras transgresiones: No han tenido el eco social de los sexuales, pero son mucho más frecuentes. También aquí lo dividiremos en:

A) Transgresiones por parte del terapeuta. Las más importantes son (APA 2002) (psicología)

- Relación de amistad con el paciente y/o miembros de la familia. Aquí también estaría la disyuntiva de si puede tener amistad tras la terapia, máxime en el medio público donde dada la sectorización asistencial, puede tener el deber de atenderla.
Consideramos que la regla de los dos años de la APA (psicología) podría tener validez, pasado ese tiempo y dado que la terapia de grupo no es un tratamiento de urgencia, puede ser derivado a otro profesional si lo solicitasen (siendo psiquiatra) y atención farmacológica de urgencia podría actuar puntualmente y derivar. Todo ello si la terapia no terminó con el propósito de la amistad.
- Relación laboral o intercambio de servicios, admitir regalos, permitir el que no le pague...
- Utilización de técnicas de grupo no contrastadas.
- Intromisión del terapeuta en tratamientos llevados por otro profesional.

- Desacreditar a otros profesionales en el grupo. En nuestro país es relativamente frecuente que muchos usuarios interpreten el no criticar como “se cubren entre ellos”. Si el terapeuta constata actuación fuera de la ley de otros terapeutas tiene medidas establecidas para declararlo (comisiones éticas y tribunales).
- Derivación de la asistencia pública a la consulta privada. (Curiosamente la APA no cita otras consultas privadas). Ésto se debería añadir ya que es inviable que el terapeuta grupal demuestre que no recibe algún beneficio por tal derivación.
- Darle el alta injustificadamente a un paciente, los supuestos de alta forzosa serían:
 - El no-beneficio o perjuicio
 - Inasistencia reiterada previa información escrita al comenzar el grupo explicitando el número de faltas requeridas y secuencia temporal.
 - Amenazas al terapeuta por parte del paciente o personas relacionadas.

B) Transgresiones de los miembros:

Beek (1998)[10] señalaba que entre los grupos hay transgresiones de diversos tipos, pero salvo la violencia física no hay leyes que lo regulen.

- Violencia física.
- Explotación de un miembro a otro de diversos tipos.
- Relaciones sexuales durante la terapia.
- Comentar acerca de otros pacientes del grupo de forma pública, en artículos, libros u otros medios de comunicación.
- Acudir a otra terapia incompatible con el grupo citado previa advertencia del terapeuta.

Prevención de la transgresión

Este apartado se refiere al terapeuta. Evidentemente en la formación deben incluirse los límites y tener una supervisión continua.

Existe la gran disyuntiva de si el futuro terapeuta debe de tener una terapia personal a este efecto, ésto requeriría una larga reflexión, pero está contrastado que aquellos que han tenido una experiencia personal previa, a igualdad de otros factores suelen transgredir menos.

Si el terapeuta de grupo trabaja en equipo, es fundamental una buena relación con los componentes del equipo. Aquí los grupos Balint tienen un gran papel.

Rehabilitación del terapeuta transgresor

Esto se ha estudiado fundamentalmente en países anglosajones, sobre todo en transgresiones sexuales.

El terapeuta transgresor debe ser evaluado por profesionales (psiquiatra y psicólogo) no relacionados. Se ha comprobado que en los casos de personalidad antisocial o parafilias es difícil la recuperación.

Durante este proceso, que suele durar de 3 a 5 años, se impedirá o limitará el ejercicio profesional. En caso de que sólo se limite, será siempre bajo supervisión. Es fundamental que el terapeuta pida perdón al paciente directamente, o como algunos autores propugnan, con un mediador.

En nuestro país algunas asociaciones de pacientes y familiares piden la exposición pública de la transgresión (prensa, radio, TV, internet...) Consideramos que es la justicia la que debe establecer la sanción. Esta conducta condena "de facto" al terapeuta a no ejercer la perpetuidad.

V) CASOS PRÁCTICOS

Para finalizar expondremos brevemente una serie de casos prácticos reales, en los que siguiendo las líneas del estudio nos atenderemos estrechamente a los datos mínimos para preservar la intimidad.

CASO N°1. Tentativa autolítica consumada.

Mujer de 32 años, atendida en un Servicio de Salud Mental desde hace 3-4 años. Tenía antecedentes de un cuadro depresivo prolongado y una tentativa autolítica hace 2 años y medio. Personalidad previa insegura y con dificultad de expresión emocional.

Había sido tratada con psicofármacos y Terapia individual presentando remisión total de los síntomas. Una vez remitido el cuadro, el farmacoterapeuta propuso a la paciente acudir a un grupo llevado por él mismo.

Llevaba en grupo 1 año aproximadamente, no habiendo presentado síntomas ni alteraciones conductuales. La paciente estaba sin medicación pese a lo cual asistió a revisiones psiquiátricas durante los primeros 6 meses de su permanencia en el grupo, tras lo cual continuó sólo en la terapia.

Tras las vacaciones estivales que ella prolongaba más allá de las vacaciones grupales por tener familia en otra Autonomía, continuó acudiendo al grupo, el terapeuta únicamente observaba una cierta “alegría” vacía de contenido y alguna ausencia a asistir al grupo (no más allá de la media del grupo) justificada. Ni los miembros del grupo ni los familiares que solían acompañarla de siempre a la mayoría de las asistencias observaron nada fuera de lo normal.

Tras las vacaciones de Navidad, la familia comunicó al terapeuta el suicidio consumado fuera del lugar de residencia habitual.

No hubo denuncia alguna; sí un “reproche” de la familia de que el terapeuta no les informó del contenido de las sesiones. La familia siempre había tenido una relación simbiótica con la paciente que se acrecentó con la enfermedad; e incluso en los períodos de crisis en que tenían información, reclamaban más.

Las cuestiones ético-legales, entre otras, podrían ser:

- ¿Había que haber mantenido entrevistas individuales en base a los antecedentes mientras durase el grupo? De ser así ¿cuál sería el contenido de éstas? ¿no tendrían por objetivo la psicofarmacología?
- En base a la relación familiar ¿se debería haber combinado la Terapia de grupo con abordaje de la dinámica familiar (realizado por otro terapeuta) para trabajar esas demandas de información?

CASO N°2. Hipomanía en el curso de una sesión grupal.

Paciente de 22 años con antecedentes de cuadros depresivos (sin hipertimia) y personalidad de rasgos filotímicos.

Acudía a un grupo hacía ya 2 años y tenía tratamiento farmacológico llevado por el propio psicoterapeuta.

Desde el punto de vista sintomatológico, el cuadro depresivo había remitido pero seguía en tratamiento con ansiolíticos dada la tendencia a las reacciones de ansiedad con ciertos componentes disociativos en relación con conflictiva familiar.

En las sesiones previas, el terapeuta observó que estaba más irritable, lo que no era nuevo cuando la conflictiva familiar (y la forma de vivirla) se recrudecía.

En la sesión clave, la paciente venía eufórica, verborreica, expansiva, no permitiendo hablar a nadie del grupo, traía música de su cantante favorita que ponía reiteradamente forzando al grupo a que lo oyera y se observaba fuga de ideas.

El terapeuta trató de contener verbalmente la situación pero dado que era imposible y la sesión estaba recién comenzada, pidió a la observadora (psicólogo) que la llevase a un despacho cercano y la diese conversación.

Así se hizo y continuó la sesión sin incidencias; la terminación coincidía con el cierre del Centro de Salud. El terapeuta optó por llevar, junto con la observadora, a la paciente (que venía sola) a su domicilio, hablar con la familia y prescribirle medicación.

Los dilemas éticos, entre otros, podrían ser:

- ¿Hubiese sido más ético suspender el grupo y medicar a la paciente en el Centro avisando a la familia?
- ¿Trasgrede los límites el terapeuta al llevar a la paciente al domicilio en su coche particular, o dado que estaba cerrado el Centro hubiese sido más adecuado llamar a los Servicios de Emergencias y esperarles a la entrada del Centro?

CASO N°3. ¿Continuación de terapia grupal?

Mujer de 24 años con trastorno de alimentación tipobulímico y rasgos de personalidad impulsivos, que inicia tratamiento farmacológico y psicoterapia individual hace 4 años con repetidos abandonos. Retoma tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico un año. La paciente empieza hace unos meses con restricción de la ingestión de alimentos, limitándola al desayuno y disminución de peso. Es derivada a un grupo para el control de la impulsividad. La asistencia de la paciente tanto al grupo como a sus citas individuales (con psiquiatra y psicólogo) es inconstante. Durante el transcurso el grupo la paciente decide abandonar la medicación y deja de acudir a las citas con el psiquiatra. También empieza a faltar al grupo y a psicoterapia individual con mayor frecuencia. Debido a la situación de riesgo de la paciente (falta y la necesidad de tratamiento farmacológico se insiste por parte de la terapeuta de grupo e individual que acuda a su psiquiatra, a lo que la paciente se niega.

El dilema ético sería:

- ¿Sería ético decirle a la paciente que debido a la necesidad de tratamiento farmacológico, hasta que no lo retomara no se continuaría con la terapia grupal?
- ¿Y con la terapia individual?

BIBLIOGRAFÍA

Allepús R, Azorín E. *La ética en la terapia de grupo.* Boletín de la Asociación de Asicoterapia Analítica Grupal 1998.

Alonso A, Swiller HI. *Aspectos éticos y legales en psicoterapia de grupo.* Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. México; 1995.

Alonso A. *Entrenamiento en psicoterapia de grupo.* En Alonso A, Swiller HI. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica.* Mexico: Manual Moderno; 1995 P. 511-522.

American Group Psychotherapy Association. (1991). *Guidelines for Ethics.* New Cork. American Medical Association. *The concil on ethical and judicial affairs of the American Medical Assocation.* AMA 1990.

Asociación Mundial de Psiquiatría. (1996). *Declaración de Madrid.*

American Nurses Association, Commitee on Ethics. *Code for nurses with interpreventive statements.* Kansas City; 1985.

American Psychiatric Association. *The principles of medical ethics annotations especially aplicable to psychiatry.* Washington. DC. APA; 1989.

American Psychological Association (APA). *Ethical principles of psychologists and code of conduct.* 2002.

Beaucham, T. (1994). *“The four principles”.* En *Principles of healthcare ethics.* Ed Gukillon R, Chinchester, Willey; 1994. (pp. 3-12)

Beck y C (ed). *Confidentidity versus de Duty to protect: Fore seeable harm in the practica of Psychiatry.* Washington: APA 1990.

Bersoff DM. *Ethical conflicts in Psychology.* Washington: APA;1999

Brabender V. *The ethical group psychotherapy.* *International Journal of Group Psychotherapy* 2006 Oct; 56:395.

Colegio Oficial de Psicólogos. *Código deontológico del psicólogo.* 1987.

Colegio Oficial de Psicólogos. *Ética y deontología para psicólogos.* Madrid.

Colegio de Psicólogos de Madrid. *Código deontológico del psicólogo.* 2001.

Day M. *Formación y supervisión de terapia de grupo.* En Kaplan HI, Sadock BD. *Terapia de grupo.* Panamericana;1996. p. 717-729.

Del Río C. *Guía de ética profesional en psicología clínica.* Madrid: Pirámide; 2005.

Fallon A. *Informed consent in the practice of group psychotherapy.* *International Journal of Group Psychotherapy* 2006 Oct; 56:431.

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. *Código ético.* FEAP; 2001.

Freud S. *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico.* En *Obras completas vol II.* Buenos Aires: Amorroutu. P. 107-109.

Gabbard G. *Transgresiones de los límites.* En Blochs y col. S.A. Editores. *La ética en psiquiatría.* Madrid: Triacastela; 2001. p. 143-160.

Guerra Gomez E, García Beaterio C. *Terapia de grupo y psicofármacos: A propósito de las emergencias grupales.* *Boletín de la SEPTG* 1996.

Guerra Gomez E. *Reflexiones sobre la influencia del sistema sanitario actual en la oferta y la demanda de psicoterapia en el sector público.* *Psiquiatría.com* 2002

Guerra Gomez E. *Acting y violencia en el grupo: una reflexión a raíz de experiencias en grupos de psicodrama.* *Psiquiatría .com*

Guerra Gomez E. *Psicodrama y suicidio. La importancia del tratamiento combinado.* *Psiquiatría.com*

Guerra Gomez E, Cañadasnavas MM. *Demanda de psicofármacos y psicoterapia tras el cierre de un grupo abierto: Análisis de una experiencia.* En Herranz Castillo. *Psicodrama y salud.* Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2001

Guimow J. *La formación del terapeuta grupal.* En Guimow J. *Manual de terapia de grupo.* Madrid: Biblioteca Nueva;2003. p. 338-349.

Handeselman MM, y col. Learning ethics. En Bersoff DN. Ethical conflicts in psychology. Washington: APA; 1999. p. 117-148.

Holmes J. Aspectos éticos en las psicoterapias. En Blochs y col. S.A. Editores. La ética en Psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2001. p. 217-234.

Joseph, DI, Onek J. La confidencialidad en psiquiatría. En Blochs, Chodoff P, Green, S.A, Editores. La ética en psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2001. p. 111-142.

Kaplan, H. I. y Sadock B. J. Aspectos legales y éticos en terapia grupal. Madrid: Panamericana; 1996. p. 730-736.

Keith-Spiegel P, Koocher GP. Ethics in Psychology. New York: Random House; 1985

Knauss L. Ethical issues in recordkeeping in group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy 2006 Oct; 56: 415.

Lakin M. (1999). Morality in group and family therapies: multiperson therapies and the 1992 Ethics Code. En D.M.Bersoff. Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA; 1999. p. 368-376.

Lakin M. Ethical challenges of group and dyadic psychotherapies: A comparative approach professional psychology 1986 Oct.

Lasky G, Riva M. Confidentiality and privileged communication in group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy 2006 Oct; 56:455.

Lazarus J. Concise guide to ethics in mental health care. American Journal of Psychiatry 2004 Oct.

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Moreno J. L. El psicodrama: terapia de acción y principios de su práctica. Buenos Aires: Lumen-Horme; 1995.

Moreno J. L. Psicoterapia de grupo y psicodrama. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1996.

National Association of Social workers: NASW. Policy Statements. Code of Ethics. Washington. DC. NASW; 1980.

Población P, Lopez Barbera E. Manual de psicodrama. Vol I. Madrid ITGP; 2005.

Promerantz A. *Informed consent revisited.* *Professional Psychology* 2004 Abril.

Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* New York: Guilford Press; 1994.

Sánchez Caro J, Sánchez Caro J. *El Consentimiento Informado en Psiquiatría.* Madrid; 2003.

Sanchez Caro J, Sanchez Caro J. *Historia clínica y datos sanitarios.* En Sánchez Caro J y Sánchez Caro J. *El médico y la intimidad.* Madrid: Díaz de Santo; 2001.

Simon RI. *Clinical Psychiatry and the law (2ªed.).* Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.

Simon RI. *Psychological injury caused by boundary violation precursors to therapist-patient-sex, psychiatry.* *Ann* 21: 614, 1991.

Scully J. editor. *Sexual exploitation in the residency.* *AADPRT. Newsletter.* 17:4, 1991.

Symington N. *Emotion and spirit.* Londres: Karnac; 1994.

Wenning K. *Long-term psychotherapy and informed consent.* *Hosp Community Psychiatry.* 1993 Apr;44(4):364-7. Review.

Yalom ID, Lesez, M. *Training the group therapist.* En Yalom ID, Lesez M. *The theory and practice of group psychotherapy.* 5ª ed. New York: Basic Books; 2005. p. 545-566.

HUMOR BLANCO: EROS-THANATOS INDISOLUBLEMENTE UNIDOS

Salvador Alemán Méndez

Iván L. Alemán Ruiz

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

alerui@correo.cop.es

ivanar@correo.cop.es

Introducción

¿Por qué este trabajo? Al leer el título de este symposium “Amor y humor” se nos presentó en primer plano una imagen atractiva, pero irreal. Se nos presentaba delante un grupo lleno de divertido amor, es decir, risas, buenas caras, ausencia de roces, miradas seductoras... todo Happy, happy, happy y, aunque suponíamos que no sería así, algo nos chirrió muy adentro. Así se gestó el comienzo de este trabajo.

Thanatos-eros son dos realidades inseparables. Imposible una relación de “buen rollo” si no coexiste con el “mal rollo”. El encuentro de dos será eternamente de dos y nunca, en el imposible bíblico “... y los dos se hacen uno solo.” (1).

Si en la relación se encuentran dos diferentes, por lógica, en algunas ocasiones uno tendrá, necesariamente, que dejar claro los límites y en algún momento de la comunicación defenderlos con toda energía. Porque reconozcamos que la primera tentación de dos que se aman es la de antropofágicamente zamparse al otro. La repetida y ambigua frase de dos personas que se quieren mucho “¡te comería a besos!” lo deja en evidencia. No hay paraíso sin Dios y serpiente (vuelve el eros-thanatos) y el árbol prohibido al que sólo puede acceder Dios es el árbol del bien y del mal, eso, un solo árbol donde están ambas polaridades (1)

Evidentemente que el eros vincula . Y el ¿thanatos? Aparece como la amenaza al vínculo y su mal manejo disgrega, rompe y destruye. Pero su necesaria presencia en la relación amorosa, no sumisa, obliga a asumirlo haciendo que contribuya a que el vínculo madure, se fortalezca, crezca y se multiplique. Debe tener esa virtualidad. Sin pretender tratar el meollo de la cuestión aceptamos la pregunta ¿acaso no hay relaciones que se alimentan sólo desde el thanatos?

Aplicando lo dicho al trabajo terapéutico, se admite, en general, que el componente amoroso (eros) forma parte natural y necesaria de la relación psicoterapéutica. A este aspecto se le dan distintas denominaciones a partir del modelo conceptual del que se parte: transferencia positiva, empatía, simpatía, etc.

Así se afirma que lo que “cura” es la relación (2). Por supuesto, siempre que sea terapéutica, frente a iatrogénica, como apunta Cabrera y otros (3), sin simpatía no hay psicoterapia dice (4). Se llega a afirmar, incluso, que lo que de verdad transforma y hace crecer es el manejo adecuado de la relación amorosa, quedando el resto al servicio de ella. Importa lo que se habla en la sesión de psicoterapia, pero lo más importantes es lo que “ocurre” en el íntimo encuentro entre el terapeuta y el paciente, cliente, acompañado, usufructuario o como se llame. El terapeuta que no da con la pregunta adecuada, deja de ser terapeuta. (5)

Pero, como expusimos anteriormente, también en el ámbito terapéutico junto al eros, aparece el thanatos (6) es decir, el conflicto, el mal entendido, la sensación de ser tratado injustamente y ¿por qué no decirlo con el término de calle? el mal rollo Así de simple y de humano. De repente se rompe el encanto y sencillamente el sentir que no caigo bien o no me cae bien proveniente de cualquiera de las dos parte del acto terapéutico. cambia la escena de la terapia. Se hacen presentes necesariamente elementos agresivos (thanáticos) que ponen en crisis el vínculo en el que se sustenta el trabajo de mejora personal.

Es más, su presencia es señal inequívoca de la autenticidad de la relación terapéutica. Hasta podríamos decir que cuando aparece nos encontramos con el elemento crítico (de crisis = purificación) que establece un antes y un después en la tarea terapéutica. Estamos por decir que el buen manejo de ello distinguirá al buen del mal terapeuta y en adelante multiplicará el éxito de la tarea emprendida con tanta dificultad o la paralizará. Esta realidad ha despertado multitud de debates técnicos. Por ejemplo: la dictadura del terapeuta, la simpatía del terapeuta, la enfermedad del terapeuta, la oscuridad del mismo, etc. (7)

Frente a ello se impone reflexionar sobre el manejo (¿técnico?) del asunto. Proponemos el humor blanco (no ocultador de la respuesta agresiva disimulada) como una forma de abordarlo en esa integración eros-thanatos, ya que, por una parte, no tapaná el fluir de los sentimientos, desdramatizará su presencia dándole un tinte de naturalidad y colaborará que ambos se coloquen en otro lugar: en un lugar más flexible y más adecuado para el análisis de lo que está ocurriendo en

su interior y de sus comportamiento en los vínculos de la calle, cooperando indiscutiblemente a que no se frene el proceso y mucho menos se interrumpa. Esa es nuestra experiencia y **la hipótesis de la que partimos**.

Como en las tesis de los viejos escolásticos aclararemos los conceptos de humor, al menos en el sentido que le damos en este trabajo para situar el debate, lejos de terminologías, para el tema de fondo: la utilidad del humor en el ámbito terapéutico.

No nos referimos a la ironía, sarcasmo, ridiculización ni al humor negro, entendido como la risa provocada que necesita un perjudicado (ni siquiera de los personajes del acto humorístico), ni al “golpe” gracioso que más bien es un golpe bajo disimulado de la agresividad del terapeuta u ocultador de su mal manejo de la situación por la propia herida narcisista, su mal conocimiento de sí mismo o su miedo a perder un cliente o como un desahogo del terapeuta. Más bien nos referimos a la provocación de la risa que nace de la necesidad amorosa de buscar vincularse desde un lugar sorpresivo que anula el enquistamiento y rigidez que provoca frecuentemente la presencia de lo agresivo, la presencia saludable del terapeuta que “ayuda” a reconducir la situación valorando la autenticidad del atrevido. A esto hemos convenido llamarle humor blanco por contraste con el humor negro.

El trabajo **pretende** confrontar la propia experiencia del uso del humor en terapia con la de seis terapeutas con distintos referentes teóricos en vista a establecer una hipótesis más consistente en base a futuros trabajos. Se plantea en el symposium para contrastar los resultados

Método

Grupo de discusión con dos observadores anotadores: Seis terapeutas: 2 psicoanalistas, 1 gestáltico, 1 cognitivista, 1 transpersonal, 1 yogaterapeuta 1 Rogeriano.

Ejes de la discusión: 1) prejuicios acerca de la risa en sesión, 2) manejo de las situaciones cómicas, 3) humor espontáneo y humor provocado, 4) capacidad del terapeuta para el humor y el humor como salida terapéutica en situaciones de dificultad relacional.

Procedimiento: grupo de discusión de tres horas, dividida en dos sesiones de hora y media, coordinada por uno de los autores del trabajo

Resultados

A nivel cualitativo destaca lo siguiente:

1) Acerca de los prejuicios ante la risa en las sesiones

- Hay acuerdo de que es inevitable la presencia espontánea de lo jocoso en la tarea terapéutica y en que la han ido manejando mejor a medida que han ido pasando años de experiencia.
- Tres reconocen que la primera vez que se produjo la risa descontrolada en terapia experimentaron un cierto desconcierto y malestar.
- Excepto el de formación cognitivista reconocen que les ayudó la naturalidad de su supervisor en aquel momento en el tratamiento de ese hecho.

2) y 3) Acerca del manejo de las situaciones cómicas y del humor provocado y espontáneo

- Se conviene en denominar situación cómica cuando ocurre algo que da risa, o se cuenta algo que es jocoso y a ambos les provoca la risa o sencillamente el terapeuta interviene de forma jocosa para reorientar lo que está ocurriendo.
- Se dividen las opiniones al afirmar que el humor espontáneo es más fácil de manejar que el provocado que obliga a intervenir desde la provocación de la risa para lo que hay que tener un cierto sentido del humor para evitar el ridículo y, por tanto, una salida fallida.
- Tres opinan que el humor es una forma más de ayudar a comprenderse al propio paciente.
- Los mismos tres opinan que en algunas situaciones es la única forma de señalar algo en lo que el paciente pueda hacer insigh.
- Existe unanimidad en que el humor provocado sólo lo deben emplear quienes tengan capacidad para ello, y que para abordar bien el espontáneo se necesita práctica.

- Cinco afirman que el sentido común en este asunto es peligroso ya que el humor provocado puede con facilidad convertirse en agresión sutil al paciente.
- 4) Acerca de la capacidad del terapeuta para el humor y el humor como salida terapéutica en situaciones de dificultad relacional.
- El grupo se centra en el manejo de lo cómico en situaciones de agresividad, incompreensión, etc. en el acto terapéutico.
 - Uno insiste que el humor es una cosa natural y que no hay que complicarse más y que se debe usar como el terapeuta lo usa en la vida.
 - Los cinco restantes coinciden que el humor es un rostro de muchas caras y que el mismo “golpe” puede ser un acto portador de ternura o cargado de una agresividad incalculable.
 - Los mismos insisten en que se impone un claro conocimiento de cómo se siente el terapeuta cuando el paciente le está agrediendo y una clara idea de lo que pretende con la salida humorosa, aun en el caso de que el terapeuta sienta que lo mejor sea responder con la agresión.
 - Insisten en que debe ser un acto pensado pero que eso es difícil porque contrasta con el hecho de que lo gracioso, provocador de risa va muy unido a lo que surge de pronto.
 - Todos están de acuerdo con pequeños matices de que es condición indispensable para que sea útil el acto humorístico, en terapias no específicas del humor, el que nunca sea evaluativo ni incluya juicios de valor, como en el resto de las intervenciones psicoterapéuticas.

Al final y fuera de guión se debatió lo reconfortante que es caer en la cuenta que en la vida los malos rollos, manejados con humor, pueden enriquecer el buen rollo del amor mutuo en nuestra vida personal, al margen de ser psicoterapeutas.

Conclusiones

- Coincidencia de la inevitabilidad de la presencia del humor espontáneo en el acto terapéutico.

- Necesidad de profundizar en la intervención “técnica” en la triada eros-thanatos-humor a partir de la utilidad terapeuta de la triada.
- Ventaja del que tiene sentido del humor a la hora de ser buen terapeuta
- Compaginar naturalidad con medir las consecuencias de la broma en el proceso terapéutico.
- Así podremos modular la j: ja, ja, ja, je, je, je, ji, ji, ji, jo, jo, jo

BIBLIOGRAFÍA

La Biblia. *Génesis.* Madrid: la Casa de la Biblia. 1993

Yalom, L. *Psicoterapia existencial.* México D.F.: Fondo de cultura económica. 1989

Cabrera, J., Alemán, I., Alemán S. y Martínez N. *Integrar la veteranía y juventud en coterapia: más allá de los modelos teóricos.* Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo. 21: 139-146. 2003.

Ferenci, S. *El diario clínico de 1932.* Obras completas Tomo.I. Madrid: RBA coleccionables S.A. Biblioteca de Psicoanálisis. 1932.

Bowlby, J. *Discussion on paper “Aspects of transference in group analysis”* en Mario Marrone *Group Analysis*, 17:191-194. 1984.

Freud, S. *Más allá del principio de placer.* Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1920

Alemán, S. *Transferencia y contratransferencia “de grupo”* en Nicolás Caparrós e Isabel Sanfeliu *La enfermedad del terapeuta.* 2006.

OCIO Y GÉNERO

Ana Guil Bozal

anaguil@us.es

RESUMEN: La posibilidad de disponer de tiempo libre para poder "perderlo" cultivando amistades o hobbies es algo que condiciona totalmente nuestro humor y nuestras posibilidades de entablar relaciones interpersonales satisfactorias. En esta línea, el objetivo general de este trabajo será analizar los modos de vida en relación con la utilización y distribución del Tiempo de Ocio de las Mujeres y los Varones en Andalucía. Para ello explotaremos datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-03 (realizada tanto nacionalmente como en la Unión Europea) proporcionados por el Instituto Andaluz de Estadística. Ésta se compone de distintos cuestionarios (del Hogar, Individual y Diario de Empleo del Tiempo) que registran cómo distribuyen el tiempo las personas -a partir de los 10 años- a lo largo del día, facilitando una descripción detallada de sus comportamientos cotidianos. Los resultados muestran cómo varones y mujeres distribuyen su actividad de forma significativamente diferente. Porque, si bien es cierto que ellos dedican de media 1,8 horas más que ellas al Trabajo Remunerado, sin embargo ellas dedican de media 3 horas más al día que los varones al Hogar y la Familia. En consecuencia, las mujeres disponen de mucho menos tiempo que ellos para Aficiones y Juegos, o para Vida Social y Diversión. Pero el problema no es sólo de cantidad sino también de calidad, ya que las mujeres suelen estar en su tiempo de ocio acompañadas por menores o personas dependientes, lo que les dificulta sobremanera la relajación y el bienestar de que disfrutan los varones.

EL AMOR EN LA COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL COMO ELEMENTO DEL CRECIMIENTO COMUNICATIVO ENTRE LA PAREJA: CINE, AMOR, SEXO Y EXPERIENCIA VITAL DE PAREJA

Víctor Renobell Santarén

Sociólogo y psicomotricista.

Profesor de Comunicación de la Universidad Oberta de Catalunya

vrenobell@uoc.edu

Vanesa Gomero

Psicóloga y doctoranda del Dep. de Psico.

de la Universidad Autónoma de Barcelona

vgamero@uoc.edu

Abstract.:

Desde las perspectivas de la psicocomtricidad, pasando por la psico-sociología y la antropología o sociología de la afectividad humana se puede pensar que el **imaginario audiovisual** puede ser el espejo donde la sociedad experimenta sus más perturbadas concomitancias psico-sociales. Para el **psicoanálisis** lo audiovisual siempre ha representado la mejor manera de ver la realidad intrínseca de la mente humana, no en vano los surrealistas experimentaos sus interrelaciones freudianas en sus trabajos audiovisuales.

Respecto al **amor**, después de ser el tema fundamental de análisis y tratamiento empírico en la literatura, ahora el **cine** como elemento formal, mediador y directo es el principal acreedor del las temáticas amorosa y relacional. En el cine encontramos amores que ayudan al crecimiento personal, grupal y social; como amores que desvirtúan la noción comúnmente aceptada de los distintos tipos de amores psico-sociales.

En este trabajo de análisis, reflexión y empírico se ha trabajado el componente audiovisual como crecimiento de pareja, personal y terapéutico contando con las opiniones de destacados actores dentro del panorama audiovisual, sexual y afectivo.

AFRONTAMIENTO COMPARTIDO: HAGAMOS JUNTOS EL HUMOR

Cristina Martínez-Taboada Kutz

*Departamento de Psicología Social
y Metodología de las CC Comportamiento*

Edurne Elgorriaga

*Departamento de Psicología Social
y Metodología de las CC Comportamiento*

Ainara Arnoso Martínez

*Departamento de Psicología Social
y Metodología de las CC Comportamiento*

Ernesto González de Mendibil

Fundación OMIE

e-mail: pspmatac@ss.ehu.es

Resumen

El objetivo de esta comunicación es reflexionar sobre el humor como una estrategia de afrontamiento frente a situaciones de inquietud o incertidumbre, así como las consecuencias de acercamiento afectivo con los que comparten el escenario grupal.

Sabemos que un alto sentido del humor se relaciona con una autoestima positiva, con la capacidad de intimidad, y la extraversión (Martin, 1996), así como con una mayor facilidad para comunicarse con los otros, y, una tendencia a la empatía.

No es un instrumento al uso en las experiencias grupales, sin embargo, los componentes de los mismos suelen relatar las “risas que han hecho” como un modo de recomponer procesos vividos y a partir de las cuales los sentimientos de cercanía que se producen entre los miembros que conforman el grupo.

Para explorar lo dicho, nos apoyamos en la experiencia de dos grupos pequeños de reflexión con jóvenes estudiantes universitarias a través de su feed-back final. La práctica consta de sesiones de hora y media, durante nueve semanas.

Exploramos su percepción en este ámbito a través de los autoinformes que describen su experiencia personal, la transcripción de las sesiones, y, el grupo de contraste final. Observamos en su elaboración como asocian su vivencia con el humor y el sentimiento de afecto grupal.

Finalmente, comentaremos algunas cuestiones sugerentes que nos hagan sonreír y reflexionar.

Palabras clave: afrontamiento, Humor, amor, grupos

Key words: coping, humor, love, groups

Introducción

Si vamos a la Real Academia de la Lengua podremos encontrar varias acepciones sobre el humor que describen los diversos matices a los que podemos referirnos al jugar con este concepto. Sabemos que el origen del término *humor* proviene de la teoría de los humores del cuerpo de la medicina griega que regulaban el estado de ánimo: la bilis, la flema, o, la sangre en referencia a los líquidos del cuerpo.

En este caso nos interesan los significados simbólicos que se asocian a los *estados de ánimo*. Ello permite hablar del buen o mal humor directamente, o, de forma metafórica al humor de perros, o a tener un humor de mil, o de todos, los diablos para indicar irritación, o, enfado. También se puede señalar la *disposición* en que uno se halla para hacer una cosa. Por eso diremos que ‘hoy no estoy de humor para tal cosa’, o el clásico, ‘hoy tengo humor para asistir al grupo y no el otro día’. Así mismo, podemos remarcar un rasgo de carácter de aquellos que poseen cierto grado de jovialidad, de gracia, y/o, agudeza; además de la facultad de descubrir y expresar lo que es cómico o gracioso ya que ‘se lo toman todo con mucho humor’; De igual forma puede referirse a la capacidad para descubrir la comicidad en lo trágico, que denominamos como ‘humor negro’.

En resumen el humor puede ser un rasgo o una capacidad para enfrentar una determinada situación y es a esta última disposición a la que vamos a referirnos.

Humor y afrontamiento grupal

Brevemente podemos decir que el afrontamiento forma parte de las tácticas psicológicas de cualquier individuo o grupo. Ha sido definido por Lazarus y

Launier (1978), como los esfuerzos intrapsíquicos orientados a la acción en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba, o, exceden los recursos personales, al ser valorados como desproporcionados por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer.

La resistencia y el afrontamiento directo puede ser reconocidos como un proceso organizado y maduro del yo. Dicho esto, podemos plantear que lo que entendemos por afrontamiento en un escenario grupal es cualquier actividad que los individuos ponen en marcha, tanto de tipo cognitivo, emocional o conductual, con el fin de sobrellevar una determinada situación percibida como estresante o de cierto calibre emocional.

Este concepto perfeccionado por Lazarus y Folkman (1986, 1993), en su formulación tiene una perspectiva eminentemente contextual y un enfoque que encaja muy bien con la trayectoria de un grupo. Diferencian básicamente dos tipos de Afrontamiento: *activo*, de confrontación directa con lo que acontece; *pasivo*, y/o, de *evitación*, que sirve para soslayar la situación conflictiva.

Desde esta perspectiva, lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensan y hacen los individuos cuando realizan esfuerzos dirigidos a identificar escenarios que sienten desbordantes emocionalmente, o, ante situaciones de incertidumbre que requieren esfuerzo para enfrentarlas.

El afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, o incluso ignorar, aquello que no puede dominar. En este sentido, el humor, tal y como lo hemos definido anteriormente, puede ser una herramienta cognitiva y emocional que permite relativizar lo que ha angustiado al grupo, además de venir definido por la cultura grupal o los significados compartidos que provocan la sonrisa al unísono en un grupo y no en otro.

De este modo podemos resignificar lo anterior y situar el humor como el producto de un esfuerzo personal o grupal en aras de manejar demandas internas y de contexto que ponen a prueba los propios recursos para *evitar*, o, contrastar una situación o proceso compartido.

Humor, amor y afrontamiento

Un factor necesario para potenciar este valioso instrumento psicosocial que es el humor es el amor, el sentirse unido afectivamente a los otros. Este condicionante

permite hacer frente a lo que angustia con una sonrisa, y comunicar con expresión condescendiente las propias dificultades.

Generalmente, cuando a alguien le sucede algo que considera grave y le causa un gran malestar emocional, no es capaz de utilizar el sentido del humor e incluso puede dolerle si alguien trata de hacer una broma. Esto es debido a que en ese momento está demasiado absorbido por la intensidad de lo sucedido, de modo que no es capaz de separar su yo emocional de la experiencia vivida, como si lo que pudieran sentir, toda su experiencia emocional, estuviese unida al suceso. No se es capaz de diferenciar las conmociones acerca del sucedido de los sentimientos relacionados con su propia identidad personal.

Por otra parte, cuando las personas se sienten aptas para separar su yo interno de la experiencia emocional vivida se permiten sentir también otras emociones diferentes. Para ello, el humor surge fácil cuando está amparado por el sentimiento de amor incondicional de los que le rodean. De ese modo, se siente el beneficio del humor mediado por el amor que ayuda a tomar perspectiva, a relativizar la situación, y, a crear cierta distancia psicológica.

Las personas que se sienten inmersas en crisis, experimentan el humor dirigido al suceso como si fuera dirigido a ellas mismas. Pero estas mismas personas, cuando son capaces de tomar distancia pueden ponderar, sentirse aceptadas y amadas por los demás, y, verse ayudadas por el humor.

Por tanto cuando mayor sea la distancia entre el grupo y el suceso, más útil resultará el humor para superarlo. Por supuesto, esto también puede funcionar a la inversa: las personas muy absorbidas por lo sucedido que tratan de usar el humor, estarán ayudándose a tomar distancia del suceso y ver las cosas de un modo más objetivo.

Vemos que para reírse de una situación hace falta despegarse de lo que hace daño, o es perturbador. Por ello, el humor entendido como un emergente del sistema de afrontamiento grupal puede ser, como dicen Lazarus y Folkman, (1986), bien un modo de *evitación* para enfrentarse ‘ligeramente’ a lo que desconcierta, como son los que se denomina ‘bromas de cafetería’ para desbloquear los inicios de grupo, o bien, una táctica psicosocial *activa* para compartir con los otros, y desde el

apoyo afectivo mutuo, la superación de un proceso sentido anteriormente con angustia o temor. Un buen ejemplo de lo citado puede ser el bromear sobre los nervios ante el silencio, o, las sonrisas que surgen ante el recuerdo del desconcierto grupal frente a las lágrimas ajenas o propias.

Un indicador interesante es la relación de humor y salud. Aquellas personas que utilizan el humor como técnica de afrontamiento dicen tener menor cantidad de problemas de salud que aquellas que no lo usan. El humor "sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo", afirma el Dr. Lee Berk, profesor de patología en la Universidad de Loma Linda, en California y uno de los principales investigadores en el mundo sobre la salud y el buen humor. En una serie de estudios, entre ellos uno publicado en el número de diciembre de 1989 de la revista *American Journal of Medical Science*, examinó las muestras de sangre de sujetos antes y después de que vieran vídeos cómicos, y las comparó con las de un grupo que no vio los vídeos. Berk descubrió importantes reducciones en las concentraciones de hormonas de la tensión y un incremento en la respuesta inmune de quienes vieron los vídeos. Parece que el humor fortalece ante las dificultades e incrementa la resiliencia frente a los momentos de temor y de dificultad de las enfermedades.

Para contrastar la relevancia del humor y su diferente manejo en función de la situación grupal, vamos a presentar las apreciaciones de dos grupos pequeños de jóvenes universitarias que participaron voluntariamente en lo que se denominan grupos experienciales. Se basan en el aquí y ahora, en la relación interpersonal de los componentes, en la promoción de sentimientos de interdependencia y de un discurso abierto entre ellas.

Se realizaron nueve sesiones de hora y media, incluida una sesión final conjunta con los dos grupos. Había una persona que coordinaba y otra que observaba por grupo. Estos a su vez eran supervisados en su tarea. La tendencia teórica en la interpretación del grupo fue grupo analítica basada en Foulkes.

Se reflexionó sobre el estar en el grupo, centrando a los miembros en el 'aquí y ahora', y, remarcando los sucesos significativos en el proceso de crecimiento grupal.

Todas las participantes fueron chicas de una edad media de 22 años. Su compromiso consistió en dar un feedback escrito de su experiencia en el que nos basamos para apoyar estas reflexiones.

Presentamos un análisis cualitativo de las consideraciones escritas por los componentes sobre lo experimentado en estos grupos sin tema definido pero que permiten contactar consigo mismos, experimentar sus propios recursos y reflexionar en voz alta y con la guía de los expertos sobre lo que se siente. Así mismo, nos servimos del grupo de discusión final en el que hablaban de su experiencia y la transcripción de las sesiones.

Posteriormente hemos ordenado las consideraciones en referencia al humor de los miembros del grupo sobre el manejo de lo sentido.

Distinguimos dos tipos de procesos:

- Aquellos que se asociaban a situaciones de ansiedad o temor y en el que se hacen risas o chistecillos sobre lo que van a hablar después, o sobre el ruido de las sillas, o, el significado experimental del grupo, Muchas veces tras hacer el encuadre y haber un pequeño silencio alguna de las participantes rompen a reír, ‘risas nerviosas’ compartidas espantando la incertidumbre que supone el grupo. El talante de **evitación** que sirve de válvula de escape les lleva a jugar con la idea de que pueden estar en algún tipo de experimento.
- Aquellos que utilizan el humor como herramienta para desdramatizar lo sentido como grave en un momento determinado. Risas desde la inteligencia emocional que permite **confrontar** y elaborar la situación desde la distancia emotiva. Comentarios como: ‘que serias nos poníamos ante el silencio, que desconcertadas ante un comentario de la conductora, o, que ocurrencia venir vestidas de caseritas al grupo para hacernos gracia...’. También las coordinadoras devuelven desde el humor comentarios para indicar la desconfianza ante lo que están viviendo, por ejemplo, hacen referencia a como están manipulando la temperatura de la sala para que tengan más calor del esperado. Se utiliza la ironía para mostrar la trayectoria del discurso y ayudar a la construcción de nuevos significados.

El humor abordado adecuadamente incide favorablemente en los pacientes, y, también en el terapeuta fortaleciendo la alianza entre ambos. El humor en este caso actúa positivamente en el vínculo terapéutico y da una mayor efectividad al proceso grupal.

Discusión

Hemos presentado una reflexión sobre como el humor se convierte en un modo de afrontamiento psicosocial y como tal puede utilizarse para escapar de una tensión nerviosa, o, para rebajar una situación estresante y desdramatizarla. En cualquier caso el amor y el apoyo socioafectivo es la variable mediadora que permite la elaboración pública, y el compartir grupal sin temor. Dicen que el humor bien entendido es una prueba de sabiduría quizás debamos interpretarlo así más allá de settings teóricos que propugnan cierta rigidez y pensar que cuando el grupo puede reírse de sí mismo es un grupo que esta creciendo en su interacción, conciencia y apego hacia él.

El afrontamiento grupal desde el humor y el amor enseña a tener la alegría de las satisfacciones y también a sonreír frente a las dificultades. El humor puede ser un don que permite sentir el gozo del andar vital y de amar el camino que es la vida, o, los procesos grupales.

El manejo del humor como medio de elaboración emocional se asocia positivamente a la autoestima, a la intimidad, a la cohesión y de forma negativa a las actitudes disfuncionales y disgregadoras (Martin, 1996).

Podemos relacionar el humor con diferentes técnicas de afrontamiento (Durmus y Tezer, 2001), con estilos más positivos y de autoconfianza personal y grupal. El humor puede utilizarse como una herramienta emocional que sirve bien para huir de una situación que crea ansiedad, o bien, ser una forma de elaboración constructiva que permite crear la distancia emocional adecuada que relativiza la experiencia vivida para integrarla. A través de la risa, se liberan miedos y temores, se hacen conscientes los hechos, y, se aparcan los recelos por el prójimo. De ese modo se fomenta la sensación de unidad, de pertenencia al grupo, aumenta los sentimientos de acompañamiento, de que la experiencia es positiva y eje de maduración a pesar de las dificultades.

Cuando te ríes *con* otras personas te sientes más unida a ellas, percibes más cohesión grupal, y, mejor clima emocional. Se hace presente el afecto compartido y es el amor el que permite construir un marco adecuado para reír de las debilidades y fortalezas mostradas entre ellos. A fin de cuentas, no es el grupo el que crea extraños compañeros, sino el vivir cotidiano.

Finalmente, no podemos olvidar que para hacer humor debemos aprender a reírnos de nosotros mismos y para ello hay que practicar el amor y la tolerancia por no ser perfectos. Dicen que la imaginación consuela de lo que no podemos ser pero el humor conforta de lo que somos. Así que hagamos juntos el humor con mucho amor y a poder ser muchas veces.

Referencias bibliográficas

Durmus, Y., y Tezer, E. (2001). *The relationship between sense of humor and coping strategies.* *Turk Psikoloji Dergisi*, 16 (47), 25-34.

García Walker, D. (1999). *Los efectos terapéuticos del humor y de la risa.* Siruela, Málaga

Berk, L. (1996). *The Laughter-Immune Connection: New Discoveries.* *Humor and Health Journal*, 5 (5), 1-5.

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona. Editorial: Martínez Roca.

Lazarus, R.S., y Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment.* In L.A. Pervin & M.Lewis (Eds), *Perspectives in interactional psychology.* New York: Plenum.

Martin, R.A. (1996). *The situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and coping humor scale (CHS).* A decade of research findings. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9 (3-4), 251-272.

Yerkes, L.A. (2004). *Con humor se trabaja mejor.* Ediciones Gestión 2000: Barcelona.

TALLERES

¿ME SONRÍES O ME ENSEÑAS LOS DIENTES?: CONSTRUYENDO LO COMÚN SOBRE VIEJAS RUINAS

Francisco del Amo del Villar

Médico Psiquiatra Psicoterapeuta

Práctica Privada. Pamplona

Muchas veces me he fijado en los chimpancés. En el manejo que se traen con sus labios y dientes ante un espejo o ante sus semejantes ¿Son amenazas, son mueca de crispación, de miedo, son sonrisas, pueden ser risas incluso?

Si yo cierro mis labios hacia delante, dejando ver los dientes, y concentro mi atención hacia la lejanía, hacia el extraño que se acerca, se me frunce el ceño, se entornan mis ojos para afinar en la visión y, así, puedo llegar a adquirir un aspecto un tanto amenazante.

Si ensancho mis labios y mi frente, dejo mis ojos relajados incluso mis orejas se van hacia atrás mi aspecto puede expresar satisfacción. Satisfacción por tu presencia.

Cuándo mi perro levantaba las cejas, echaba hacia atrás las orejas, relajaba las comisuras de la boca que caían mostrando sus dientes, ¿me estaba sonriendo?

¿Hemos transformado un gesto amenazador de animal territorial en un gesto de placer y bienvenida?. ¿Somos pioneros o herederos de esta transformación?

¿Cual es el lugar de la sonrisa y la risa o enseñar los dientes en nuestras historias de amor y odio, en nuestras disputas territoriales, en nuestros juegos de aceptación y rechazo?

Henri Bergson en su ensayo sobre lo cómico, ubica la risa en un terreno muy vinculado a lo educativo, lo socializador y lo marginador. Parece brotar de un filo de navaja que marca el límite de lo integrable entre lo ajeno extraño y lo familiar y entre esto y sus versiones rígidas e inamovibles. Parece un instrumento de delimitación de los márgenes, comúnmente aceptados, de lo utilitario de nuestro percibir.

Propongo reunirnos un grupo de unas 20 personas para compartir nuestra experiencia con la risa y la sonrisa en nuestras vidas y en nuestro trabajo. Una vez más trataremos de aprender construyendo lo común sobre nuestras viejas ruinas. ¿Técnicamente?, pues ya sabéis el grupo como alambique para generar el

oro a partir de nuestros plomos. Yo intentaré ayudar y mi experiencia está mayormente vinculada a la palabra.

EXPERIENCIA

El grupo resultó estar en número, un poco más allá de los 20 participantes. Ese número que, al superar el de los dedos que tenemos para contar se nos sale de lo abarcable camino del concepto de muchedumbre pasando por el de grupo mediano.

Fue un grupo muy participativo que rápidamente liquidó el sentido de evolución genética presente en la convocatoria para definir la sonrisa como un gesto ambiguo y complejo, lleno de matices personales e interculturales.

Hay personas y culturas que no sonríen y otras que parecen estar permanentemente sonriendo como máscaras rígidas. Hay sonrisas hieráticas como las de los dioses a salvo de las realidades de los pobres mortales. La de la condescendencia, hirientes.

La sonrisa expresa y oculta. Afecto, ternura, aceptación, La sonrisa serena. La sonrisa de ti que me gusta la que me vincula. También hablamos de la sonrisa tras la cual se ocultan todos los demás aspectos. La sonrisa de ti que me hace desconfiar. La sonrisa de nuestra ignorancia que abre las puertas a la especulación.

La risa descontrolada del miedo, próxima a la angustia, la que empeora tantas situaciones comprometidas. La que no tiene ninguna gracia. La sonrisa defensiva que elude confrontaciones y la sonrisa que desarma al otro.

La sonrisa en el arte, la enigmática Gioconda. Alguien aportó su conocimiento sobre las culturas africanas que sólo representan la sonrisa en las máscaras mortuorias. Hablamos de la sonrisa que aparece cuando la muerte arranca las máscaras y rigideces que la vida construyó. La sonrisa serena que acepta la limitación de la vida y la ineludible muerte.

El grupo fue transitando así por diversos campos hilando corazonadas, recuerdos y asociaciones. En esa experiencia de compartir yo entré en contacto con multitud de experiencias de mi vida profesional y del encuentro con mis clientes activando registros y generando ideas.

Para mi, la asociación de la sonrisa con la aceptación de las limitaciones de la vida y del encuentro con la muerte fue una importante aportación que me hizo este grupo y me ha generado un grato y cálido recuerdo.

TALLER DE VEGETOTERAPIA REICHIANA

Un lugar para volver a sentir el Amor a la vida y el Humor que van siempre unidos

Jerónimo Bellido Pérez

Psicólogo Clínico

Especialista en Psicología Clínica por la Universidad de París

Isabel Piñón Escura

Psicóloga Clínica

Especialista en Conductas Adictivas

Miembros del: INSTITUTO WILHELM REICH

Partiendo de que el amor a la vida surge en la dialéctica de la relación encuentro - separación y en la lógica del dejarse llevar, intentaremos construir un espacio grupal de intercambio relacional tomando como punto de partida los contenidos intrapsíquicos y nuestra propia realidad corporal según se desprende de los aspectos interrelacionados puestos en juego (de uno mismo consigo mismo y en la relación con el Otro). Uno no ama sino se ama a sí mismo, como tampoco puede amar si odia a su propio cuerpo, ni despreciar sus genitales.

El signo vital es la expansión corporal, con la propuesta de permitirse dejarse llevar al movimiento, a los fluidos “energéticos” corporales según el ritmo de cada cual, que conecta a través de la respiración con la pelvis y los genitales y esto conducirá al humor.

Son estos gestos corporales los que nos recuerdan los contenidos arcaicos de **fusión** pero que necesitan proyectarse en su reverso en una dialéctica pulsátil para poner en juego su contrario como veremos en los gestos puestos ahora al servicio de la **separación** a través del **ritmo** y la cadencia que damos a nuestro movimiento (puede ser caminar por la sala o mirar a los ojos al otro) puesto al servicio de la expansión.

Para amar el sujeto debe tener la capacidad de soportar la ausencia del objeto, comporta la “ **capacidad de estar sólo** en presencia del objeto” (Winnicott) lo que se traduce en esta paradoja: es poder tener la capacidad de vivir una presencia de “ausencia” en presencia de otro.

En el humor que surge por el amor, hay pérdida de la vergüenza, la renuncia al otro como persecutorio y exigente y se ve más como complaciente, con lo que uno mismo puede dar, es decir, el amor que comparte no está pendiente de lo que el otro da sino de lo que uno puede dar en realidad, con ese poder de dar y recibir, recibir y dar; fusionarse y separarse; acercarse y alejarse.

En la Psicoterapia grupal de orientación reichiana esta dinámica de presencia-ausencia; separación-individuación (“Mahler”) la significamos a través de un espacio que investimos como nuestro llevándolo a un primer momento de poses, actitudes, movimientos, muecas que “simulan” los gestos de la relación primera del bebé con la madre.

También es un espacio de **expresión** en donde exteriorizamos esos momentos profundos de gran carga afectiva que nos recuerdan lo vivido desde la sensorialidad en ese “recuerdo” en esa impronta del pasado, a través de las sensaciones corporales que creíamos resueltas como son el calor, la suavidad del tacto, el contacto con la piel, el hecho de sentirse contenido abrazado al “Otro” que significamos como una figura contenedora de nuestra vida remota (Bion).

En la interrelación grupal que se haga en grupo total o a nivel dual el contacto con la movilización corporal y energética posibilitan la emergencia de sensaciones más o menos notorias que prefiguran los estados posteriores emocionales con la posibilidad de descarga emocional abriendo paso al momento de la expresión (Reich): permitirse expresar la emoción reprimida y contenida en la historia del sujeto es abrir paso en la vida psico-afectiva de la persona a una dimensión intrapsíquica y emocional hasta ahora desconocida y alejada de la propia consciencia. Dejarse llevar al llanto, al grito, a la queja posibilita las aperturas caracteriales en donde algo de lo contenido en el carácter se libera para significar una parte de la historia (Ricoeur P.) del sujeto que estando en el pasado se actualiza en el **presente** haciendo que aquí se gane en presencia y en madurez del propio Yo y que se sienta la expansión desmedida de la Vida como amor por la vida.

En esta oscilación entre la sensación y la emoción articuladas por el ritmo, se encuentra la relación con el otro en el mismo ritmo oscilatorio de la respiración que al ser contenido provoca un efecto de “reverie” (Bion) donde se vislumbra la capacidad de pensar: no se trata ahora de pasar a la acción, de pasar al acto, sino más bien dejándose llevar por el ritmo oscilatorio del vaivén permitirse poner la mente en suspenso reteniendo el paso al acto para que surja de ese gesto de

suspensión somático un acto del pensar. Por ejemplo poder discriminar que el deseo que el Otro me provoca no implica la realización-del-deseo. Simbolizar conlleva poner en la “sostenibilidad” mental un acto que se desea ardientemente incluso pero a precio de no ser forzosamente realizado.

La pulsión necesita de una representación que la ligue y la sostenga (Freud) del mismo modo que el deseo necesita de un pensar “afectivo “y corporal que lo ligue a la emoción.

Es el sujeto frente al Otro que se representa como la capacidad de estar solo frente al Otro: podríamos decir que de esa ausencia “interna” de esa capacidad para interiorizar elaborando la ausencia nace la capacidad para vivir la ausencia, la reparación y elaborar así el dolor a las pérdidas.

Pero la reparación y los contenidos psíquicos puestos en ella son el comienzo también de una nueva vida en donde un tercero, y su representación simbólica - triangulación o el grupo - da cuenta de las nuevas realidades afectivas y emocionales.

La verbalización final en grupo dará cuenta a través del trabajo corporal y psíquico de los contenidos vivenciales, psicológicos y emocionales a través de la simbolización de modo que el sentir de la vivencia enganche con el pensar de la mente y así que lo somático pueda enganchar con lo mental y con lo psíquico dando cuenta de la verdadera unidad funcional del animal humano (Reich).

NOTA

Condiciones para el grupo:

- Pañuelos de papel.
- Agua y vasos.
- Papelera.
- Sala diáfana y con poca luz.
- Llevar ropa cómoda.
- Toalla grande.
- Sin lentillas ni gafas graduadas.
- Máximo 18 personas.

EL HUMOR EN EL TERAPEUTA EN CONFLICTOS DRAMATICOS: TODO LO PUEDE EL AMOR

Cristina Pérez Díaz-Flor

*Psicólogo Clínico
diazflor@trs.ucm.es*

M^a Jesús Boticario Galavís

mboticario@cop.es

J. Joaquín Cuadrado Rodríguez

*Trabajador Social. Experto en Intervención Sistémica
jjcuro@hotmail.com*

FUNDAMENTACIÓN DEL TALLER:

Nuestro objetivo en este taller es mostrar la importancia que tienen el humor y el amor en el perfil del terapeuta y en su intervención. En la mayoría de los casos, cuando las personas o las familias buscan la ayuda de un profesional para solucionar sus conflictos, se pretende que éste adopte un grado de seriedad, acorde con la carga emocional de lo que acontece en el universo familiar. Efectivamente, hay que ser muy serio con la profesión que hemos escogido, la intervención con el individuo o con las familias, pero nuestro enfoque parte de la seriedad que entraña el juego terapéutico, teniendo como ingredientes básicos también el amor y el humor.

Es necesario, desde nuestro punto de vista, entender el sufrimiento desde el amor, utilizando el humor como elemento catalizador o catártico. Cuando retamos, usamos la ironía, la provocación, *deconstruimos* los guiones que traen las personas para construir con ellas nuevas perspectivas de la vida, más amables. Hay mucho amor cuando se ironiza o se grita provocativamente en las sesiones terapéuticas.

Con el humor, podemos romper dinámicas o conductas indeseadas, y con el amor, conservamos el ser de las personas, sin dañarlo o ayudándolo a recomponerse, a que la persona pueda volver a creer en ella.

Nuestra propuesta es que la actitud del terapeuta debe ir encaminada a utilizar todo su repertorio, también desde su ser amoroso y humorístico y ya desde el

primer contacto con el caso que sea, a través de la llamada telefónica o en la primera entrevista, se puede ir enmarcando la intervención contando con estas dos fuerzas creativas.

METODOLOGIA

Se solicitará a los participantes que se dividan en dos grupos, uno compuesto por aquellos que crean que en su proceso de intervención utilizan más recursos del amor, y en el otro aquellos que los utilicen más del humor.

A continuación se volverán a dividir en tres grupos, con miembros de uno y otro grupo inicial y se presentarán tres “collages” con fotografías o fotogramas de películas, uno para cada uno. Cada grupo debe inventarse una historia, a partir de este estímulo plástico, definiendo el conflicto desde un plano más humorístico y desde uno más amoroso.

Cada grupo expondrá la narrativa que se les haya ocurrido y se escogerá una de ellas, dramatizándose una sesión terapéutica.

Por último, realizaremos una evaluación de todo el grupo, tratando de explorar las posibilidades de estos modos de intervención, contestando a la preguntas ¿de qué me ha valido?, ¿qué he descubierto nuevo de mí que me sirva para mi profesión, o para afrontar mi vida?

LOS ADJETIVOS DEL AMOR Y EL HUMOR

M^a Consuelo Carballal Balsa

DUE-Psicodramatista

Hospital de Día –Psiquiatría

Area Sanitaria de Ferrol. A. Coruña

M^a Asunción Raposo Rodríguez

T. Social.Psicodramatista.

Jefa de Servicio de Atención o Doente

Hospital Clinico de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción

Sin entendemos por adjetivo aquello *que califica o determina al sustantivo, o bien la palabra que acompaña al sustantivo para expresar alguna cualidad de la persona o cosa nombrada* es interesante analizar que atributos le adjudicamos a estos “*elementos erial de crecimiento y relación*” a los cuales parece que a priori ya les asignamos dos propiedades que los sitúan en el campo de lo creativo.

¿Todos los adjetivos que les aplicamos tienen esta propiedad?. Si no es así ¿no es Amor o no es Humor?.

Objetivo

Relexionar acerca de los adjetivos que adjudicamos a estos dos constructos durante el espacio grupal que permite el 34 Symposium.

Método

Siguiendo un encuadre psicodramático, (Escuela Argentina), facilitaremos material para que durante el tiempo que dura el Symposium todos os participantes tengan la oportunidad en distintos momentos de plasmar los adjtevios que les van surgiendo en función de las distintas reflexiones que se realicen en los distintos espacios.

Conclusiones

Las autoras harán una devolución a posteriori del material recogido.

ANAHATA EL QUE “REQUIERE”

Feli Estévez Montes

feliestevez@passemezzo.com / feliestevez@yahoo.es

RESUMEN

Para oriente “Anahata” es un poderoso centro de energía, situado en el adentro del centro del esternón. En nuestro idioma sería algo así como “el sonido que producen dos cosas sin llegar a chocarse”, “el Indemne”, “el No-golpeado”.

Nos habla de la energía del amor sin objeto, del equilibrio entre los opuestos, de la fusión entre la materia y el espíritu; de la sinergia: la multiplicación en la donación.

Cuando expandimos y extendemos nuestro cuerpo en vertical y horizontal el lugar donde se cruzan estos caminos pasa por el corazón.

En la tradición cristiana este centro lo representa la Cruz. “Nadie tiene mayor Amor que aquel que da la vida por quienes ama”.

Desde “Anahata” percibimos el corazón como el fiel de la balanza, el centro en el que todas las direcciones son integradas. Desde “Anahata” podemos lanzar el llamado que nos devuelve el Ser: “A las aladas almas de las rosas del almendro de nata te Requero, que tenemos que hablar de muchas cosas, compañero del alma, compañero”...

El requerimiento como llamada pero también como “volver a querer”. Aquello de lo que me despojé, lo negado, olvidado o despreciado lo vuelvo a querer, quiero recuperar lo mío y lo “reclamo”.

Llamado que podemos lanzar también al Otro y que podemos recibir de él. “Te requiero” como energía amorosa de transformación.

Realizamos el taller acompañados del “Sistema Consciente para la Técnica del Movimiento” de Fedora Aberastury el “Método Cos-Art” de Yiya Díaz. Ambos proponen un camino de trabajo corporal consciente, a través de los canales y centros de energía psicofísicos, con ejercicios muy sencillos similares a los movimientos de la vida cotidiana, que nos ayudan a tomar conciencia de nuestro

modo de estar en el mundo y en nosotros mismos además de poder intervenir para cambiar aquellos modos que nos resultan más desintegradores o insanos.

Palabras clave: Requerimiento, reclamo, indemne, integración, centro.

PROPUESTA

Procuraremos responder a la propuesta de poner palabra a la experiencia del taller, sabiendo que no resulta fácil apalabrar una actividad que, por ser experiencial, está muy sujeta al momento, el lugar, la voz, las personas que estamos en ese momento y de un modo en particular... Esperamos que lo que sigue permita a quienes no estuvieron presentes compartir algo de lo vivido y a quienes participamos en el taller recordar la experiencia.

Comenzamos dejando las cosas que traíamos, tales como abrigos, carpetas, bolsos... en los bordes del espacio, a la ribera del camino, y descalzándonos. En principio, para estar más cómodos pero también como símbolo de desprendimiento y de reconocimiento de que el lugar en el que entramos (lugar interior) es sagrado.

La sala ofrecía un espacio en el que podíamos sentirnos recogidos.

En la conciencia de que acudíamos a una actividad que habríamos de realizar solos y a la vez en compañía, fuimos buscando el lugar de la sala en el que cada cual se sintiera acogido, el que para cada cual sería el lugar del encuentro. En ese espacio fuimos volviendo la mirada hacia nosotros mismos, entrando en lo que llamamos “Espacio Interno”, observando cómo nos encontrábamos, qué nos acompañaba, qué nos llegaba del exterior, acallando, quietando los requerimientos del cuerpo y del pensamiento, disponiéndonos a acoger.

ANAHATA (Chakra):

Localización: corazón (por delante de la quinta dorsal)

Función: amor

Estado íntimo: compasión, amor

Glándula: timo

Sentido: tacto

Órgano sensorio: piel

Órgano de trabajo: manos

Verbo (acción) “amo”

Pasamos un tiempo despertando la conciencia de Anahata, multiplicando su energía, respirando... para, una vez en esa conciencia y con esa atención amorosa y compasiva, colocar nuestra mano derecha abierta sobre el chacra corazón, atravesando amorosamente nuestra historia y nuestras experiencias pasadas, limpiando y atravesando capas, descubriendo el rastro del amor en nosotros...

Desde la energía de Anahata podemos descubrir lo no golpeado, aquello que sigue indemne en nosotros a través de nuestra historia. También vamos descubriendo que podemos ser capaces para nosotros mismos, acogernos y hacernos capaces.

EXPERIENCIA

Desde ahí fuimos abriéndonos al requerimiento. Qué he dejado de lado en mí, en mi historia, qué he negado, despreciado, olvidado... a qué parte, qué aspecto, qué figura, de mí le digo “te requiero... que tenemos que hablar de muchas cosas...compañero del alma, compañero”.

Poco a poco a medida que podíamos fuimos abriéndonos a los otros en el grupo, percibiendo que tocamos una fuerza desde dentro que nos cambia para hacernos “transparentes”. Los otros son presencias. Vivir significa presencia, permanencia, no acción.

De pie, generamos la vertical desde nuestro eje vertebral y luego la horizontal de los brazos. La horizontal es igual que la vertical.

Percibimos el corazón como el fiel de la balanza, el centro en el que todas las direcciones son integradas. Entramos en su ritmo poco a poco. Abriendo y cerrando el arco de los brazos lo fuimos descubriendo como el centro de la unidad.

Fuimos generando así un arco de emisión en el que el centro es el corazón (vida cordial) el núcleo del amor desde donde podemos estar en todo, abrimos a todo, acogerlo todo.

Desde ese eje formamos parejas, en las que cada uno tiene una irradiación. Sentados uno detrás de otro, el de delante se deja abrazar y el de detrás abraza, colocando las palmas de sus manos en el chacra corazón del otro.

Fuimos entrando en un proceso de contacto físico con sensaciones, vibraciones, sentimientos, pensamientos... en el que esperamos a que uno y otro llegasen a perder el objeto del que abraza y es abrazado.

Luego cambiamos de posición, el que estaba abrazando pasa a ser abrazado y quien era abrazado pasó a abrazar, intercambiando el proceso.

Para terminar, a medida que nos fuimos separando y cada uno volvió a su Espacio Interno, recogiendo la experiencia, fuimos creando nuestro propio mandala (Un mandala es un “círculo”, lo que contiene a la esencia, la esfera de la esencia, la representación del cosmos). Una expresión donde nos podemos reconocer, desde donde nos podemos abrir.

En la puesta en común cada uno fuimos mostrando el mandala que habíamos creado y poniendo palabra a la experiencia. Estas son algunas de las cosas que recogimos:

- “He tenido sensación de envergadura y me ha sorprendido encontrarme con dificultades para acoger e integrar a mi mano izquierda. También me ha gustado sentir la vida de alguien tan cerca”
- “Me ha resultado grata la propuesta de requerirme, el “vamos a hablar” y poderme acoger. Recuperar para mi algo que está en mi”
- “He descubierto lo que necesitaba... un corazón tierno y pequeño después de quitar capas.”
- “He sentido tristeza al quitarme capas. También he sentido que he de cuidarme”
- “He sentido los pies en el suelo de una forma llamativa. Con gusto por el contacto con el otro. He sentido el corazón acompañado”
- “Me ha costado ponerme de pie y admitir la presencia de los otros. Siento que dentro de mi hay algo que me cuida.”
- “He sentido una felicidad antigua junto con una sensación de peso en los hombros”
- “He ido descubriendo distintas etapas de mi vida con el futuro abierto”
- “Me ha gustado la certeza de que puedo ser capazo para mi misma, descubrir la parte indemne de cada uno me abre a la esperanza.”
- “No me quería levantar y estaba preocupada por no pesar al otro”
- “He experimentado la transcendencia. Un espacio de confianza que me permite entrar en espacios desconocidos”
- “Tengo conciencia de los pies y siento sorpresa del encuentro con el otro”
- “Me sentía más cómoda siendo abrazada”

TEXTO de María Zambrano que nos acompañó:

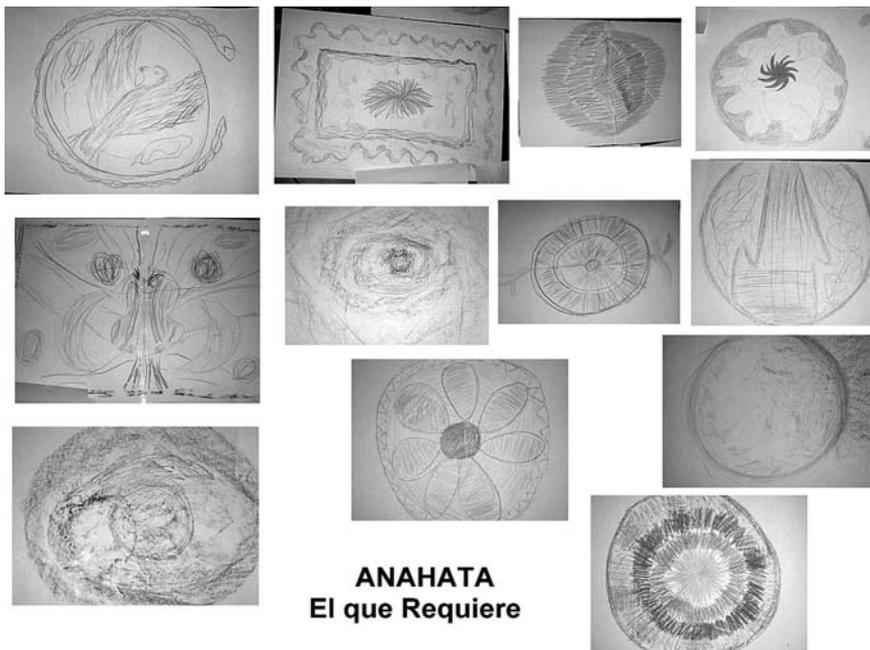
“El amor trasciende siempre, es el agente de toda transcendencia. Abre al futuro, esa apertura sin límite, a otra vida, a otra vida que se nos aparece como al vida de verdad. Mas el amor nos lanza hacia el futuro obligándonos a trascender, hace así transitar, ir y venir entre zonas antagónicas de la realidad, se adentra en ella y descubre su no-ser. Descubre el ser y no ser porque aspira a ir más allá del ser, de todo proyecto.

El amor desplaza el centro de gravedad de la persona, primero a la persona amada, y más tarde quedará ese movimiento, el más difícil, de estar “fuera de sí”. Vivir fuera de sí por estar más allá de sí mismo.

Vivir dispuesto al vuelo, presto a cualquier partida.”

Es el futuro inimaginable, el inalcanzable futuro de esa promesa de vida verdadera que el amor insinúa en quien lo siente.”

Mandalas del grupo



EL DINERO EN PSICOTERAPIA

Gregorio Armañanzas Ros

gar@gogestion.com

CONVOCATORIA

El dinero es un elemento muy rico y polifacético en la relación terapéutica. Muchas de las anécdotas más jugosas que se cuentan en voz baja entre colegas, tienen que ver con el dinero. El dinero, como el sexo, tiene algo de tabú, tal vez porque con ambos se dicen cosas muy personales.

El dinero permite explicitar cosas, permite esconder otras. Es un elemento que circula entre terapeuta y clientes, trayendo y llevando cosas, hablando y callando. Su manejo está condicionado por culturas nacionales, profesionales y familiares.

¿Cómo cobramos?, ¿cuánto cobramos?, ¿cuándo cobramos?, ¿cobramos algo más que dinero?, ¿qué ocurre cuando no cobramos?, ¿cómo nos pagan?, ¿cuándo nos pagan?, ¿qué nos pagan?, ¿nos pagan algo más que dinero?, ¿qué ocurre cuando no nos pagan? ¿Qué simboliza el dinero para nosotros y para nuestros clientes?

Cuestiones siempre abiertas para ser contestadas una y otra vez, por terapeutas y clientes.

- **Objetivo del taller:** Explorar un tema escasamente abordado en los foros profesionales: el dinero.
- **Técnica:** trabajaremos en grupo utilizando técnicas psicodramáticas.
- **Número de personas:** hasta un máximo de 20.
- **Necesidades técnicas:** local amplio que permita al grupo moverse y trabajar en subgrupos. Pizarra o papelógrafo.

EXPERIENCIA

Inicié un caldeamiento sugiriendo que nos moviéramos libremente por la sala pensando en el tema del taller.

Sugerí que los participantes dijeran una palabra en voz alta relacionada con el contenido del taller. Tomé las dos primeras, que fueron “dinero” y “problemas”, para establecer dos subgrupos (sociograma) pidiendo que eligieran una u otra palabra.

Pedí a cada grupo que construyera una escultura. Se les dio voz y movimiento.

Para el tercer ejercicio se establecieron dos subgrupos diferentes de los anteriores.

La consigna para cada grupo fue el que prepararan preguntas relacionadas con el dinero que empezaran por: ¿Qué dirías para...? ó ¿qué dirías si ocurre que...?

Posteriormente ambos grupos se pusieron frente a frente. Un grupo lanzaba una pregunta que era contestado por las personas del otro grupo. Por medio de doblajes, fue posible que todos contestaran todas. Las preguntas, particularmente las más candentes, hicieron surgir diálogos.

Situaciones planteadas

A. El paciente o cliente no paga la sesión

B. El paciente o cliente dice “no te voy a pagar”

C. El paciente dice “no tengo dinero para seguir pagándote”. Fue una de las que más respuestas e interacciones evocó:

- El terapeuta: “Págame un porcentaje cada sesión vg. 18 euros, y el resto lo demoramos para cuando puedas”
- Reflexión interna del terapeuta: “estoy atrapado”.
- Reflexión interna del paciente que ha planteado la situación: “si el terapeuta me acepta esta situación me está protegiendo y manteniendo en la carencia”.
- Alguien comenta la experiencia de que su terapeuta le propuso, antes de que la persona lo hiciera, la posibilidad de retrasar un par de meses el pago en base a las dificultades económicas que atravesaba.

D. El terapeuta ha ajustado una tarifa baja en base a que entendía que era un paciente-cliente carente. Ahora ve que tiene mucho dinero y quiere reajustar esa situación.

- El terapeuta: “este año vamos a cambiar el contrato pues veo que estaba equivocado.
- El terapeuta: “eres un seductor”
- El terapeuta: “me has engañado”
- El paciente en respuesta a la situación que plantea el terapeuta: “tienes envidia del dinero que tengo. Me protegiste antes cobrándome poco y manteniéndome en un papel dependiente cuando en realidad yo he venido aquí a crecer.

E. El paciente dice: “no te quiero pagar porque no asistí y te avisaré previamente.

- El terapeuta: “yo no utilicé esa hora”
- El terapeuta: “este es un compromiso que tienes adquirido”

AMOR Y HUMOR EN EL PROCESO DE EDUCAR

M. Teresa Pi Ordóñez

*Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil del Gironès
Institut d'Assistència Sanitària. Girona*

¿Qué implica ser padres? ¿Qué lugar ocupa el hijo en la mente de sus padres? ¿Qué heridas narcisistas debe tapar? ¿Existe éticamente el derecho a tener hijos cueste lo que cueste y a la edad que sea? ¿Qué es un niño o niña? Son preguntas que se merecen una reflexión.

El concepto de hijo o hija ha cambiado en los últimos años. De ser una consecuencia natural de la vida de pareja, o del mantenimiento de relaciones sexuales, en la que la decisión de los padres contaba poco, a pesar de existir el deseo de hijo, ha pasado a ser una elección.

Cada vez llegan más casos a la consulta pública de salud mental infantil en la que, a pesar de haber mucho amor, la falta de humor plantea problemas a la hora de educar, de marcar límites y de proporcionar una estructura segura en la cual pueda desarrollarse un niño en el proceso de convertirse en persona.

Se propone un taller en el que se trabajará sobre estos conceptos a partir de un caso real.

DEMANDAS DE AMOR DESDE LA CÁRCEL. TALLER DE RESPUESTAS

Jaime Llansó Martín-Moreno
Basilio Fernández Blanco

ACTORES. (Actrices de compañía de teatro)

METODOLOGÍA

1. Lectura escenificada de varias cartas, escritas por internas de la cárcel. Las cartas han sido seleccionadas en su cualidad de demanda de amor, ayuda y comprensión de las internas y desde la presunción de un cierto grado de provocación de empatía en el receptor. La escenificación correrá a cargo de actrices de un grupo de teatro, aún por decidir, de entre las dos ofertas que existen.
2. Una vez concluidas las lecturas escenificadas, los participantes en el taller deberán elegir a cuál de las cartas desean responder. Se constituirán, así, los respectivos grupos de elaboración de las respuestas a las cartas elegidas.
3. Elaboración de las respuestas.
4. Explicitación de las respuestas grupales por un representante de cada grupo.
5. Puesta en común.

OBJETIVO DEL TALLER

La exploración de la empatía provocada por las demandas de amor y compasión emitidas desde un ambiente de privación de libertad como es la cárcel. Dicha exploración se obtendrá mediante la puesta en común de las respuestas, elaboradas grupalmente, a unas cartas-estímulos de las internas de una cárcel.

TRABAJOS ORIGINALES

EL PEQUEÑO GRUPO MONOSINTOMÁTICO DE ORIENTACIÓN LACANIANA

Kepa Matilla

Doctor en Psicología

Burgos

Abstract

El dispositivo del pequeño grupo monosintomático se instala en el tercer momento de la utilización del grupo en el ámbito lacaniano. La “monosintomaticidad” es el concepto clave: un nuevo estatuto del síntoma operado por las circunstancias del momento histórico: homogeneización alienada al universal.

La pérdida de ideales o el declive de la figura del padre nos ha llevado a que los modos de satisfacción sean puestos en el lugar del Ideal, a que los mismos se conviertan en lo que orienta a los sujetos. Esto mismo ha acarreado la producción de una mutación en las formas clínicas con el surgimiento de los “nuevos síntomas” de la civilización: anorexia, toxicomanías, pánico, depresión, violencia, fracaso escolar, etc.

Por otra parte, el ascenso al lugar del Ideal de los modos de satisfacción ha procurado la unión de los sujetos en base a las prácticas que proporcionan la satisfacción de la pulsión. Estas prácticas hacen de guía para el sujeto, llegando a autodefinirse, nombrarse a sí mismos, con el significante de las mismas. Esta falsa identidad obtura la propia particularidad.

Esta operación es contraria al psicoanálisis, donde se busca erosionar la identidad cristalizada y establecer la particularidad subjetiva. El pequeño grupo monosintomático se orienta en este sentido: crea la ilusión de “nosotros” como condición de formación del grupo, para que a través del dispositivo grupal pueda ir surgiendo el inconsciente de cada uno, el equívoco, lo propio del ser, y transformar así el síntoma social en síntoma subjetivo.

The mechanism of the monosymptomatic small group installs in the third moment of the utilization of the group in the lacanian circle. The “monosymptomaticity” is the key concept: a new point of view of the symptom made by the circumstances of the historic moment: the homogenisation alienated to the universal.

Losing the ideals or the decline of the figure of the father takes us to put the ways of satisfaction in the place of the Ideal. Now they are what guides people. This has produced a mutation of the clinic forms with the emergence of the “new symptoms” of the civilization: anorexia, drug addictions, panic, depression, violence, school failure, etc.

Otherwise, the ascent of the ways of satisfaction to the place of Ideal has made the union of the subjects based in the practice which provides the satisfaction of the drive. These practices appear like a guide for the subject, and the subjects define themselves, they name themselves, with the significant of these practices. This false identity closes the own particularity.

This operation is the opposite of what psychoanalysis do, it wants to erode the crystallized identity and to establish the subjective particularity. The monosymptomatic small group runs in that way: it creates the illusion of “us” first to the start of the group. Then the mechanism of the group can make appear the unconscious of the subject, the misunderstanding, the own being, and transform the social symptom in a subjective symptom.

Introducción

El dispositivo del pequeño grupo monosintomático de orientación lacaniana se viene utilizando en Italia desde hace ya bastante tiempo. La actividad está dirigida por Massimo Recalcati, quien le ha dado un uso exclusivo en el ámbito de los sujetos anoréxico-bulímicos. Esta actividad se inscribe en lo que Eric Laurent ha designado como el tercer tiempo del grupo en el ámbito lacaniano¹.

Esta tercera escansión en la elaboración de las prácticas de grupo, tendría como concepto central el de “monosintomaticidad”. Concepto que fue propuesto como un nuevo estatuto del síntoma operado por el momento histórico actual, que no produciría la particularización del sujeto sino más bien, su homogeneización alienada en lo universal.

La clínica que se deriva de este concepto de “monosintomaticidad” tiene como soporte la respuesta subjetiva a la pérdida de ideales por parte de la civilización. Respuesta subjetiva que es puesta en acto en el ámbito de lo patológico, y que a

¹ Cf. Recalcati, M., “Sobre la práctica analítica con los pequeños grupos monosintomáticos”, en *Clínica del vacío, Síntesis, Madrid, 2003, p. 305.*

su vez, –esta es la novedad– permite la asunción de una identidad particular mediante una identificación universal. Pero las consecuencias de esta operación son paradójicas, pues conducen precisamente a disolver al sujeto. En este punto conviene recordar lo apuntado por Freud: “el individuo resigna su peculiaridad en la masa [...] por amor de ellos²”.

El porqué del dispositivo

Lacan en 1938 en su escrito *Los complejos familiares*³ presentaba la declinación de la imagen paterna, algo que estaba en consonancia con lo dispuesto por Freud en *El malestar de la cultura* donde planteaba como causa de la nerviosidad moderna el avance de la civilización. Esto se concentra en la constatación de la desaparición de un Ideal común, para todos, un Ideal al que poder identificarse, y la ocupación de su lugar por el objeto de satisfacción, que es en estos momentos lo que orienta, lo que sirve de guía para el sujeto moderno. Es decir, donde antes se ubicaba el Ideal, ahora tenemos el derecho, o exigencia, a la satisfacción, a los objetos de satisfacción. Esta transformación del imperativo de sometimiento a un Ideal, en un imperativo de satisfacción, produce una mutación de las formas clínicas. Las cuales se pueden en este momento caracterizar por la desinhibición, el exceso y por una urgencia de la necesidad de regulación de todo ello, de la necesidad imperante de algo que oriente.

Tal transformación en la civilización y el consecuente cambio de programa de la cultura, efectivamente, ha conducido al encuentro en la clínica con los nuevos tipos de malestares, que en nuestra época podemos nombrar como anorexia, toxicomanías, pánico, depresión, violencia, fracaso escolar, etc. Se trata de los denominados “nuevos síntomas”.

Así en este sentido, y siguiendo con esta lógica, podemos constatar que a finales del siglo XIX y principios del XX, lo que producía malestar en la cultura era el hecho de tener que renunciar a la satisfacción de los propios deseos en aras de un Ideal social común. Mientras que la causa del malestar actualmente es más bien un tanto diferente, llegando incluso a convertirse en algo cotidiano el hecho de

² S. Freud, “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, p. 88.

³ Lacan, J., *La familia, Argonauta*, Buenos Aires, 1978.

que la gente se reúna y se relacione por la mera equivalencia compartida de un modo peculiar de satisfacción, el cual de manera habitual suele consistir en algún tipo de práctica de uso, de abuso y de consumo. Un ejemplo extremo de este tipo de lógica de funcionamiento, lo hemos podido comprobar recientemente en Alemania, donde varias personas acudieron a una cita concertada a través de Internet, con la intención de ser comidos por un individuo que se anunciaba precisando personas con las que llevar a cabo prácticas de canibalismo. Finalmente, fue una de ellas la elegida y la que acabó muerta, habiendo sido parcialmente devorada⁴.

Y hasta tal punto el modo de funcionamiento posee estos entresijos, en el sentido de constituir la forma de satisfacción una guía para andar por la vida (es decir, uno se orienta por la obtención de aquello que le procura satisfacción –sin olvidar que muchas veces acompaña a la misma una cierta cantidad de malestar⁵), que los sujetos, ellos mismos, llegan incluso a autodenominarse por el tipo de práctica/síntoma que padecen: “soy alcohólico”, “soy anoréxica”, “soy toxicómano”... creando de esta manera una falsa consistencia de ser.

Efectivamente, tres de las características de los llamados “nuevos síntomas” son:

- a) su carácter epidémico,
- b) el definir al sujeto por una práctica (en el sentido de que el ideal sería, el ideal de consumo) y,
- c) el hecho de poder ser calificados muchas veces como monosíntomas.

Es por lo que estos nuevos síntomas no son síntomas en la manera en que lo eran los otros síntomas, valga decir, aquellos que anteponían lo particular de cada sujeto -produciendo una división subjetiva- y que llevaban (quizás) a interrogarse por el propio ser, lo cual a su vez, exigía de una interpretación. Y no son iguales en este sentido, puesto que hoy los objetos obturan tal división. Objetos que son más bien objetos de consumo, no objetos de deseo.

⁴ *Se trata del reciente caso del caníbal Armin Meiwes, quien declaró haberse comido en parte a un individuo que conoció en Internet, donde precisamente, como hemos apuntado, lo conoció con el deseo expreso de comérselo, y la víctima fue voluntariamente reclutada para tal propósito.*

⁵ *Esto llega a ser paradigmático cuando en la clínica uno se encuentra con sujetos que a causa de sus modos, un tanto quizás extremos, de satisfacción de la pulsión, consultan para resolver el malestar asociado al mismo, pero exigiendo que la solución a su problema no pase por el abandono de la práctica.*

La monosintomaticidad está hay para hacer las veces de Ideal. Se trata de lo particular puesto como Ideal, de tal modo que se borre cualquier rasgo de particularidad, pues a fin de cuentas, se trata de un síntoma compartido, “cuanta más certeza identificativa (de masa) se gana, más subjetividad se pierde”⁶. De lo cual nos queda la reproducción en serie de lo mismo. Es la idea que Recalcati retoma de Sartre sobre el colectivo serial, el colectivo que anonimiza lo particular serializándolo⁷.

Se trata de lo que este mismo autor denomina como síntoma social (en oposición a síntoma subjetivo). Este síntoma social no opone al programa de la civilización lo particular subjetivo, el propio malestar, sino que simplemente tiende a agrupar a sujetos que comparten un mismo rasgo, como por ejemplo el grupo de las anoréxicas y su rasgo de identificación al ideal del cuerpo delgado. Se trata de una homogeneización universalizante.

Entonces, “las nuevas soluciones sintomáticas no dividen al sujeto sino que le procuran una divisa”⁸. Le confieren una identidad englobándolo en un conjunto homogéneo. Con la característica de ser una modalidad de satisfacción de la pulsión con ciertas características autistas. Se trata de lo Uno sin pasar por el Otro.

Y esta operación es precisamente contraria al psicoanálisis, pues éste al tener en cuenta el inconsciente obliga a pasar por el Otro, poniendo en primer término el equívoco, la sorpresa, lo particular de cada uno, no como ideal homogéneo, sino como particularidad radical de cada cual. El psicoanálisis trata de erosionar el ideal, las identificaciones, con el fin de interrogar al ser que se esconde tras la insignia identificativa extraída de lo social.

El pequeño grupo monosintomático

El trabajo puesto en marcha en Italia por Massimo Recalcati, retoma la investigación de Lacan en su texto “*La psiquiatría inglesa y la guerra*”⁹. En dicho artículo, Lacan se interesa por la práctica desarrollada por Bion durante la

⁶ Recalcati, M., “Sobre la práctica analítica con los pequeños grupos monosintomáticos”, en *Clínica del vacío, Síntesis, Madrid, 2003, p. 307.*

⁷ Recalcati, M., “Lo homogéneo y lo aleatorio: una aplicación del psicoanálisis a la clínica del grupo monosintomático”, en *Clínica del vacío, op. cit., p. 315.*

⁸ Castrillejo, M., “Clínica del vacío: psicoanálisis aplicado a los nuevos síntomas”, en Cucagna, A., *Ecos y matices en psicoanálisis aplicado, Grama, Buenos Aires, 2005, p. 30.*

⁹ Lacan, J., “La psiquiatría inglesa y la guerra”, en *Uno por Uno, revista mundial de psicoanálisis.*

Segunda Guerra Mundial, pues para Lacan el grupo, este nuevo invento metodológico, es un instrumento de lucha contra el universal ciego. Así es, el pequeño grupo posibilita lo particular, su lógica es la de producir la diferencia, constata la existencia de una heterogeneidad inasimilable en ninguna fusión identificatoria. También da pie a otro tipo de identificación, la identificación horizontal, lo cual permite dar cuenta de los diferentes tipos de soluciones particulares puestas en práctica por cada uno de los componentes del mismo.

Vemos pues que en el pequeño grupo se tiene en cuenta la tensión propuesta por Lacan entre lo que hace lazo y lo que no es colectivizable.

En el pequeño grupo monosintomático la orientación principal es la orientación a lo real, entendido como la orientación hacia aquello que es particular en el sujeto.

El dispositivo grupal comienza su andadura en la orientación lacaniana, precisamente para dar respuesta a esta nueva coyuntura histórica que ha producido estos denominados “nuevos síntomas”, se trata pues de un ensamblaje decidido de la clínica con la época. Es así que los grupos en un primer momento, se crean basándose en la autodefinición de los propios sujetos. Lo cual confiere consistencia al grupo, creando un Otro capaz de reconocer a los sujetos a partir del rasgo común que les hace conjunto. Se trata de un paso previo a la operación analítica de la división subjetiva, y en cierto sentido podríamos hablar de una estrategia opuesta a la misma, pues se trata de reconocer la homogeneidad. Mientras que la operación en sí que pone en marcha el analista, es la de la producción de la diferencia.

Se trata entonces, de una maniobra preliminar asentada en una ilusión de unanimidad, de tal manera que lo que reúne al grupo no es más que un espejismo. Lo que esconde esta unión mediante la ilusión, es la idea de una necesidad de mutar el nuevo síntoma en un síntoma nuevo articulado con el inconsciente¹⁰. Es decir, se trata en realidad de tratar de introducir el sentido en aquello que resulta enquistado, inamovible, cristalizado, holofraseado, con el fin de poner en marcha el aparato de la palabra.

La pregunta que se plantea es pues ¿cómo actuar en los grupos que se basan en la identificación colectiva y que dotan al sujeto de cierta identidad y, no olvidemos, de integración social, para poder instaurar lo particular, “con el fin de

¹⁰ *Op. cit.*, p. 31.

producir la transformación de la necesidad de lo idéntico en la contingencia de lo equívoco”¹¹? Es decir, cómo introducir el inconsciente.

Es precisamente el dispositivo grupal un recurso óptimo para la acción de la palabra, vía la metonimia grupal, pues introduce cierto forzamiento, lo cual facilita la posibilidad de una nueva oportunidad de conexión con el Otro del lenguaje. Se crea de esta manera un nuevo lazo que posibilita la introducción del marco del lenguaje, y de alguna manera se convierte en el sostén de la circulación de la palabra. Es de esta forma como se posibilita la conjunción del campo de la pulsión con el campo de la palabra. Por otra parte, el sujeto está bajo una economía de tiempo y de palabra, y esto le obliga a ceder algo de aquello de lo cual obtenía satisfacción, para poder de esta manera hacer lazo. Es esto lo que se ha podido constatar mediante la utilización en Buenos Aires del dispositivo del pequeño grupo monosintomático aplicado al fenómeno psicossomático¹². El grupo posibilita la circulación de la palabra, y de este hecho surge lo particular de cada cual, dando paso a las subjetividades propias de cada uno que se escapan a aquello que intentaba obturar el propio ser y que en un principio los identificaba.

La operación del analista consiste pues en transformar la demanda de ayuda en demanda de análisis, pues el análisis pone en primer término la rectificación subjetiva, la parte de responsabilidad que cada uno tiene para con su modo de satisfacción de la pulsión, que a fin de cuentas es lo que le produce malestar. Es entonces el reconocimiento de la implicación en aquello que divide al sujeto, el momento en el que la demanda de ayuda se transforma en demanda de análisis, demanda sobre el deseo. A decir de Jacques-Alain Miller, “interpretar al grupo es disociarlo, y remitir a cada uno de los miembros de la comunidad a su soledad, a la soledad de su relación con el ideal”¹³.

Entonces, se toman los nombres del malestar actual, primero para instalar la ilusión del “nosotros” y segundo, para que el lazo posibilite, mediante la metonimia grupal, la pregunta por el propio ser. Esto es, el paso de la identificación colectiva al surgimiento del nombre propio del sujeto, aquello particular.

¹¹ Recalcati, M., “Sobre la práctica analítica con los pequeños grupos monosintomáticos”, *op. cit.*, pp. 307-308.

¹² Cf. Cucagna, A., *op. cit.*

¹³ Cf. Faraoni, J., “El pequeño grupo monosintomático de ataque de pánico”, en Cucagna, A., *op. cit.*, p. 141.

Resumamos pues los pasos:

- a) en primer lugar, asumir el síntoma social como producto de los acontecimientos histórico-sociales, albergarlo en el seno del grupo y crear la ilusión de unanimidad, para así poder producir una especie de vínculo. En este sentido Freud contemplaba la idea de que “la identificación es la forma primera y originaria del lazo afectivo”¹⁴. Este primer paso, conviene recordar, actúa de manera apaciguadora en cierto sentido, pues permite estabilizar ciertos fenómenos en relación a la angustia, ya que se trata a fin de cuentas de la relación con el ideal. En este sentido, Recalcati señala para el caso de la anorexia, cómo el grupo puede realizar la función de una especie de freno en relación a la pulsión sin límite de estos sujetos: “El grupo puede convertirse así en un nuevo compañero, en algo que el sujeto anoréxico puede situar entre sí mismo y el empuje hacia la muerte que lo habita”¹⁵.
- b) acto seguido, lo que sería el paso dos, consistiría en someterlo al mandato de la metonimia grupal. Es decir, “taladrar esta ontología de lo Mismo”¹⁶ mediante el mecanismo de la metonimia grupal. Esta operación permite introducir el equívoco en lo idéntico: “la no coincidencia entre enunciado y enunciación, la excedencia de la significación respecto a lo que se dice, la no identidad del sentido consigo mismo”¹⁷. Esto actúa en dirección opuesta a la metáfora cristalizada, estancada.
- c) el tercer tiempo es el de la producción de la “diferencia absoluta”, es el tiempo de la formación de un nuevo síntoma como metáfora, no ya social, sino más bien subjetiva. Es una metáfora en relación con el equívoco del inconsciente.

Finalmente, Recalcati describe tres modos de conclusión de los análisis en la clínica del grupo monosintomático¹⁸, tras los cuales el sujeto puede optar, al menos se le puede plantear la posibilidad, por un análisis personal. Estos tres modos de conclusión son los siguientes:

¹⁴ Freud, S., “*Psicología de las masas y análisis del yo*”, *op. cit.*, p. 100.

¹⁵ Recalcati, M., “*Sobre la práctica analítica con los pequeños grupos monosintomáticos*”, *op. cit.*, p. 309.

¹⁶ *Ídem.*

¹⁷ *Ídem.*

¹⁸ Castro, M., Starópoli, G., Racioppi, A. y Cucagna, A., “*Una marca que borra*”, en Cucagna, A., *op. cit.*, p. 47.

- a) tenemos el primer tipo de salida de un grupo, el cual consiste en lograr una “cosmética sin cirugía” tal como lo planteaba Freud, es decir, el sujeto obtura mediante una nueva identificación la interrogación sobre su modo de satisfacción de la pulsión.
- b) la segunda salida es la histerización del sujeto, en esta ocasión, se logra tocar algo en lo referente al fantasma, el sujeto puede interrogar algo acerca del mismo pero sin llegar a más lo sepulta con una nueva identificación.
- c) la tercera salida está relacionada con la extracción de cierta particularidad del sujeto, y de su relación con una pregunta más íntima por el objeto causa del deseo dentro del marco del fantasma. De modo tal que los efectos terapéuticos no dependan tan sólo de una cosmética. Se trataría de una nueva elaboración del fantasma en la que el sujeto elabora un nuevo saber sobre lo más particular de su ser y de su relación con ello. Este nuevo saber modifica su economía libidinal y ordena otro modo de acceso a la satisfacción de la pulsión. De aquí, como recién hemos comentado, puede que el grupo monosintomático funcione como paso preliminar a un futuro análisis individual.

Bibliografía

Cucagna, A., *Ecós y matices en psicoanálisis aplicado*. Grama, Buenos Aires, 2005.

Freud, “*Psicología de las masas y análisis del yo*”, en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 [1921].

Lacan, J., “*La psiquiatría inglesa y la guerra*”, en *Uno por Uno*, revista mundial de psicoanálisis N° 40, Barcelona, Eolia, 1994. - *La familia*, Argonauta, Buenos Aires, 1978 [1938].

Miller, J. -A. y Laurent, E., *El Otro que no existe y sus comités de ética*, Buenos Aires, Paidós, 2006.

Recalcati, M., *Clínica del vacío*, Síntesis, Madrid, 2003.

VVAA, *Enlaces*. Revista del “Departamento de estudios psicoanalíticos sobre la familia”, Buenos Aires, Grama, 2004.

BREVE INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Manuel Mateos Agut

*Psiquiatra. Coordinador del Hospital de día
Servicio de Psiquiatría. Hospital Divino Valles. Burgos
mmateosa@intersep.org*

INTRODUCCIÓN

Todas las personas y precisamente por serlo, tenemos una gran experiencia en distintos tipos de grupos. Buena parte de nuestra experiencia vital, por no decir que la mayoría, se desarrolla en el seno y bajo la influencia de algún grupo.

La familia es nuestro primer grupo de pertenencia, nos da una primera identidad grupal, esto es: nos trasmite una historia familiar, un conjunto de normas y valores que han ido configurándose a lo largo de muchas generaciones y que son el resultado del intercambio de las distintas formas de afrontamiento de la realidad que han tenido las familias precedentes; en definitiva nos trasmite una cultura.

Se organiza el grupo familiar como un proyecto de futuro, con la primordial función de ser el medio donde tendrá cabida el desarrollo físico pero sobre todo emocional de las personas que lo integran.

La familia entonces, es la encargada de dar cobijo a las personas ante un medio a priori hostil, de dar sustento a las necesidades físicas y emocionales y de transmitir una identidad y cultura.

En ella se da un proceso en el que a partir de una identidad familiar, se produce el tránsito que va desde la indiferenciación de los nuevos miembros hasta la individuación y separación de estos, que al unirse con otros individuos de grupos familiares distintos garantizan un futuro.

Los grupos de amigos, pandillas, cuadrillas, clubs etc. representan un paso en la independencia del grupo familiar y de apertura al entorno social más amplio. Estos grupos se rigen por normas parecidas a las familiares aunque de menor estabilidad en general.

Las personas también nos desarrollamos en grupos de mayor dimensión, donde la identidad individual queda más difuminada, pero que no por ello son menos importantes para nuestro desarrollo personal, me refiero a los grupos laborales, los municipales, estatales y supranacionales, instituciones en general. Estos son grupos grandes en general, y como veremos en ellos se dan distintos fenómenos a los que observamos en los grupos pequeños.

El estudio de los grupos y su aplicación a la clínica parece de gran importancia por lo ya expuesto, pero su importancia es mayor si tenemos en cuenta, que **junto a los procesos intrapsíquicos individuales, operan otros que son inherentes al propio grupo donde nos movemos.** En otras palabras, *el grupo tiene procesos conscientes e inconscientes, su propio pensamiento grupal y su lógica interna, tiene sus propias necesidades que se superponen a las de los individuos que lo componen, una cultura grupal y unos procesos emocionales y de desarrollo grupal que se traducen en una conducta del grupo, de tal manera que las personas que lo constituyen se encuentran inmersos en todos estos fenómenos operando como parte de ese todo grupal.*

Como hemos visto existen dos tipos de grupo en los que se desarrollan fenómenos bien diferenciados: los **grupos pequeños**, que son los que han sido utilizados en la clínica con fines terapéuticos, entre los que señalábamos a la familia y las cuadrillas etc. y los **grupos grandes** institucionales.

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Más que hablar de psicoterapia de grupo, dada la amplia significación aplicada al término, quizás podamos hablar de psicoterapias de grupo, pues desde que en 1905 H. J. Pratt, reuniera a sus pacientes tuberculosos con fines psico-educativos que aceleraran su proceso de curación, son muchos los clínicos que han encontrado en el grupo un instrumento de gran potencialidad para producir o acelerar un “cambio” en sus pacientes y con muy diversos modos de entender el grupo y diversas técnicas de manejo de este.

Alcohólicos Anónimos constituye una terapia de grupo, también lo es un grupo de mujeres embarazadas en una clínica prenatal o un grupo de esquizofrénicos en un hospital de enfermos crónicos. Podríamos también llamar terapia de grupo a la que realizan un conjunto de personas que se comportan relativamente bien aunque tengan desórdenes neuróticos o del carácter y que se reúnen en una clínica para enfermos no hospitalizados o en el consultorio de un psicoterapeuta o aquellos grupos T de crecimiento personal.

Como vemos, la terapia de grupo ha sido aplicada a multitud de problemas y patologías, pero también ha sido realizada con muy diversas técnicas y distintas comprensiones: desde sus dos principales ramas iniciales, la psicoanalítica y la psicodramática, luego fueron desarrollándose distintas modalidades como los grupos de encuentro, grupos de entrenamiento o grupos T, grupos de crisis, grupos de terapia familiar, grupos de análisis transaccional, de terapia gestalt o de musicoterapia, e incluso desde la orientación conductual para el entrenamiento en habilidades sociales, etc., por citar solo algunos de los más relevantes.

Independientemente de la base teórica de la que se partiera o de la patología que se pretendiera asistir, ha habido tres tipos de posicionamiento frente al grupo:

- Unos entienden que este es el lugar donde se trata al individuo, de tal manera que las intervenciones que realiza el terapeuta van dirigidas al individuo, no siendo de relevancia los fenómenos propios del grupo. Este ofrece la principal ventaja de la economía de tiempo. Terapia en grupo.
- En segundo lugar están los que ven al grupo como una totalidad, sin tener en cuenta al individuo y sus propios fenómenos individuales. En esta posición se encuentran algunos psicoanalistas como Bion, el cual atendía solo al análisis del grupo, que en su fantasía era comprendido como si de un solo paciente se tratara. Terapia del grupo.
- Por fin, encontramos que S. H. Foulkes entre otros, desde la clínica Norfield comienza a trabajar desde una posición más integradora. Para Foulkes el grupo debe ser analizado en su totalidad, pero en el cabe la interpretación al individuo. En sus palabras, la Psicoterapia Grupo-Analítica es la que se realiza en el grupo y por el grupo. Terapia por el grupo.

Dado que sería excesivamente ambicioso un análisis de tan basta variedad de corrientes para el presente trabajo, en adelante voy a referirme a esta última concepción, la Grupo-Analítica y en lo que se ha dado en llamar el grupo de neuróticos. En las siguientes páginas intentaré condensar mi experiencia primero como alumno y luego como profesor del Máster de Psicoterapia Grupal Analítica de la Universidad de Deusto y la realizada como clínico durante los últimos 20 años en el Hospital de día y en una Consulta de Psicoterapia General.

Por tanto expondré una comprensión psicoanalítica del grupo que entiende a este como a un todo, pero sin olvidar que este esta constituido por individuos, que pueden ser analizados en el seno del grupo y por el grupo. Por otra parte entenderemos que aunque la comprensión que de la experiencia grupal hagamos sea de base psicoanalítica, la actitud del terapeuta deberá adaptarse a las distintas

patologías que aborda. Será distinto el nivel de la intervención o se hará presente en distinta medida el conductor según trabaje en un grupo de neuróticos (desde una mayor distancia analítica) o de un grupo de psicóticos (de carácter más psicoeducativo).

CUESTIONES PREVIAS

Decía Foulkes que si queremos atender a un paciente por medio de psicoterapia, deberíamos presuponer la esperanza de que este cambie. Pero esto le hacía plantearse varias preguntas:

¿Quién desea que cambie?. Obviamente no es suficiente que solo el terapeuta o algún familiar del paciente esperen ese cambio. En consecuencia debe ser el paciente quien desee cambiar y en tal caso ¿porque cambiar?, ¿en que cambiar?, ¿y de que manera espera él cambiar?, por fin, ¿por que acude al terapeuta para cambiar?.

Desde un punto de vista psicoanalítico, estas respuestas tienen un aspecto consciente y otro inconsciente, por lo que no puede esperarse una gran ayuda de las respuestas que el paciente nos da. Para Foulkes es primordial hallar las respuestas a estas preguntas fundamentalmente a través de las comunicaciones, respuestas y actitudes mostradas o reveladas inconscientemente por el paciente. El terapeuta entonces se formará una idea de la dificultad que el paciente tiene para adquirir conciencia de algo que hasta ahora no advertía de sí mismo (su capacidad de insight). También valorará su integración, obteniendo una idea de la fuerza y modo de sus defensas, es decir de la fuerza y modo en que se resistirá al cambio.

De esta manera, la motivación para el tratamiento, quizás sea el factor más importante entre los que indican la necesidad de psicoterapia, pues si el diagnóstico tiene sentido y no es solo una etiqueta formal se adaptará bien a la dinámica psicopatológica.

Partimos en psicoterapia de dos suposiciones básicas:

- 1.-Que la palabra es el medio mas importante de comunicación entre los humanos, y que por ello, la palabra, tiene capacidad para influir en los otros (buscamos que cambie nuestra manera de entender las cosas, que se produzca un cambio a nivel de nuestro funcionamiento simbólico, para que así también cambie nuestra manera de sentir las cosas y de actuar).

2.-Hemos dado por sentado, que el síntoma que manifiesta el paciente no es el trastorno que le trae hasta nuestra consulta. Pues entendemos desde lo grupal la patología psiquiátrica como un conjunto de fenómenos, en los que sin negar un substrato físico o genético (especialmente en algunas entidades nosológicas), tienen su base en conflictos interpersonales, esto es de relación, ya sean comprobables en la realidad o en la fantasía del sujeto o del grupo. Un intercambio que somete al individuo a situaciones de compromisos emocionales y fidelidades contradictorias, a una acumulación de malentendidos, con mensajes parciales y a veces deliberadamente confusos, y que sitúan a las personas en situaciones de confusión intensa y gran ansiedad, colocándoles en posiciones de indefensión y pequeñez ante estos conflictos intrapsíquicos y los fenómenos grupales existentes.

LA SELECCIÓN Y EL SETTING

Un grupo de psicoterapia no es una mera reunión de personas que hablan sobre un tema definido o sin él. Un grupo de psicoterapia nace primero en el pensamiento de un terapeuta entrenado, que es capaz de imaginarlo como un lugar donde las personas puedan comunicarse libremente, de forma distinta a como lo han hecho hasta entonces, unidas por una matriz de múltiples interacciones.

El grupo en sus primeras sesiones, aún no lo es, solo existe en la imaginación de su terapeuta, los pacientes han sido seleccionados por él procurando una representación igual de hombres que de mujeres, en los que no haya sujetos muy marginales en sus características y si las tienen que haya más de uno de esa categoría, para conseguir una cierta homogeneidad.

Han sido seleccionados en un numero entre 6 y 12, pero que generalmente es de 8 y convocados tras formalizar el compromiso de tratarse en el seno del grupo. Un compromiso que obliga a cada uno de sus miembros a participar activa y puntualmente en cada una de las sesiones, por un tiempo que generalmente oscila entre los dos a tres años de duración y a razón de una o dos veces por semana.

Los pacientes están obligados a mantener en secreto las revelaciones que allí se hacen, evitándose expresamente las comunicaciones entre los miembros fuera de los espacios de las sesiones, de manera que cuando esto se produzca, habrán de hacer partícipes a los demás de estos encuentros y sus contenidos.

Deberán también abstenerse de fumar o comer o levantarse durante la sesión, siendo el vehículo de comunicación que utilizamos la palabra, con la finalidad de

que predomine el funcionamiento simbólico y no la actuación; si esta se presentase (alguien que no viene, que intenta salir del grupo antes de la sesión, que aborda al conductor entre sesiones, que come o fuma en el grupo o insulta o viene bebido al grupo, etc.) deberemos traducirla en palabras para que sea entendida. Por las mismas razones los pacientes, evitaren tomar importantes decisiones que supongan un cambio trascendental en su vida mientras dure la psicoterapia, pues este no sería el momento más indicado para hacerlo.

Es pues, un grupo de extraños que se reúnen en un círculo de sillas durante una hora y media por sesión semanal o bisemanal, bajo la conducción de un terapeuta experimentado capaz de entender al grupo desde una comprensión psicoanalítica.

A semejanza de la práctica del psicoanálisis individual no existe más tarea previa que la de permitir que fluya la libre asociación de los pensamientos, recuerdos y sueños de sus miembros, o en términos grupales, la libre discusión flotante. De dicha discusión libre flotante, y de los mensajes no verbales, posturas, posición en el grupo, actitud hacia el terapeuta o los otros miembros del grupo, el conductor (terapeuta), podrá ir extrayendo el material consciente e inconsciente, las formas de defenderse ante el conocimiento de sí de los pacientes que servirán para crear el material de la interpretación, que se centrará fundamentalmente en el *aquí y ahora* del grupo y sus pacientes.

El conductor (terapeuta) es el encargado de administrar el grupo, de tal forma que es él quien tiene la función de indicar donde se reúne y cuando, él abre el grupo y él es quien señala al final, ejerciendo esta función de continuidad y cuidado.

El grupo siempre se reúne en el mismo lugar y a la misma hora, finalizando la sesión a la hora prefijada. Solo grandes acontecimientos deberían dar lugar a cambios en este sentido, y cualquier transgresión de estas normas por los pacientes, será objeto de análisis por parte del conductor.

Todas estas normas que hemos expresado anteriormente son conocidas con el nombre de ENCUADRE o Setting y tienen la función de asegurar la continuidad del grupo con todos sus miembros (el grupo no es el mismo si están unos miembros u otros, de hecho cuando se da una ausencia, siempre pedimos que nos sea comunicada previamente, y se deja la silla vacía en el círculo), asegura también la utilización del tiempo previsto para la sesión ya sea desde el silencio o desde la participación y es el punto de referencia del conductor, pues le sitúan en las coordenadas de espacio y tiempo. Por otra parte el conductor materializa sus cuidados al grupo a través de su continuada puntualidad y su tener siempre correctamente preparada la sala.

EL INICIO

La aceptación de asistir al grupo ha despertado muchas fantasías a cada uno de los convocados, ya antes de la primera sesión imaginan lo que allí tendrá lugar, quienes estarán allí y lo que se les dará. Todas estas fantasías proceden de la personal historia de cada uno de ellos, y los miedos y esperanzas que les provocan van a decidir como llegan a esta primera sesión, también en las siguientes, y donde y como se sientan.

Los primeros momentos del grupo son tensos y especialmente difíciles para todos las personas que lo componen. Tras sentarse en el círculo de sillas, todos esperan del conductor que tome las riendas del grupo, proponga un tema de conversación o incluso que de una charla. Es frecuente que el conductor intervenga para dar las normas del encuadre, pero luego se mantiene silencioso.

Esta actitud del conductor crea una gran confusión en todos. Nadie espera esto, aunque ya se lo hubieran advertido (no hay que olvidar que gran parte de las personas que asisten a grupos de terapia han sido enviados por otros que tuvieron ya esta experiencia), y todos se sienten decepcionados y asustados.

Los distintos grupos enfrentan esta situación de muy distinta manera según las características personales de los miembros que lo componen: hay grupos que tras los silencios iniciales se deprimen y entran en una incomunicación intensa, y solo pueden salir del autismo con delicados cuidados del conductor; más frecuentemente se muestran irritados y los elementos más paranoides se dirigen a su conductor al que consideran responsable de este experimento con fines sospechosos, y puede que le agredan verbalmente, o le analicen en sus posturas o en su actitud en un intento de neutralizarle; otros grupos también intentan ejercer el control de una forma maníaca, son grupos que se muestran con una excesiva naturalidad, hablan mucho y continuamente con el único objetivo de evitar el tan temido silencio y por eso se presentan unos a otros y luego alguien pide que por turno explique cada uno su profesión, porque ha venido aquí, cuales son sus expectativas y sus gustos y aficiones y... cuando un tema se agota, rápidamente se vuelven al conductor, pero como quiera que este no decida intervenir, febrilmente se busca otro motivo de conversación para que no haya silencio, todo vale para negar la angustia.

Es cierto que todos están asustados y con una gran confusión. No esperaban esto y se sienten decepcionados, están ante unos extraños ante los que han de resolver sus conflictos, ¿que les pueden enseñar estos enfermos?, el conductor ha de conocer el sentido de todo este embrollo pero calla, y sin embargo es alguien que

debe saber mucho, (es psicólogo o psiquiatra!). Ciertamente se sienten muy pequeños aquí, y esto les impide pensar.

Cuando por fin el conductor interviene puede ocurrir que en esta confusión que sienten, pocos puedan entender sus palabras y se reciben con la mezcla de hostilidad y sumisión que nace del sentimiento de pequeñez. Solo los que le viven más tranquilizadamente, a menudo los más dependientes o los que se identifican más fácilmente con él pueden recibir sus palabras.

Al terminar la sesión todos se sienten aliviados. Como hemos visto, el grupo aún esta solo en la mente del conductor, la confianza depositada en él y el compromiso dado es lo único que les une y garantiza que puedan reunirse de nuevo al cabo de unos días.

LAS SESIONES SUCEсивAS Y ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

Durante los días posteriores los miembros del grupo van trabando conocimiento de cada uno de ellos y se familiarizan con las normas y forma de funcionamiento del grupo.

Alguien llega tarde a la sesión. Se muestra ambivalente con su decisión de asistir y busca tareas que le ocupan hasta última hora, o se entretiene a la puerta por los motivos más dispares: para fumar el último cigarrillo, para comprar algo o por un encuentro casual, aunque llegar hasta aquí le haya supuesto un gran esfuerzo en tiempo y dinero. Otra persona puede llegar tarde para así ser visto por todos, quizás crea que si actúa de otra manera los demás no le tendrán en cuenta. Otro se muestra agresivo en sus comunicaciones o retira la silla por detrás del círculo o se sienta junto a la puerta, muchas veces se trata de quien se presenta como alguien con gran experiencia en el trato con personas o con un alto nivel y reconocimiento público, parece sentirse incómodo y necesita defenderse de esta situación grupal. Vemos así como algunos de los miembros del grupo van incluyéndose en él con sus dificultades, es como su tarjeta de presentación y para nosotros va a tener una gran significación.

Las personas ante situaciones nuevas, tenemos la tendencia de comportarnos como lo hemos venido haciendo en otras más conocidas, de tal manera que cuando nos introducimos en un nuevo grupo, ya sea de psicoterapia o de trabajo o familiar etc..., tenemos una gran facilidad para confundir a aquellas figuras de nuestra familia con las personas que encontramos ahora y a reproducir conductas y actitudes de aquella situación. Este fenómeno es conocido con el nombre de

TRASFERENCIA y se produce de una forma inconsciente, de tal forma que el sujeto que así actúa, no es capaz de reconocer este trasbase de sentimientos y manifestaciones como ajenos a la situación real.

Hay pacientes que se muestran sumisos ante su terapeuta, aceptando de forma incondicional sus señalamientos e interpretaciones o como silenciosos observadores. Otros en cambio se muestran críticos ante esta figura de autoridad, son muy a menudo los que se sienten más atraídos por ella y pese a sentarse frente a él o asumir siempre posturas opuestas, manifiestan su identificación por medio de la apropiación que hacen de las posturas o formas de hablar del conductor. Parecería como si necesitaran buscar una forma de no ser engullidos por él pero necesitaran apropiarse de sus cualidades, mientras que en otros casos este fenómeno podría estar en relación con los sentimientos de culpa vividos en su relación con sus padres hacia el otro progenitor. Por fin, otros colaboran activamente contribuyendo a promover la cohesión del grupo. Son personas que buscan la aprobación del terapeuta y esperan obtener un lugar privilegiado por ello.

Esta relación que establecen hacia el conductor tiene su origen en la experiencia familiar vivida con sus padres, la denominamos *Trasferencia hacia la figura central* y está modelada según la neurosis de transferencia propia del análisis.

Existen otras dos formas de transferencia propias de la situación grupal como son la *Trasferencia hacia los pares*, modelada según la neurosis familiar y la *Trasferencia hacia el grupo como totalidad*, que simboliza la figura materna tal y como la vive el bebé en los primeros momentos de su vida, antes de acceder al “conocimiento” de la relación triangular con la presencia del padre (confianza básica).

Como expresión de la primera, a menudo observamos como se reviven las situaciones de envidia u otras entre los hermanos reales con los compañeros de grupo. En cuanto a la transferencia hacia el grupo, los pacientes comunican vivirlo como no amenazador ni abrumador con su afecto, un grupo que no rechaza, no juzga, sino que ofrece el tipo de apoyo y de comprensión que parecen necesitar cada uno. En otras palabras, el grupo puede asumir la función de una madre bien intencionada.

Quizás aquí podamos encontrar una de las causas beneficiosas del grupo: a pesar del empecinamiento de alguien en ponernos en el lugar de su hermano tirano o su padre ausente, los miembros del grupo se resistirán a esa confusión y a través del dialogo le permitirán llegar a reconocer la situación real para que pueda establecer una nueva forma de relacionarse.

Los miembros del grupo, en esta actitud comprensiva y de escucha, van realizando sus comunicaciones, de tal forma que actúan teniendo por fondo un campo al que denominamos MATRIZ o red de comunicaciones o transferencias. *La matriz es un fenómeno grupal específico, constituido por todas las relaciones potenciales manifiestas y latentes que tienen lugar entre los miembros, transferidas o reales. En su conjunto, esas relaciones constituyen la matriz del grupo en cuyo contexto tiene lugar el proceso grupal* (M. Grotjahn 1979).

Así como en el análisis individual, el psicoanalista se esfuerza en interpretar **la resistencia** del paciente que le impide a acceder a su inconsciente, el conductor de grupo deberá interpretar las perturbaciones de la comunicación y de la interacción entre los miembros del grupo. La resistencia en el grupo se dirige contra la comunicación libre y no contra el inconsciente individual.

El grupo suele resistirse a la comunicación durante los primeros momentos de la sesión, el silencio puede durar muchos minutos, es como si el grupo tuviera que constituirse cada vez que se reúne. No obstante los pacientes suelen referir que han pensado durante la semana en el grupo o que determinadas dificultades pudieron resolverlas gracias a estar en él.

A menudo la sesión se ve invadida por los acontecimientos de la realidad externa al grupo, de tal manera que la cercanía de unas vacaciones hace que se sientan desanimados para hablar y la resistencia se expresa como una preferencia diferir el tratar ciertos temas al regreso. Otras veces son acontecimientos políticos que el grupo se afana en racionalizar.

También tras haberse discutido alguna situación conflictiva, el grupo puede conspirar silenciosamente o convertirlo en tabú, desplazando la responsabilidad de resolverlo al conductor.

Otras formas comunes de resistirse al cambio que vemos en los grupos son aquellas situaciones en las que todos los pacientes llegan tarde a la sesión o en las que se sientan todas las mujeres juntas y los hombres enfrente o se agrupan en función de un determinado posicionamiento o cuando existe una armonía sin fisuras, estos son grupos en los que todos se sienten fantásticamente bien evitando cualquier disidencia, en los que todos disfrutan de es “madre buena” que han creado y evitando lo que de costoso tiene el proceso terapéutico.

Evidentemente el grupo no es ajeno a las resistencias individuales, que en ocasiones llegan a obstaculizar el proceso grupal, impidiendo su avance. El grupo siempre espera a los más rezagados y hasta que no los incorpora no sigue adelante,

esto se encuentra favorecido por el hecho de que en la mayor parte de las ocasiones todos ven lo que este miembro en especiales dificultades no puede captar.

Como vemos es prioritario que el conductor vaya creando una **cultura grupal** en la que impere un clima de gran tolerancia y comprensión, en el que los pacientes puedan hablar libremente desde y de sí mismos y sean respetadas las normas grupales.

La interpretación en este clima es realizada por todos los miembros del grupo, siendo muchas veces mejor escuchada cuando procede de un igual que cuando es el conductor quien la formula. Este tendrá en cuenta que la meta de la interpretación es en primer lugar la resistencia y sólo secundariamente la introversión y que más que atender a la resistencia individual, preferentemente se dirige a los bloqueos de la libre comunicación entre los integrantes del grupo.

El análisis que hacemos de una persona puede ser válido para otro o para todos los miembros del grupo, resonando en la matriz grupal. También vemos que es más escuchada la interpretación cuando es formulada grupalmente, abarcando a todos, pues permite a los pacientes tomar una distancia y verlo con perspectiva.

FACTORES CURATIVOS

¿Pero como cura el grupo?. Analizaremos varios factores que han sido señalados tanto por los terapeutas como por sus pacientes en las investigaciones recogidas por Irvin Yalom (1975):

- **Universalización:** cuando un paciente descubre que no es la única persona que padece un trastorno o que su problema es de otros también, deja de sentirse tan distinto y puede sentirse comprendido y así salir del aislamiento.
- **La Catarsis:** denomina una experiencia emocional intensa. Vemos que la fuerte expresión de la emoción es importante para el grupo, pues fomenta el desarrollo de la cohesión, así en los grupos donde se expresan y se analizan sinceramente los sentimientos se desarrollan vínculos mutuos y estrechos. Pero la presencia de situaciones catárticas no es siquiera señal de un buen funcionamiento de un grupo ni es suficiente para el proceso de cambio.
- **Factores existenciales:** uno de los momentos claves para el cambio ocurre cuando el paciente es capaz de reconocer que la vida a veces es injusta, que nadie puede librarse de las penas de la vida ni de la muerte, y que independientemente de lo unido que uno se encuentre a otras personas, aún

debe vivir solo la vida, enfrentando sinceramente los problemas básicos de ésta para hacerse responsable en última instancia de su existencia. El paciente esperará de su terapeuta y del grupo su presencia y aceptará su acompañamiento. “Cuando los pacientes revisan su terapia, rara vez evocan una sola interpretación de su psicoterapeuta, pero siempre recuerdan su presencia; siempre estaba allí con ellos” (Yalom, 1975).

- **La comprensión de uno mismo:** los pacientes tienen la ocasión en el grupo de aprender como los otros les perciben, y esta es una de las vías por las que llegan a conocer partes previamente desconocidas de sí mismos. Ahora bien, frente a lo que se suele opinar comúnmente, no es sobre todo el desnudar los aspectos vergonzosos, terribles o primitivos de sí mismos, lo que más parece ayudarles, sino el verse interesándose por los otros, relacionándose íntimamente con ellos o sintiendo compasión. Según Maslow la psicoterapia aumenta el amor, la valentía y la creatividad, y reduce el temor y la hostilidad. “Descubrir aspectos de uno mismo promueve el cambio porque alienta a los individuos a reconocer, integrar y dar libre expresión a partes antes disociadas de sí mismos” (Yalom, 1975). Por contra, negar partes que están dentro de uno, exige mantener un gran esfuerzo para evitar que estas se manifiesten.
- **La conducta de imitación:** los pacientes, en el seno del grupo, tienen la oportunidad de observar otros modos de enfrentar sus problemas, enfocándolos como creen que lo haría algún compañero de grupo o su terapeuta. Este modo de enfocarlo no siempre se realiza nivel consciente, sino que se van identificando con los aspectos de unos y otros y de esta manera van creando su propio y nuevo patrón de conducta.
- **La revalidación de la familia:** La familia primaria está presente siempre en el grupo, los sucesos del grupo, la rivalidad de los hermanos-miembros, de los padres-terapeutas y las fantasías regresivas del grupo impulsan al paciente hacia su antigua vida en la familia. El paciente entonces puede revalidar su experiencia pasada, que conformó en parte su idea del mundo en que vive, y al recibir distintas respuestas de estos hermanos/padres que no se dejan colocar en el lugar que el paciente esperaba, pueden escuchar de otra forma a estas figuras familiares, rescatando a los padres y hermanos reales para sí. De manera que se produce una **experiencia emocional correctora**, que acompañará al paciente en el futuro, y le permite sentir más confortablemente a sus figuras internas.
- **Los factores curativos fuera del grupo:** durante el proceso terapéutico el paciente se ve alentado a confrontarse de forma distinta con situaciones o figuras temidas. Esta confrontación valida sus intuiciones y las capacidades que va adquiriendo progresivamente, no solo cuando esta en el grupo, sino una vez que ya lo abandonó.

LA DESPEDIDA: EL FINAL DEL GRUPO

El final de la psicoterapia, es a mi modo de ver uno de los dos momentos cruciales de esta. Me estoy refiriendo al comienzo y al final, pues si la psicoterapia es un reflejo de lo que ocurre en la vida real, deberá describir el continuo conocer, ligarse y despedirse de las cosas, las personas y las experiencias que es la vida. En estos momentos críticos se reeditan todas nuestras dificultades y conflictos no resueltos en forma de inseguridad y exigen nuestras mayores capacidades de flexibilidad y adaptación.

Por lo general, el final de la terapia es sugerido tanto por el paciente que se siente con fuerzas para enfrentar su vida solo, como por el terapeuta que aprecia unos signos de madurez suficiente. La situación ideal sería aquella en la que ambos coinciden. No obstante desde que se toma la decisión de finalizar la experiencia de un paciente hasta que se hace efectiva, es conveniente darse un tiempo para que puedan resolverse los conflictos relativos al final que surgirán dentro de él y también los que se reavivan en el grupo, por ello se suele fijar un final que se anuncia al grupo con tiempo suficiente.

La despedida suele acompañarse de fantasías de muerte y de agresividad que nace de los sentimientos de abandono y de la envidia que siente el que se queda. El grupo debe poder expresar abiertamente estos sentimientos para hacerse cargo de ellos.

Por lo general no es posible en la práctica clínica que todos los miembros de un grupo comiencen y terminen a un tiempo (grupo cerrado), sino que se van produciendo lentamente entradas y salidas de miembros del grupo (grupo semiabierto), esta situación es más acorde con lo que comúnmente pasa en el desarrollo familiar y permite una mayor familiarización con estas situaciones para los pacientes.

Sin embargo, la experiencia de inicio y final es irreplicable para cada uno de nosotros y generalmente llena de fantasías terroríficas. Por ello no es extraño ver como algunos pacientes intentan eludir estas situaciones. Una forma de evitar la despedida es a través de formar una gran bronca, que es la mejor manera de no separarse, pues nadie está más presente que aquel a quien se odia. También puede marcharse corriendo con cualquier disculpa o sin decir adiós; los pacientes que así comportan funcionan en la fantasía de que si no dicen adiós es como si el final no hubiera ocurrido.

Una despedida verdadera pasa por el reconocimiento de que se ha llegado al final, la evaluación de la experiencia vivida y el agradecimiento de lo que uno se lleva de ella para poder seguir una vida más autónoma en el futuro. De otro modo la terapia habrá sido una experiencia fallida y el paciente tan solo habrá conseguido complicarse un poco más su vida (todos estamos llenos de experiencias no concluidas, que son tareas que nos impiden avanzar). Por todo ello es un momento que el conductor no debe eludir, poniendo el máximo cuidado y lo mejor de su experiencia y de sus cualidades personales.

Si la experiencia fue satisfactoria, el atemorizado paciente enfrentará el duelo por la pérdida del grupo lleno de esperanza, pero con un nuevo bagaje y confianza para enfrentar otra nueva etapa de su vida y crecimiento.

ALGUNAS NOTAS SOBRE EL GRUPO GRANDE

A diferencia del grupo pequeño, que cuando es conducido con tolerancia y respeto se convierte en un lugar que permite a los sujetos crecer hasta el nivel de sus miembros más avanzados, el grupo grande se sitúa al nivel de los últimos. Dicho en palabras de G. Le Bon las masas no acumulan la inteligencia, sino la mediocridad.

En el grupo grande imperan otras reglas, los sujetos se sienten ciertamente muy pequeños, de tal manera que tienen una real incapacidad para pensar. La personalidad consciente y la capacidad de crítica se esfuman, los sentimientos, las ideas de los individuos se orientan en la misma dirección, formándose un alma colectiva transitoria que les hace pensar de forma distinta a como lo harían por separado. Como en todo grupo vemos que la totalidad es distinta a la suma de las partes.

El grupo grande no funciona con ideas sino a través de emociones e ideas-ímagenes. Los sentimientos se amplifican y se hacen extremos (amor/odio), las opiniones igualmente se hacen extremas, por lo que se pierde la capacidad de crítica, y el ambiente se hace intolerante hacia los disidentes y peculiares.

Los individuos en el grupo grande son más sugestionables y se ven arrastrados por emociones intensas que les permiten ceder a instintos que, por sí solos habrían frenado forzosamente. Y es que el individuo dentro de una masa es anónimo e irresponsable.

Se reúnen en torno a un líder que personifica la unión de todos sus miembros, pero cuando su poder de atracción disminuye, brotan intereses de clan que se

organizan en subgrupos enfrentados entre sí. Pero al no ser los pensamientos y los ideales objetos de este tipo de organización, se enfrentarán solo por el control del poder.

Por último, Le Bon cree que el poder de las palabras en la masa esta vinculado a las imágenes que evocan y es por completo independiente de su significación real. En consecuencia, el grupo grande solo puede establecer una verdad a través de la experiencia, que no puede ser transferida a través de la palabra. El grupo no tiene memoria hablada por lo que la verdad de una generación no será nunca válida para la siguiente.

CONCLUSIONES

El conocimiento de los grupos puede ser de gran utilidad no solo para el tratamiento en psicoterapia reglada, sino para nuestro propio manejo con los pacientes de la sala de psiquiatría o para entender los fenómenos hospitalarios o institucionales que invaden y contaminan nuestra labor, desviando cuando no boicoteando los objetivos que nos reunieron como profesionales.

Por una parte, conocer los fenómenos grupales facilitará entender el comportamiento y las actitudes de nuestros pacientes cuando acuden al tratamiento o son internados en la sala, que en definitiva puede ser entendida como un grupo constituido ellos y el personal que los atiende.

Y por otra, el equipo, que solo puede constituirse como tal si acuerda tener unos espacios de comunicación libre, donde los conflictos que sus miembros traen y que reciben de sus pacientes y la institución, puedan ser abiertamente expresados y metabolizados de una forma integradora, rescatando lo mejor de cada uno e impidiendo que lo no hablado opere como un factor disgregador. Este equipo, entendido así, tendrá que soportar toda la presión que la institución con su efecto de masa ejerce sobre sus miembros, para que puedan conservar su capacidad de pensar, y así ser útiles a sus pacientes, convirtiendo su labor en una tarea creativa.

BIBLIOGRAFÍA

Anzieu, Didier: *“El grupo y el inconsciente”*, Ed. Biblioteca Nueva, 1986

Baudes de Moresco, M.: *¿Grupo o psicoanálisis?*, Ed. Nueva Visión, 1988.

Bergeret, J.: *“La personalidad normal y patológica”*, Gedisa.

- Bion, W. R.: *“Experiencia en grupos”*, Ed. Paidos, 1985.
- Bleger, J.: *“Entrevista y grupos”*, Ed. Nueva Visión, 1964.
- Cartwright, D.: *“Dinámica de grupos”*, Ed. Trillas, 1976.
- Drevillon, J.: *“Psicología de los grupos humanos”*, Ed. Nueva Visión, 1978.
- Foulkes, S. H.: *“Psicoterapia Grupo Analítica”*, Ed. Gedisa, 1981.
- Foulkes y Anthony: *“Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo”*, Ed. Paidos 1964
- García Badaracco, J. E.: *“Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar”*, Ed. Tecnipublicaciones, 1990.
- Garrido Martín, E.: *“Jacob Leví Moreno, Psicología del encuentro”*, Ed. Atenas, 1978.
- González Chagoyán, J. Luis: *“Psicoanálisis y grupos”*, Ed. Pax Mexico 87.
- Greenson, R., *“Teoría y práctica del Psicoanálisis”*, Ed. Siglo XXI, 1979.
- Grotjahn, M.: *“El arte y la técnica de la terapia grupal analítica”*, Ed. Paidos, 1979.
- Kadis, Asya I.: *“Manual de Psicoterapia de Grupo”*, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1986.
- Kissen, Morton: *“Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo”*, Ed. Limusa, 1987.
- Le Bon, G.: *“Psicología de las masas”*, Ed. Morata, 1983.
- Lemoine, G. y P.: *“Teoría del Psicodrama”*, Ed. Gedisa, 1979.
- Menegazzo, C. M.: *“Magia, mito y psicodrama”*, Ed. Paidos, 1981.
- Moccio, F.: *“Psicodrama: cuando y porqué dramatizar”*, Ed. Fundamentos, 1981.
- Moreno, J. L.: *“Psicoterapia de grupo y psicodrama”*, Ed. Fondo de cultura económica, 1987.
- Pichon-Rivière, E.: *“El proceso grupal”*, Ed. Nueva Visión, 1985.
- Portuondo, J.A.: *“Psicoterapia”*. (Tomo III), Ed. Biblioteca Nueva 1980.
- Sbandi, P.: *“Psicología de grupos”*, Ed. Herder, 1990.
- Schindler, Walter: *“Terapia de Grupo Analítica según el modelo familiar”*, 1980.
- Slavson, S. R.: *“Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica”*, Ed. Paidos 1976.
- Thayler, E.: *“Tratado de musicoterapia”*, Ed. Paidos, 1968.
- Valiente Gómez, Daniel: *“Psicoterapia psicoanalítica de grupo”*, Ed. Fundamentos, 1987.
- Yalom, Irvin: *“Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo”*, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1986.

NOTICIAS



Actualmente más de 20 países rodean el mar Mediterráneo. Tradicionalmente ha sido y sigue siendo un mar-frontera en el que se han librado guerras desde tiempo inmemorial, pero en el que también se ha comerciado.

A España llegaron personas de todos los confines del mar, algunas a comerciar y otras a invadir e instalarse en la zona. Por este motivo sus habitantes podemos considerarnos mestizos en muchos sentidos. Hubo un tiempo en el que el mundo terminaba en la costa oeste del país y quizá por eso llegaban y se quedaban, pues no había más allá. En el noroeste aun existe el cabo Finisterre: “Finis Tērrae”.

En el siglo XIII Ramon Llull, filósofo nacido en Mallorca en 1232, intentó promover el diálogo entre las tres culturas dominantes: judía, cristiana y musulmana, así como mantener una actitud abierta hacia las particularidades de cada una de ellas. Viajó por diversas ciudades mediterráneas buscando el encuentro y siempre estuvo en contra de la utilización de la fuerza para imponer una cultura sobre las otras. España estuvo poblada a lo largo de varios siglos por estas tres culturas, que convivían con más o menos dificultades. En el siglo XXI continuamos en este camino de intento de acercamiento y diálogo entre las culturas constatando las dificultades que existen para ello.

En 1958 se celebró en Barcelona el IV Congreso Internacional de Psicoterapia que incluyó sendas secciones dedicadas a la psicoterapia de grupo y al psicodrama. El International Council, establecido el año anterior a fin de constituir la IAGP, reunió en aquella ocasión a la mayoría de los pioneros de Europa y las Américas, encabezados por J. L. Moreno, S. H. Foulkes y S. R. Slavson. Fue esta la primera vez que se produjo un intercambio entre trabajadores de grupo de habla hispana e inglesa. Medio siglo después esta III Conferencia Regional Mediterránea, de nuevo nos reúne en Barcelona. Además, la SEPTG -Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo - veterana de las asociaciones grupales españolas fundada en 1972, es la organizadora del presente encuentro.

En esta conferencia trabajaremos sobre los factores que influyen en que los grupos se cierren sobre sí mismos, creando fronteras que dividen, o, por el contrario, qué es lo que favorece su apertura y permite la entrada e integración de los “otros”, diferentes en apariencia a nosotros.

Esperamos poder construir puentes que permitan el diálogo.

*Un puente de mar azul
Para sentirnos muy juntos.
Un puente que una
Piel y vidas diferentes*

Miquel Martí Pol / Lluís Llach

ASOCIACIONES ORGANIZADORAS

International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP)

(Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo y Procesos Grupales)

www.iagp.com

Si desea información sobre la próxima edición de la Conferencia de la IAGP:

www.prrc-iadp2008.org

Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG)

(Spanish Association of Psychotherapy and Group Techniques)

www.septg.org

ASOCIACIONES COLABORADORAS

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

(Spanish Federation of Associations of Psychotherapists)

www.feap.es

Asociación Española de Psicodrama (AEP)

(Spanish Association of Psychodrama)

www.aepsicodrama.org

Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (APAG)

(Association of Analytic Group Psychotherapy)

Escuela de Psicodrama y Sociometría de Catalunya (ESCAT). Escuela oficial de la Asociación de Psicodrama y Sociometría de Catalunya (APSCA)

(School of Psychodrama and Sociometry of Catalunya of the Association of Psychodrama and Sociometry of Catalunya)

www.escat.org/

Sociedad Española para el desarrollo del grupo, la psicoterapia y el psicoanálisis (SEGPA)

(Spanish Society for the development of the group, psychotherapy and psychoanalysis)

www.imagoclinica.com/segpa/segpa.asp

Asociación de Profesionales de Psicología Humanista y Análisis Transaccional (APPHAT)

(Association of Professionals of Humanistic Psychology and Transactional Analysis)

www.apphat.org

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Coordinación: Maite Pi

Patricia Boixet

Joan Campos

Josefina Cervera

José Joaquín Cuadrado

Felicitas Estévez

Lurdes Fernández

Jesús Gasent
Ernesto González de Mendíbil
Mercedes Hidalgo
Eugenia Lafont
Mercedes Lezaun
Lourdes López
Itziar Martínez
Manuel Mateos
Pere Mir
Teresa Monsegur
Natacha Navarro
Concha Oneca
Jordi Orts
Carmen Pozueta
Asunción Raposo
Camino Urrutia

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinación: Cristina Martínez-Taboada. Spain

Salvador Alemán. Spain
Gregorio Armañanzas. Spain
Antonio Ares. Spain
Carolina Becerril Maillefert. Mexico
Hanne Campos. Spain
Concepción de Diego. Spain
Ma. Angeles Egido. Spain
Ernesto Fonseca. Spain
Rocio Guil. Spain
David Gutmann. France
Elisa López Barberá. Spain
Manuela Maciel. Portugal
Elena Martín. Spain
Mercè Martínez. Spain
Juan Carlos Olea.. Spain
Malcolm Pines. England
Pablo Población Knappe. Spain
Isabel Sanfeliu. Spain

Josefina Sanz. Spain
Alberto Serrano. USA
Lauren E. Storck. USA
José Miguel Sunyer. Spain
Ivan Urlic. Croatia

COMITÉ INTERNACIONAL

Coordinación: Jorge Burmeister. Spain & Switzerland

Frances Bonds-White. USA
Isil Bulut. Turkey
Renato de Polo. Italy
Eva Fahlström. Sweden
Robi Friedman. Israel
Heloisa Fleury. Brazil
Maurizio Gasseau. Italy
Merle Cantor Goldberg. USA
Rasras Khader. Palestina
Arsaluys Kayir. Turkey
Eduard Klain. Croatia
Margarita Kritikou. Greece
Cristina Oliveira. Portugal
Vassilis Menoutis. Greece
Jaime Ondarza. Italy
Kamal Raddaoui. Morocco
Rick Reposa. USA
Sabar Rustomjee. Australia
Antonio Roma-Torres. Portugal
Mahmut Sehwill. Palestina
Galabina Tarashoeva. Bulgaria
Kate Bradshaw Tavon. Sweden
Judith Teszáry. Sweden
Maria Van Noort. The Netherlands
Jasna Veljovic. Serbia
Haim Weinberg. Israel
Cecelia Winkelman. Australia
Mohamed Zitouni. Morocco

Ponentes: **George Kohlreiser & Nicolás Caparrós**

JUEVES, 28 DE FEBRERO	
11:00-12:00	Recogida documentación
12:00-12:30	Inauguración
12:30-13:30	Taller de bienvenida
13:30-14:30	Almuerzo
14:30-16:30	Primera conferencia plenaria: Relaciones entre grupos Ponentes: Malcolm Pines & Joan Campos
16:30-18:00	Grupos medianos / Actividades paralelas
18:00-18:30	Café
18:30-20:00	Grupos grandes
VIERNES, 29 DE FEBRERO	
09:00-11:00	Segunda conferencia plenaria: Migración Ponentes: Joseba Atchotegui & Jorge Burmeister
11:00-11:30	Café
11:30-13:30	Almuerzo
14:30-16:00	Grupos medianos / Actividades paralelas
16:15-17:45	Actividades paralelas
17:45-18:15	Café
18:15-19:45	Grupos grandes
20:00-21.45	Asamblea SEPTG
SÁBADO, 1 DE MARZO	
09:00-11:00	Tercera conferencia plenaria: Resolución de conflictos Ponentes: George Kohlreiser & Nicolás Caparrós
11:00-11:30	Café
11:30-13:30	Actividades paralelas
13:30-14:30	Almuerzo
14:30-16:00	Grupos medianos / Actividades paralelas
16:15-17:45	Actividades paralelas
17:45-18:15	Café
18:15-19:45	Grupos grandes
21:00	Cena de gala
DOMINGO, 2 DE MARZO	
09:00-11:00	Grupo SEPTG / Grupos medianos
11:00-11:30	Café
11:30-13:30	Taller de despedida
13:30-14:30	Grupos grandes
11:00-12:00	Lunch de despedida

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Hasta 30/06/2007 Hasta 30/11/2007 Desde 1/12/2007

Socios de las asociaciones organizadoras y colaboradoras 340 € - 360 € - 380 €

No socios 370 € - 390 € - 410 €

Inscripción virtual *(más información) 25 € - 25 € - 25 €

La cuota de inscripción incluye:

- Documentación del Congreso
- Acceso a las sesiones científicas
- Libro de Resúmenes
- Coffee-Breaks
- Comidas de Trabajo
- Lunch de despedida
- Participación en el foro virtual

ALOJAMIENTO

HOTEL Hasta 30/06/2007 Hasta 30/11/2007

Hotel Grand Marina*****GL 228,00 € 252,00 €

Hotel Tryp Apolo**** 123,00 € 139,00 €

Hotel Paral.lel** 95,00 € 106,00 €

Tarifas por habitación y noche, incluido desayuno y 7 % de IVA

Viajes Iberia Congresos únicamente podrá tramitar aquellas solicitudes de reserva de alojamiento siempre y cuando se haya recibido el pago correspondiente.

Cada persona deberá hacerse cargo de los gastos extras producidos durante su estancia en el hotel. Poner un botón que ponga mapa de situación de los Hoteles

CANCELACIONES Y MODIFICACIONES

A-Inscripciones

- Cualquier cambio o cancelación deberá comunicarse por escrito a Viajes Iberia Congresos

- Las cancelaciones recibidas antes del 1 de diciembre de 2007 permitirán la devolución del total del importe menos 30 € en concepto de gastos administrativos
- Las cancelaciones recibidas después de esta fecha no tendrán derecho a devolución

B-Reserva hotelera

- Cualquier cambio o cancelación deberá comunicarse por escrito a Viajes Iberia Congresos
- Las cancelaciones de reservas hoteleras recibidas antes del 1 de diciembre de 2007 permitirán la devolución del total del importe menos 30 € en concepto de gastos administrativos
- Las cancelaciones recibidas después de esta fecha no tendrán derecho a devolución

CÓMO TRAMITAR SU INSCRIPCIÓN Y/O RESERVA

- Inscripción y reserva on-line. Sólo a través de tarjeta de crédito.
- Inscripción y reserva por fax mediante cheque o transferencia bancaria. Descargue el formulario PDF

VIAJES IBERIA CONGRESOS

Fontanella, 21 – 23 4ª 1ª - 08010 BARCELONA

Tel. +34 93 510 10 06 - Fax +34 93 510 10 07

e-mail: congresos.barcelona@viajesiberia.com

COMO PARTICIPAR

La matriz sobre la que va a desarrollarse este congreso se centra en la concepción del mar Mediterráneo como puente entre grupos y culturas. ¿Qué significa establecer puentes entre grupos y culturas? ¿Qué objetivos se persiguen? ¿Es posible el diálogo cuando los marcos de referencia son distintos? ¿Qué papel juegan conceptos como etnia, territorio o religión? ¿Cómo se han transmitido intergeneracionalmente los traumas? ¿Cómo integrar esto en procesos de resolución de conflictos? Son cuestiones complejas, interrogantes perpetuos del ser humano y paradójicamente de gran actualidad. Sin duda, deben abordarse desde una perspectiva multidisciplinar, con las herramientas del inicio de este siglo XXI.

Proponemos tres temas principales sobre los que trabajar:

1. Qué puentes y con qué objetivo: Relaciones entre grupos
2. Las migraciones, procesos de cambio social, resistencias al cambio.
3. Procesos de resolución de conflictos

Se puede participar a través de:

- Symposia
- Presentaciones temáticas - Comunicaciones libres
- Pósters
- Talleres

Areas: Grupo-análisis, psicodrama, terapia familiar, terapia cognitiva, análisis transaccional, trabajo grupal en las organizaciones, en diferentes contextos institucionales, psicología transcultural, intervención en catástrofes, etc.

Condiciones para la presentación de trabajos:

- ***SYMPOsia***: El coordinador del Symposium deberá enviar un Resumen general de no más de 120 palabras con el contenido del symposium, adjuntar cuatro palabras clave máximo en inglés y español, correo electrónico, dirección postal, teléfono y fax.

Así mismo, deberá recopilar los resúmenes de cada uno de los participantes y enviarlos. Los participantes del symposium deberán enviar un Resumen formal al coordinador del symposium.

El tiempo para cada symposium es de 90 minutos. El número mínimo es de cuatro participantes. El tiempo de presentación para cada uno no debería exceder los 15 minutos para que haya un espacio de discusión posterior.

- ***PRESENTACIONES TEMÁTICAS - COMUNICACIONES LIBRES:*** Enviar un resumen con no más de 120 palabras, cuatro palabras clave máximo en inglés y español, correo electrónico, dirección postal, teléfono y fax.

Los resúmenes individuales se agruparán en sesiones temáticas. El tiempo para la presentación oral de cada comunicación será de quince minutos incluyendo el tiempo para una o dos preguntas. La discusión de todas las comunicaciones tendrá lugar al final de la sesión.

- **PÓSTERS:** Enviar un resumen con no más de 120 palabras así como cuatro palabras clave máximo en inglés y español, correo electrónico, dirección postal, teléfono, y, fax.

Talla de los pósters: Máximo de 90 x 130 cm;

No es necesario que esté todo en un folio pero es responsabilidad de los autores exhibirlo y fijarlo en el panel.

Para facilitar el acceso a personas de diferentes orígenes lingüísticos, los pósters deben tener dos resúmenes de unas diez líneas en español y en inglés.

Preparación de los pósters:

- El título debe ser el mismo que el aprobado por la comisión.
- Debe estar escrito en letras mayúsculas.
- Debajo del título debe incluirse el nombre de los autores o autor, institución, país y e-mail.

El póster deberá colocarse en el lugar y en el tiempo que indicarán los organizadores. Cada autor será responsable de ponerlo y retirarlo al finalizar el tiempo indicado por la organización.

- **TALLERES:** Se organizará una serie de talleres en la Conferencia.

Enviar resumen describiendo los objetivos, contenido, tiempo que se necesita, y, condiciones del Taller. Incluir máximo cuatro palabras clave en inglés y en español. Correo electrónico, dirección postal, teléfono y fax.

Fecha límite: 15 de septiembre de 2007

FECHAS DE LA III CONFERENCIA REGIONAL DEL MEDITERRÁNEO

Del 28 de Febrero al 2 de Marzo de 2008

SEDE

World Trade Center

Moll de Barcelona, s/n - 08039 Barcelona

www.wtcbarcelona.com

FECHAS A RECORDAR

Fecha límite para presentar sus propuestas de Simposia, Presentaciones temáticas - Comunicaciones libres, Pósters y Talleres: **15 de septiembre de 2007**

IDIOMAS

Traducción simultánea inglés-español-inglés

BARCELONA

Información de carácter general para su estancia en Barcelona

- **Bancos:** Los bancos están abiertos a partir de las 8.30 a 14.00 de lunes a viernes.
- **Compras:** El horario comercial habitual es de lunes a sábado de 9.00 a 13.30 y de 16.30 a 20.00, sin embargo, en el centro de la ciudad y en los centros comerciales hay muchas tiendas que permanecen abiertas de 10.00 a 21.00, o incluso hasta más tarde como en el Maremagnum, un importante punto turístico.
- **IVA:** Hay un Impuesto sobre el Valor Añadido variable(IVA) del 7% al 16% aplicados a la mayoría de los artículos y de los servicios, pero la mayoría de los precios lo incluyen. Cuando no es así, debe ser indicado claramente.
- **Tarjetas, monedas y cambio de divisas:** Se aceptan la mayoría de tarjetas de crédito internacionales. La moneda extranjera y los cheques de viajero se pueden cambiar en España en bancos y oficinas de cambio. La mayoría de bancos dispone de cajeros automáticos que aceptan la mayoría de tarjetas de crédito y débito. La moneda española es el Euro.
- **Clima:** Barcelona goza de un clima mediterráneo con inviernos suaves, soleados y veranos cálidos con precipitaciones bajas. Las temperaturas durante los meses de verano suelen ser muy cálidas durante el día con

temperaturas que oscilan entre los 25 y 30 grados centígrados (77-86 grados Fahrenheit), pero son muy agradables por las tardes.

- **Lengua:** El castellano y el catalán son los dos idiomas principales hablados en Barcelona. El inglés, y en un grado inferior el francés, también se hablan. La información turística, los menús, etc. están casi siempre disponibles en inglés, francés y alemán.
- **Taxis:** Los taxis en Barcelona se pueden pedir por el teléfono, tomar en las paradas de taxis autorizadas o pararlos en la calle haciendo una señal. Compruebe siempre que el taxímetro está funcionando. Los taxis se deben pagar generalmente en efectivo aunque algunos aceptan tarjetas de crédito.
- **Propinas:** En restaurantes, hoteles, taxis, peluquerías y demás, la propina no se incluye en el precio. Aunque es opcional, las propinas son generalmente aceptadas, normalmente están entre el 5% y el 10% de la cuenta, dependiendo de la calidad del servicio. A porteros de hoteles y del aeropuerto la cantidad dependerá del equipaje que usted lleve, entre 1 y 3 euros.
- **Transporte público y alquiler de coches:** Barcelona tiene una buena y amplia red de transporte público, con tarjetas de diez viajes especiales y tarjetas para uno o dos días de viajes ilimitados en autobús, metro y transporte local. Hay bastantes taxis a un precio razonable. El estacionamiento libre es muy limitado en el centro de ciudad y los garajes de coches son caros, así que el alquiler de coches realmente se recomienda solamente para las excursiones fuera de la ciudad.
- **Responsabilidad y seguro:** Los organizadores de la conferencia no se hacen responsables de los daños personales, pérdidas o daños de bienes de los participantes de la conferencia (o sus acompañantes), durante o tras el congreso. Por favor compruebe la validez de su propio seguro.
- **Consejo general de seguridad para los visitantes:** Barcelona es una ciudad segura, sin crímenes violentos y los turistas y visitantes pueden pasear y visitar los puntos de interés con facilidad. Sin embargo, como en cualquier ciudad grande, se deben adoptar algunas medidas de seguridad básicas:

- Vigile su equipaje, especialmente bolsos, cámaras fotográficas, cámaras de vídeo etc.
 - Si usted viaja en coche y tiene que dejar su equipaje en el vehículo, es mejor utilizar garajes vigilados, y nunca dejar objetos dentro a la vista.
 - Al caminar alrededor de puntos turísticos típicos tales como Las Ramblas o el Barrio Gótico, sea especialmente cuidadoso con bolsos y carteras.
- **Corriente eléctrica:** es necesario un adaptador con 2 clavijas redondas para los aparatos eléctricos. La corriente eléctrica usada es 220 voltios/50hz. Para aquellos que traigan aparatos que funcionan a 11 voltios/60hz, deberán utilizar un adaptador apropiado.

SECRETARÍA TÉCNICA

C. Barcelona

Tel. Fax

congresos.barcelona@viajesiberia.com

SUPERVISIÓN CLÍNICA

El centro de Psicoterapia y Psicodrama organiza un programa de Supervisión Clínica en Grupo.

- **Objetivos**

- Aprovechar la enriquecedora perspectiva que nos da el supervisar nuestra práctica psicoterapéutica en grupo.
- Prevenir la sobrecarga que puede conllevar la complejidad del trabajo en psicoterapia.
- Abordar las problemáticas del entorno organizativo e institucional en que se realiza la terapia individual o grupal.

- **Dirigido**

Profesionales de psicología y psicoterapia.

- **Metodología**

Supervisaremos los casos y situaciones que aporten los participantes. Utilizaremos técnicas psicodramáticas (role playing) cuando sea pertinente.

- **Duración**

Una reunión mensual, de octubre a junio.

- **Coordinador**

Gregorio Armañanzas Ros. Psiquiatra, psicoterapeuta, terapeuta grupal, psicodramatista y consultor de organizaciones. Ha trabajado en Salud Mental del Gobierno de Navarra. Actualmente trabaja en práctica privada en terapia individual y de grupo. Imparte cursos y talleres acerca de psicodrama, comunicación, trabajo en equipo, dinámica de las organizaciones, etc. Es necesario realizar una entrevista previa con el coordinador del grupo.

- **Información:**

María Larretxea, - Telf:

- E-mail: mlarretxea@gogestion.com

SUPERVISIÓN EN TRABAJO GRUPAL

La Fundación Omie (Fundación para la Investigación en Salud Mental) es conoedora de los cambios que concurren en la sociedad y de las diferentes patologías derivadas de éstos, por lo que somos conscientes de la necesidad que tienen los profesionales de la salud mental de actualizar sus conocimientos hacia esas áreas.

El trabajo grupal se aplica cada vez más en los distintos centros públicos y privados.

En respuesta a la demanda de profesionales de la salud mental y de los ex-alumnos que han cursado nuestros programas de Experto y Master en Trabajo, Grupal, hemos elaborado unos programas de formación con posibilidades de seguirlos ampliando según vuestro interés.

Supervisión en Bilbao y San Sebastian de la Conducción de Grupos y de Proyectos Grupales

El Programa de Supervisión de la Conducción de Grupos y Proyectos Grupales consiste en un seguimiento sistematizado y periódico del trabajo grupal, como instrumento de constante orientación y apoyo para el ejercicio de su actividad.

Modalidad I:

Fechas: Octubre 2007 a Junio 2008

Periodicidad: a convenir. Trabajo en grupo de 3 a 5 personas. Duración 20 horas

Precio: 450 €

Profesorado:

- Emilio de la Sierra: Psicólogo responsable del Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital de Basurto.
- Ernesto González de Mendibil: Psicólogo
- Begonia Trojaola: Psicóloga del Hospital de Basurto.

Las horas de los cursos realizadas servirán de acreditación para la obtención del título oficial de psicoterapeuta grupal por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas). Los cursos se realizarán en el Aula de formación de la Fundación OMIE.

Fundación OMIE
Ramón y Cajal, 2 Bis-4º-Dpto. 4º
Tfno.
e-mail: omie@fundacionomie.org

¿COMO PRESENTAR ORIGINALES AL BOLETÍN DE LA SEPTG?

¡No os quedéis mirando hacia arriba y pensando que ya han llegado las normas! Simplemente os hago unas cuantas recomendaciones que facilitarán mi trabajo y el de los próximos vocales de prensa.

- 1.- Los trabajos deben mandarse tanto en soporte de papel (1 copia es suficiente) como en soporte informático (diskette3 1/2). Podéis utilizar cualquier procesador de textos, siempre que se especifique el programa utilizado y si utilizáis PC o Macintosh. Imprescindible adjuntar dirección de correo electrónico.
- 2.- Los gráficos, tablas, etc. deberán separarse del texto original, e incluirse en un fichero aparte. Para los gráficos cualquier programa que pueda guardarlos en formato .tif es útil.
- 3.- Los trabajos deben remitirse a:

Manuel Mateos <mmateosa@intersep.org>

- 4.- Recomendamos que los originales incluyan un breve resumen del artículo (100 palabras aproximadamente) y una lista de palabras clave en inglés y castellano. Y que las referencias bibliográficas cumplan las normas de la A.P.A. (para ir cumpliendo las normas de presentación internacionales si queremos que la revista se incluya en catálogos como el Psychological abstracts).
- 5.- El Vocal de prensa no acepta responsabilidad alguna sobre el contenido de los trabajos publicados o las opiniones de sus autores.
- 6.- Nos reservamos el derecho de consultar con otros miembros de la SEPTG sobre los trabajos recibidos. Los comentarios recibidos serán remitidos a los autores previamente a la publicación para ser debidamente contrastados. La finalidad no es tanto establecer un sistema de “censores” sino abrir el diálogo por escrito.
- 7.- Podéis colaborar en el Boletín en cualquiera de sus secciones enviando: artículos, cartas, comentarios y sugerencias, reseñas de libros, reseñas de actividades que estéis realizando, informaciones sobre otras asociaciones de las que seáis miembros, etc...

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

Secretaría

Nombre y apellidos

.....

Nacionalidad

Grado académico y Profesión

Domicilio actual: Calle o plaza

.....

Ciudad Código Postal

Teléfono Fax

E-mail

Provincia o Comunidad Autónoma

SOLICITUD DE SUBSCRIPCION AL BOLETIN DE LA SEPTG

Mandar este impreso junto con el comprobante de ingreso de la cantidad ingresada (18 al 1boletín anual) en concepto: suscripción de boletín en la cuenta de la SEPTG (**La Caixa cuenta nº 5487 02 000059-38**) a:

Amparo Camino Urrutia Imirizaldu

o rellenar el impreso de domiciliación bancaria.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

Sr. Tesorero de la S.E.P.T.G.

Muy Sr. mío:

Tengo el gusto de comunicarle que he dado las órdenes oportunas para que los recibos a mi cargo, presentados por la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, en concepto de suscripción al Boletín, sean abonados en la cuenta que indico al pie.

Atentamente,

(firma del titular)

Banco o caja de Ahorros

Oficina

Domicilio Oficina

Cuenta o Libreta Número

Titular

Teléfono

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

Sr. Director de (Banco o Caja de Ahorros)

Muy Sr. mío:

Ruego a Vd. de las órdenes oportunas para que los recibos a mi cargo, presentados por la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, en concepto de suscripción al Boletín, sean adeudados en la cuenta que indico al pie.

Atentamente,
(firma del titular)

Banco o Caja de Ahorros

Oficina

Domicilio Oficina

.....

Cuenta o Libreta Número

Titular

Teléfono

SOLICITUD DE ADMISIÓN COMO MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TECNICAS DE GRUPO

Nombre y apellidos

.....

Nacionalidad

Grado académico y Profesión

Domicilio actual: Calle o plaza

.....

Ciudad Código Postal

Teléfono Fax

E-mail

Provincia o Comunidad Autónoma

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A ESTA SOLICITUD

1. Certificación de un profesional o Institución acreditativa de tener 200 horas de formación o experiencia en grupos.
2. Hoja de datos de Currículum (se adjunta).
3. Autorización para el cobro de la cuota anual a través de Banco o Caja de Ahorros (se adjunta).
4. Nombre de los tres Socios Presentadores.

Fecha:

Firmas de los Socios Presentadores

Firma del Solicitante

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

Sr. Tesorero de la S.E.P.T.G.

Muy Sr. mío:

Tengo el gusto de comunicarle que he dado las órdenes oportunas para que los recibos a mi cargo, presentados por la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, en concepto de Cuota Anual, sean abonados en la cuenta que indico al pie.

Atentamente,
(firma del titular)

Banco o caja de Ahorros

Oficina

Domicilio Oficina

Cuenta o Libreta Número

Titular

Teléfono

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

Sr. Director de (Banco o Caja de Ahorros)

Muy Sr. mío:

Ruego a Vd. de las órdenes oportunas para que los recibos a mi cargo, presentados por la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, en concepto de Cuota Anual, sean adeudados en la cuenta que indico al pie.

Atentamente,

(firma del titular)

Banco o caja de Ahorros

Oficina

Domicilio Oficina

Cuenta o Libreta Número

Titular

Teléfono

Para el Banco o Caja de Ahorros

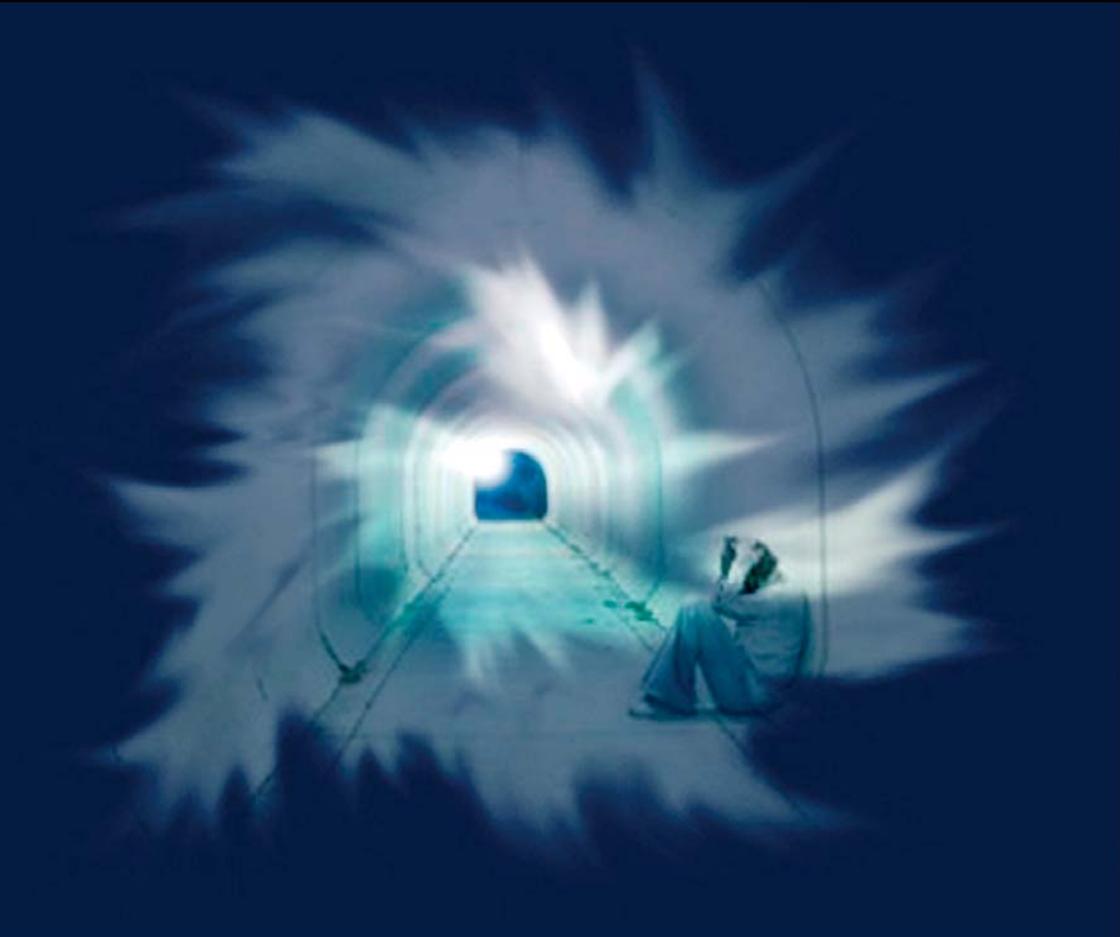
FINALIDADES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO.

- a) Agrupar a aquéllos trabajadores y promotores de la salud mental interesados en las teorías e instrumentos grupales para fomentar y favorecer el intercambio de puntos de vista y experiencia.

- b) Promover la investigación y el desarrollo científico y técnico de los mismos.

- c) Establecer colaboraciones con sociedades o entidades afines en España y en el Extranjero.

- d) La difusión de las técnicas y teorías e instrumentos grupales promocionando reuniones para el intercambio de información y experiencias en psicoterapia de grupo, creando oportunidades de discusión intensiva para grupos pequeños y dando a conocer la psicoterapia de grupo en las respectivas comunidades de las sociedades lo permitan, mediante la publicación de una revista o boletín en la que se comenten los últimos descubrimientos en este campo.



N° 26