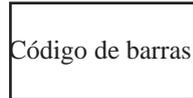




43

Symposium SEPTG
Donostia- San Sebastian

El grupo como herramienta de acercamiento
y transformación





Septg

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA
Y TÉCNICAS DE GRUPO

BOLETÍN

34

Edita: Montserrat Aiger Vallés

Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo (SEPTG)

Maquetación y producción: Fénix Editora. info@fenixeditora.com

ISSN: 1133-1593

SEPTG. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO
Fundada en 1972 ■ Miembro de la Asociación Internacional de
Psicoterapia de Grupo I.A.G.P. ■ CIF: G78.486.313
Presidente de honor Joan Palet i Oartí (fallecido 9 de enero de 2010)

Presidencia
Maria Palacín Lois

JUNTA DIRECTIVA

Vocalía Zona Sur y Vicesecretaría
Roberto Martínez Pecino

Vicepresidencia y Web
José Manuel Guerra de los Santos

Vocalía Zona Centro
Pilar Hernández Salguero

Secretaría
Sebastián Carrasco Girón

www.septg.es

Vocalía Zona Norte
Esther Zarandona De Juan

Tesorería
Adoración Quintana Beltrán

Vocalía Zona Este
Mercedes Hidalgo Rebollo

Vocalía de Prensa y Formación
Montserrat Aiger Vallés

Índice

PRESENTACIÓN DEL SYMPOSIUM	11
CONFERENCIA INAUGURAL POR MARIE ROSE MORO. La clínica transcultural tiene necesidad del grupo para sanar	15

ARTÍCULOS

CRISTINA MARTÍNEZ-TABOADA KUTZ Reflexión sobre el grupo como herramienta de acercamiento y transformación	35
EDURNE ELGORRIAGA ASTONDOA Experiencias vividas en una consulta transcultural	43
GABRIELA NICOLAE, CRISTINA MARTÍNEZ DE TABOADA KUTZ, Y AINARA ARNOSO Ajuste psicosocial en menores extranjeros no acompañados en centros de acogida y jóvenes extranjeros no acompañados en pisos de emancipación	61
RAÚL VAIMBERG Rol, acción, creatividad y nuevas tecnologías como herramientas grupales de transformación	75

REFLEXIONES TEÓRICO-PRÁCTICAS

ENRIQUE ALONSO ESPIGA Grupo de relaciones humanas: “aprender a tocar con lo que nos queda”	87
M ^a DEL PILAR HERNÁNDEZ SALGUERO, Y SEBASTIÁN CARRASCO GIRÓN El humor potencia la salud emociones y trastornos psicosomáticos	99

TALLERES EXPERIENCIALES

CONCHA ONECA Y FRANCISCO DEL AMO	
Volando sueños ajenos, soñando vuelos comunes	107
GOYO ARMAÑANZAS ROS	
Impacto de la violencia. Psicodrama transgeneracional	109
MERCEDES LEZAUN	
Luces y sombras en los grupos	110
MAITE PI ORDÓÑEZ Y CARMEN TRESACO CIDÓN	
Técnicas psicodramáticas en terapia familiar en la adolescencia. Proceso de acercamiento y transformación	111
GABRIEL ROLDÁN INTXUSTA	
¿Quién me cuida a mí?	112

COMUNICACIONES

ANNE-MARIE COSTALAT-FOUNEAU	
Grupo de formación como transformación de la identidad	115

POSTERS

LARRAITZ IZAGUIRRE, NEKANE OTERO, CRISTINA MARTÍNEZ-TABOADA, AINARA ARNOSO, Y EDURNE ELGORRIAGA	
Taller de soporte psicosocial dirigido a mujeres migrantes víctimas de violencia de género	121
JOSE MANUEL GUERRA, ROCÍO BOHORQUEZ, E ISABEL MOTERO	
Proyecto Laia: un modelo de cooperación para la formación en grupos en la Universidad de Sevilla	123

**Presentación del
43° Symposium SEPTG**

“El grupo como herramienta de acercamiento y transformación”

Hace quince años la Septg celebró su Simposio 2001 en torno a una realidad social difícil como es La violencia en los grupos, en las personas en las organizaciones, en la sociedad. Hubo muchas dificultades, muchas bajas, muchos silencios a la vez que mucho trabajo serio, mucha controversia y una eclosión final en forma de sueños y de mamuts que danzaron, se agredieron y se fundieron como colofón creativo al aprendizaje no sólo experiencial.

En este 43 simposio tenemos como tema “El grupo como herramienta de acercamiento y transformación”. La sociedad ha cambiado y proponemos un encuentro que facilite posibilidades de innovación y encuentro grupal. Nos hacemos eco de los objetivos de la capitalidad de la cultura 2016 para crear entre todos un espacio en el que reflexionar y visibilizar la reconciliación de los dispares, la exploración de nuevas formas de convivencia y relación en el que fomentar alianzas e intercambios con los ‘otros lejanos’, compartir conocimiento y generar sinergias grupales positivas que acondicionen una eficiente gestión como terapeutas y profesionales.

Nos pondremos en contacto con diferentes colectivos de la ciudad para abrir el grupo circular que acoge, contiene y acerca a las personas a lo cóncavo que fomenta el cambio sin perder la identidad. Por todo ello, os invitamos a participar llenos de ilusión en este nuevo Simposio y ponemos a vuestra disposición una oferta especial de inscripción que esperamos anime a los dudosos y posibilite dar visibilidad a las diversas tendencias en el quehacer profesional, a las nuevas realidades y evocadas formas de encuentro.

Comité organizador del 43º Symposium SEPTG
Asier Aseguinolaza, Lide Aseguinolaza, Edurne Elgorriaga,
Ernesto González de Mendibil, Iñaki Izquierdo y
Cristina Martínez de Taboada

Conferencia Inaugural

La clínica transcultural tiene necesidad del grupo para sanar

Marie Rose Moro

Universidad de Descartes, París

Resumen

Sanar en situación intercultural, cuando los pacientes y terapeutas no pertenecen a la misma cultura implica gestionarse a sí mismo, la relación con los pacientes, y los dispositivos que se hayan propuesto. Entre estas innovaciones, sin duda, la que causa el mayor número de reacciones es la introducción de un grupo de terapeutas en el espacio clínico. En el presente artículo vamos a examinar la importancia de este parámetro grupal, mostrando cómo se relaciona con el lenguaje de los pacientes en su forma de pensar acerca de la enfermedad, de la familia, del significado de la enfermedad y como contribuye a la eficacia de la psicoterapia.

Palabras clave: psiquiatría transcultural, diversidad cultural, grupo, lengua, co-terapeuta, alteridad.

Résumé

Soigner en situation transculturelle, lorsque patients et thérapeutes n'appartiennent pas à la même culture, suppose des aménagements de soi, de la relation aux patients et des dispositifs de soins proposés. Parmi ces innovations, sans doute celle qui a provoqué le plus de réactions c'est l'introduction d'un groupe de thérapeutes, nous allons ici analyser les fonctions de ce paramètre grupal en montrant comment il s'articule à la langue des patients, à leur manière de penser la maladie, la famille, le sens de la maladie et comment il contribue à l'efficacité de la psychothérapie.

Mots-clés: psychiatrie transculturelle, diversité culturelle, groupe, langue, co-thérapeute, altérité

Correspondencia con el autor: E-mail: www.marierosemoro.fr. Profesora de la Universidad de Descartes de París; área de Psiquiatría de niños y adolescentes, y Centro de Salud Bobigni París (Francia).

Pensar

Un punto es aceptado por todos: “No hay hombre sin cultura”. Roheim había señalado en 1943: “(...) *la cultura significa humanidad*, incluso para las manifestaciones más elementales de la existencia humana (...) que pueden ser consideradas como los inicios de la cultura” (p. 31). La idea de un hombre en un estado de naturaleza, de un hombre universal que existe fuera de toda cultura corresponde a una hipótesis ahora refutada.

La cultura del interior

La filosofía define generalmente la cultura como un corte racional para entender el mundo. Cada cultura define categorías que leen el mundo y dar sentido a los acontecimientos. Estas categorías arbitrarias, en la medida en que varían de una cultura a otra (la realidad / irrealidad; humano / no humano, el mismo / otro...) pueden ser considerados como patrones culturales que se transmiten implícitamente. Auto representarse es “tallar en lo real” es la elección de categorías comunes para percibir el mundo de una manera ordenada. Estos mundos compartidos funden la pertinencia de representaciones sociales de relevancia basados en un grupo determinado. Por lo tanto, un sistema cultural se compone de un lenguaje, un sistema de parentesco, un corpus de técnicas y formas de hacer, vestimentas, cocina, artes, técnicas de cuidado, técnicas maternas... todos estos elementos dispares están estructurados de una manera consistente por las representaciones. Estas representaciones culturales son las interfaces entre el interior y el exterior; son el resultado de la apropiación por parte de los individuos del origen de sistemas culturales de pensamiento. Ellas permiten la experiencia subjetiva. El sujeto incorpora sus representaciones y las vuelve a trabajar a partir de su propio movimiento, sus conflictos internos y rasgos de personalidad. Cuál es entonces la cultura desde la perspectiva del sujeto mismo?

La cultura permite una codificación de la experiencia de un individuo, ella permite anticipar la dirección de lo que puede suceder y por lo tanto el control de la violencia de lo inesperado, y en consecuencia del sin sentido. La cultura busca poner a disposición del sujeto una forma de interpretar el mundo. Esta codificación es un proceso complejo compuesto de ingredientes complejos, de inferencias ontológicas (la naturaleza de los seres y las cosas), pero también inferencias causales para dar sentido a un evento enumerado (¿Por qué? ¿Por qué yo? ¿Por qué yo en este preciso momento...?) (Sindzingre 1989).

En el interior de estos sistemas culturales de extraordinaria complejidad y siempre en movimiento, tenemos que identificar algunos de los elementos eficientes para entender y sanar el sufrimiento mental en situaciones transculturales.

El enigma de la enfermedad

Enfermar uno mismo, tener problemas con su hijo, perder a las personas próximas no es sólo el signo de un gran desorden y de un gran sufrimiento, sino también un gran escándalo que van intentar apaciguar mediante la búsqueda de posibles significados incluso si son transitorios. Todas las sociedades tratan de pensar insensatamente de acuerdo con la hermosa expresión de Zempléni (1985) para definir las teorías etiológicas, es decir, las teorías culturales sobre los que se basa para sobrevivir al dolor y al sin sentido. Se evocará a seres culturales: dioses, espíritus del agua, aguas estancadas o tierra (posesión); procesos técnicos, brujería, maraboutage, intervenciones mágicas.; transgredir los tabúes o las prohibiciones; la intervención de los antepasados, el regreso de los muertos. Estas declaraciones son un primer proceso antes de que sea contenido. Se componen de un cuerpo organizado de hipótesis que no pertenecen propiamente a la persona, sino que se apropia en parte, en algún momento de su vida cuando lo necesita. Estos supuestos se ponen a disposición del grupo y se transmite en diversas formas: por la experiencia, por la historia, por los enunciados no lingüísticos como los rituales, por las técnicas del cuerpo, o las del cuidado... Son los mecanismos de producción de sentido, una sanción individual y por lo tanto muy variable de una a la otra y muy cambiante en el tiempo. Las teorías etiológicas son “formas vacías” suficientemente generales e implícitas para que sean relevantes para todos los individuos del mismo grupo cultural (Ibíd., p.21).

El ser, el sentido y el hacer

Toda teoría causal establecida implica ipso facto una técnica de cuidados especiales. Aquí, si uno está poseído por un espíritu, entonces tenemos que negociar con él la realización de un ritual de posesión; allí, si se escandalizaban los antepasados, era imprescindible solucionar ese acto por el sacrificio... El par eficiente consiste en la teoría etiológica asociada a la técnica terapéutica correspondiente. Por lo que cualquier teoría etiológica contiene, en sí misma, una forma, una palabra y una escritura. a continuación, se comprende la función dinámica de las teorías etiológicas para revelar la causa última del mal,

que “imponen” es un “procedimiento” (Nathan y Moro, 1989). La eficiencia está en el procedimiento y sus consecuencias para el grupo y el individuo, no en el contenido de la declaración misma.

Se ha demostrado que los tres niveles deben explorarse en especial para la co-construcción de un marco cultural relevante (Moro, 2008): el nivel ontológico: ¿qué es la representación de la naturaleza del ser, su origen, su identidad, su función? ... ¿qué es un niño? ¿Qué necesita? ¿Qué es una madre? Un padre? - El nivel etiológico, es decir: lo que significa dar sentido al trastorno que tiene? Cómo tratar de responder a las preguntas acerca de la enfermedad? ¿Cómo pensar en las consecuencias de este desastre? ¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué mi bebé no crece bien? - La lógica terapéutica: ¿Cuál es la lógica de la acción para atenderle?, ¿Cómo cambiar el orden de los mundos después de la confusión de desorden? .. Por lo que las lógicas debe pasar por la transformación de la cura?...

Así, por ejemplo antes de un ataque de brujas (teoría etiológica cultural que puede dar sentido a un trastorno mental), la lógica etiológico es el de la apropiación de un ser en formación, en pasaje (teoría ontológica) y aquella de la vulnerabilidad del ser en el momento de la vida - vulnerabilidad a esa violencia que le ha hecho. La lógica terapéutica correspondiente es la de la gestión de conflictos (violencia, agresión, sexualidad, celos...) y la protección del ser (por objetos, reuniones familiares...). Estos tres niveles (ser, sentido y hacer) participan en la construcción del pensamiento para un individuo determinado en un momento dado de su historia.

La cultura se convierte así en un conjunto dinámico de representaciones móviles en transformaciones continuas que encajan unos en las otras; un sistema abierto y coherente con la que el sujeto está en constante interacción. En esta dimensión de la filiación cultural, ha de añadirse la dinámica del evento migratorio, sus posibles consecuencias traumáticas para el individuo y siempre la aculturación secundaria a esta migración.

La migración como separación

El evento de migración se considera aquí como un acto psíquico: rompiendo el marco exterior que implica, la migración provoca una ruptura de la estructura cultural interiorizada del paciente (Nathan, 1986). La migración, de hecho, es ante todo un evento sociológico parte de un contexto histórico y político. Las razones por las que migra son numerosas. A veces nos vemos

obligados a hacerlo por razones políticas, a veces por razones económicas. A veces elegimos migrar en busca de una vida digna en otro lugar. A veces, sin embargo, se migra por la sed de libertad, aventura y exotismo. Se comprende que la vivencia de la migración en sí puede ser matizada por las circunstancias que dieron lugar a este viaje. Los refugiados políticos que a veces fueron víctimas de torturas o cualquier nivel de violencia en su país tienen un pasado traumático previo a la migración que va a cambiar su forma de vivir en el exilio. Pero, ya sea buscada o no, cualquier migración es un acto de valor de la vida del individuo y conduce a cambios en toda la familia y la historia individual. Además, mil veces se escuchan historias de migraciones que nos recuerdan los motivos del viaje, incluso elegido, son ambivalentes en el deseo y el miedo de dejar a los suyos, de salir de su propio país, la resolución de conflictos familiares y la culminación de una trayectoria de ruptura o de aculturación dentro de su propio país ... la migración, es su grandeza existencial, un proceso complejo que no puede ser reducido a categorías de azar o de necesidad!

Sin embargo, cualesquiera que sean las motivaciones de este acto, la migración es a menudo traumática. El traumatismo de la migración no es constante e inevitable, sin embargo, puede ocurrir independientemente de la personalidad previa del migrante. Los factores sociales adversos (el país y Francia) son factores agravantes como las condiciones de recepción. A veces, no se expresa más que en una secuela. Por otra parte, incluso cuando se produce el trauma no necesariamente implican efectos patógenos. Es a veces, como cualquier trauma estructurante y lleva a una nueva dinámica para el individuo a un germen o metamorfosis fuente de creatividad. La migración también puede ser portadora del potencial creativo. De ahí la necesidad de identificar los factores que controlan el riesgo transcultural. La hospitalidad o el rechazo, la discriminación o el racismo, hacen todavía más frágil la inscripción en el mundo que dice: hogar

Exilio, una triste felicidad

Los padres viven en el exilio, dominantes diferentes en función de la alquimia, la brutalidad y las necesidades que llevaron a este viaje. Hay mil y una maneras, para separar de su familia y sus primeras afiliaciones al llegar a Francia. El viaje les compromete por mucho tiempo, lo sepan o lo muestren. Pero sobre todo, este acto ha comprometido sus descendientes, aquellos que nacerán en otra parte, sea dulce, amargo, tranquilo o doloroso. Así, Spinoza en

su Tratado de pasiones pesimistas t habla de exilio como una triste felicidad. Un hombre, una mujer, deciden actuar en el mundo y construir su destino saliendo de su país.

¿Cómo estos elementos culturales y la migración afectan a nuestra clínica y las formas de hacer con los migrantes en el país de acogida cuando las cosas son buenas, pero sobre todo cuando la enfermedad afecta a un miembro o cuando el duelo o los conflictos surgen entre los miembros de la familia?

Repensar el hacer

Para poder integrar de la misma manera a la clínica como a la antropología y al psicoanálisis, ha sido necesario pensar métodos que permitan pensar y operacionalizar las interacciones entre los diferentes niveles: colectivo, intersubjetivo e intrapsíquico.

Complementariedad, descentramiento y universalidad psíquica

Es inútil integrar a la fuerza en el campo del psicoanálisis o en el de la antropología algunos fenómenos humanos. La especificidad de estos datos reside justamente en el hecho de que necesitan un doble discurso que no tiene porqué ser simultáneo (Devereux, 1972, p.14). Esta práctica se apoya en un segundo principio, el de el descentramiento. El complementariedad implica como mínimo una doble lectura de cada historia y contribuye a este descentramiento. La unicidad conduce a uno mismo, y por lo tanto, al «yo». Mientras que la pluralidad lleva a la multiplicidad de referencias y por tanto a la distancia. Es esta diferencia lo que permite el descentramiento. Complementariedad y descentramiento son componente esenciales de la clínica plural y de la clínica del futuro. Para poder llevarse a cabo, debe basarse en una sólida identidad profesional y sobre una serie de principios, especialmente el de la universalidad psíquica.

Sobre el plano teórico, en efecto, es un postulado sin el cual el etnopsicoanálisis no habría podido construirse, es el de la universalidad psíquica, es decir, la unidad fundamental de la psique humana (Devereux, *ibid*). A partir de esta premisa surge la necesidad de dar el mismo estatus ético y científico a todos los seres humanos, a sus producciones culturales y psíquicas, a sus maneras de vivir y de pensar, por diferentes y a veces desconcertantes que sean... Afirmar este principio puede parecer obvio, sin embargo los resultados de numerosas inves-

tigaciones científicas recuerdan que este principio es habitualmente olvidado. Del mismo modo, la exclusión que se ha realizado de algunos migrantes de los dispositivos psicoterapéuticos debe también llevarnos a reflexionar sobre este hecho. Otra característica universal humana bien entendida es el hecho de que toda persona tiene una cultura y que ésta puede ser la que crea su humanidad y su universalidad (Nathan, *ibid*). Trabajando en particular, sin especular en un universal, no inmediatamente cognoscible, pero demasiado a menudo infiere sin ver al individuo, éste es uno de los enfoques del etnopsicoanálisis – Lo Universal es un punto hacia el cual se tiende aunque el conocimiento en las ciencias sociales no está seguro de haber encontrado. Pero se pregunta acerca de la forma de lograrlo: complementariedad y descentramiento son aquí dos posiciones que parecen capaces de ayudarnos.

Sobre este principio del complementariedad se construyó primeramente la teoría (Devereux), y posteriormente la técnica con sus múltiples variantes y a veces controversias (Nathan, Moro, en Francia, Von overbeck en Suiza, Pierre en Belgica o Rousseau en Canada...). La técnica, necesariamente también complementarista, está siempre en construcción. A pesar de algunos parámetros bien establecidos: la importancia de la lengua materna del paciente y sobre todo la posibilidad de pasar de una lengua a la otra (de la materna a la del país receptor), la necesidad de partir de las representaciones culturales del paciente, y, la necesidad de un grupo de terapeutas en determinadas situaciones.....

A continuación se analizan algunos de los parámetros importantes del dispositivo, llamado transcultural, un dispositivo variable, que propone seguimiento individual y en grupo de co-terapeutas cuando es necesario (Moro, *ibid*).

Un dispositivo mestizo y cosmopolita

El dispositivo de Aviceen en Bobigny, en la periferia norte de Paris, es una consulta que se puso en marcha para los hijos de migrantes y para sus padres en 1985¹, y que recientemente se ha puesto en marcha también en la Maison des adolescents de Cochin² desde 2008.

En esta consulta, trabajo con un equipo de coterapeutas (médicos/a y psicólogos/as pero también enfermeros/as, trabajadores/as sociales...), de orígenes culturales y lingüísticos múltiples. Todas/os formados en clínica y

1 www.clinique-transculturelle.org

2 www.maisondesoleenn.fr

la mayoría en psicoanálisis, con conocimientos de antropología, lingüística o historia. Cada coterapeuta desarrolla una especialización diferente y todos/as se han formado en la clínica transcultural. Todas las semanas trabajan en individual y en grupo de terapeutas. Que una persona sea migrante no es ni condición necesaria ni suficiente para hacer etnopsicoanálisis. Lo que importa es haber realizado la experiencia de descentralización y de familiarizarse con algunos sistemas culturales. El grupo permite que las experiencias de unos/as y otros/as se potencialicen. Es el aprendizaje y la práctica íntima de la alteridad y del mestizaje lo que se busca y no las particularidades de cada persona : un paciente árabe no será recibido por una o un terapeuta árabe.... El dispositivo propuesto es por naturaleza mestizo y se guía por la noción de la alteridad.

Se reciben pacientes de todos los países. Algunas personas vienen del África Negra, otras del Magreb, otras de Asia, el Caribe, Turquía, Sri Lanka, Europa central....

El cuidado de manera plural

Se recibe a la mayoría de las y los niños y sus familias de manera individual con la ayuda de un traductor si fuera necesario y, en algunos casos, trabajamos con la ayuda de un grupo de co-terapeutas. Aunque este dispositivo grupal se utiliza solamente en una minoría de los casos, se va a describir detalladamente por ser el más específico; es también el que ha permitido experimentar con nuevos enfoques; es en definitiva, el que genera más interrogantes en la medida en que se trata del dispositivo más alejado de la práctica habitual.

Este dispositivo consiste en un grupo de terapeutas que recibe al paciente y a su familia (por lo general 12 co-terapeutas). En las sociedades tradicionales, se considera al individuo en constante interacción con su grupo. De ahí la importancia de un grupo en las situaciones de cuidado. Además, la enfermedad se considera como una situación que no se refiere únicamente al paciente individual, sino también a su familia y a su grupo. Por lo tanto, se trata a la persona de una forma grupal: ya sea por el grupo social o por una comunidad terapéutica. El tratamiento colectivo de la enfermedad permite un compromiso entre la etiología colectiva y familiar de la enfermedad y una etiología individual.

Los médicos que derivan a la familia a este dispositivo, en la medida en que son portadores de un “pedazo de historia familiar”, por lo general participan en esta consulta, al menos la primera vez. Esta presencia activa impide

que la gestión de la carga transcultural sea una nueva ruptura en el largo y a menudo caótico camino de estas familias, que con frecuencia tienen un largo trayecto terapéutico anterior.

Además de estas funciones –modalidad cultural del intercambio y de la atención, co-construcción de un sentido cultural apoyando al paciente–, el grupo permite la materialización de la alteridad (cada terapeuta es de diferente origen cultural) y una transformación de esta alteridad en herramienta terapéutica, tal y como propone Devereux (1972). Es decir, el grupo como apoyo para la elaboración psíquica. La mezcla de hombres y mujeres, de teorías, de maneras de trabajar y de hacer las cosas es un factor implícito del dispositivo.

Igualmente, cualquiera que sea el síntoma por el cual se realiza la consulta, independientemente de la edad del paciente, bebé, niño, adolescente, adulto, la familia está invitada a asistir con el paciente, el entorno es a menudo portador de una parte del significado.

El viaje de las lenguas maternas

Para explorar los procesos con precisión, en su propia complejidad y riqueza, la lengua materna del paciente está necesariamente presente en la consulta, si se desea. El paciente tiene la oportunidad de hablar en su lengua materna y en este caso, un co-terapeuta conocedor de su lengua o un intérprete le traducen. Destacar que si el proceso parece eficaz es por la capacidad de cambiar de un idioma a otro y no volver, a veces artificialmente, a una lengua nativa “fossilizada”. De acuerdo con sus deseos, sus posibilidades y la naturaleza de la narrativa que la persona construye, utiliza esta oportunidad de utilizar o no su lengua materna. Una vez más se busca el vínculo entre los idiomas.

Dada la importancia de la traducción, hemos llevado a cabo estudios sobre el régimen de traducción en situación clínica. El primero de ellos, realizado en colaboración con un lingüista S. de Pury Toumi, consistió en traducir de nuevo, fuera de la situación terapéutica, el discurso articulado por el paciente por un segundo traductor que revisa la cinta de la consulta la cual fue grabada y traducida de nuevo en condiciones muy diferentes a la situación clínica. Se tiene mucho más tiempo que en la situación natural, ya que se puede detener cuando se quiere, volver hacia atrás, utilizar ayuda pero, sobre todo no se está incluido en la relación terapéutica, que cambia completamente su posición (Moro, de Pury Toumi, 1994). Esta re-traducción que se hizo, fue comparada

en las dos versiones y puso de manifiesto el hecho de que había muchas diferencias entre la traducción in vivo y post pero a pesar de estas diferencias, la sensación general era de que el discurso estaba bien compartido por la tríada paciente-traductor-terapeuta. Estos últimos datos contradice, hay que decirlo alto y claro, la idea que se oye a menudo de que no se puede hacer terapia con un traductor. Ciertamente, es complejo, pero es cómodo para trabajar con un traductor - puesto que mientras traduce, piensa o sueña ...

Más allá de esta conclusión general, el estudio también pone de relieve la importancia de varios procesos que han cambiado la forma de trabajar en una entrevista bilingüe. Entrevistamos al traductor de la situación clínica que le llevó a estas diferencias, lo que permitió una mejor comprensión de la parte del traductor del dispositivo y sus mecanismos de elección y la toma de decisiones en el momento de la entrevista.

Por lo tanto, “el conocimiento cultural compartido” permite expresar por insinuaciones e implícitos lo que es esencial a la hora de abordar temas difíciles - la sexualidad, las relaciones íntimas entre hombres y mujeres, entre los padres y los niños, por que también en Francia, todo esto se relaciona con lo sagrado...

Esto es, ante todo, toma de consciencia del hecho de que trabajamos en un discurso traducido y no comunicado (paciente / terapeuta / paciente) y por lo tanto un discurso difundido a través del traductor lo que implica integrar correctamente el traductor en el dispositivo terapéutico y por lo tanto para formar la situación clínica transcultural.

Por último, este estudio ha puesto de relieve la importancia de los terapeutas, las asociaciones relacionadas con la materialidad del lenguaje establecido por el paciente, incluso cuando no se entiende. Este baño lingüístico provoca imágenes y asociaciones vinculadas con el mismo efecto de las palabras, los ritmos, los sonidos ... La interacción es con la dirección, sino también el lenguaje en sí mismo y el universo que transporta .

La traducción no es simplemente una interpretación, pues participa en el proceso interactivo de la psicoterapia en situación transcultural.

El terapeuta también es un ser cultural: la contra-transferencia-cultural

En un dispositivo de este tipo, es necesario establecer, además de los mecanismos de análisis de la transferencia y la contra transferencia “emocional”,

una modalidad específica de análisis de contra transferencia vinculada a la dimensión cultural. Otra razón por la cual este tipo de consulta se lleva a cabo en un grupo, es la forma más eficaz para analizar esta contratransferencia cultural (Moro, Nathan, 1989). En concreto, al final de cada entrevista, el grupo se esfuerza en explicar las contratransferencias de cada uno de los terapeutas con una discusión de los afectos experimentado por cada uno, de los implícitos, de las teorías... que los llevaron a creer tal cosa (inferencias), para realizar un acto (intervenciones).

Como sabemos, hacer operacional la dinámica de la transferencia y la contra transferencia ha sido la verdadera revolución traída por Freud. Después, la elaboración del modelo clásico de la cura, la palabra del sujeto se plantea como un acto de la terapia, el apoyo de enlace entre el psicoanalista y el cliente, es decir la transferencia (Freud, 1910). En consecuencia, la transferencia es el proceso por el cual los deseos inconscientes del paciente se actualizan como parte de la relación psicoanalítica. Devereux (1967) amplió esta definición para aplicarla al conjunto de los fenómenos que ocurren en la situación clínica e investigación en ciencias humanas. La transferencia se convierte en la suma de reacciones implícitas y explícitas que el sujeto desarrolla en relación con el médico o el investigador.

Por el contrario, la contratransferencia del investigador es la suma de todas las reacciones del clínico explícito e implícito en relación a su paciente o a su objeto de investigación. En la contratransferencia hay, como en la transferencia, una dimensión emocional y cultural. La contratransferencia cultural se refiere a la forma en que el terapeuta se posiciona respecto a la alteridad del paciente, en relación a sus formas de hacer, de pensar la enfermedad, en relación a todo lo que hace el ser cultural del paciente... Tal hombre Soninké tiene insomnio, cuando finalmente se duerme, tiene sueños funestos. Consultó a un sanador Soninké en París que le dijo que había sido atacado por un espíritu, un genio, un ancestro insatisfechos. El sanador, el sabio que sabe cómo interpretar el sueño y le pidió que hiciera un sacrificio. ¿Cuál es mi posición interior en una historia así? Desde esta posición contra transferencial dará lugar mi respuesta al paciente. Ella va a condicionar mi capacidad para entrar en relación terapéutica con él. Se trata entonces de definir el estatus epistemológico que atribuyo a este tipo de material. Así que sobre todo se trata de mi posición interior con respecto a todas estas declaraciones y hacer codificados por la cultura del paciente. La transferencia y contra-transferencia cultural prestan a la historia, a la política, a la geografía ... el paciente como el terapeuta tienen su pertenencia

cia, membresías, y están inscritos en las historias colectivas que impregnan sus reacciones y de las que deben ser conscientes. Sin analizar esta transferencia contra-cultural, tenemos el riesgo de pasar al acto agresivo, emocional, racista ... Por lo tanto, una terapeuta mujer que no puede interactuar con un hombre del Magreb, entra en conflicto de inmediato – es la imagen de la mujer la que está en juego en esta relación espacio cultural que él le ha asignado, o también, una niña de familia del norte de África, tales joven que convence a la asistencia social de su lugar de secundaria de la emergencia en su casa porque su padre le impide maquillarse. Y la asistente social preguntada por esta cuestión dirá de buena fe “Ellos comienzan con esto y no se sabe donde paran”. Si ella es devuelta, a Argelia, entonces será demasiado tarde! “. Descentrar y analizar la contratransferencia cultural es sin duda los dos mecanismos más difíciles de adquirir en esta práctica cultural, pero también los más valiosos.

Modificar el tiempo

Otro factor que se cambia en este dispositivo es la temporalidad: las consultas duran alrededor de dos horas, tiempo que parece necesario para una historia se desarrolle en la primera persona dada la representación tradicional del tiempo, del encuentro y del recorrido terapéutico.

Del mismo modo, en general, se hacen seguido en forma de consultas terapéuticas o terapias breves inferiores a seis meses, a una sesión al mes o cada dos meses. Mucho más raramente, en este contexto grupal se realizan terapias largas. Sin embargo, las terapias más largas pueden tener lugar de forma individual con un co-terapeutas si es necesario. Después de algunas consultas en grupo que pueden proporcionar un marco cultural al sufrimiento de la familia, se inicia el proceso. A veces se llevan a cabo por un miembro del equipo que acompaña a la familia en la terapia de grupo.

Eficacia terapéutica - investigación

Los trabajos actuales en etnopsicoanálisis muestran una buena adaptación de esta técnica a la clínica de los migrantes: se obtienen resultados terapéuticos profundos y duraderos (Moro, 2010). La existencia de un dispositivo terapéutico complejo que se adapta a todas las situaciones, el descentramiento cultural que nos obligó a suspender un diagnóstico a menudo demasiado rápido cuando se hace a partir de nuestras categorías occidentales - la confusión entre el material cultural , el hechizo encantamiento y el delirio no afectan a la

percepción de la melancolía en un discurso cultural centrado en la brujería... - y el uso de la herramienta complementaria condujeron a una multiplicidad de hipótesis etiológicas que es, sin duda, un factor eficiente de este dispositivo . Se ha demostrado, de hecho, que en el actual trabajo sobre evaluación de las psicoterapias la capacidad del terapeuta para modificar sus hipótesis diagnósticas es un factor general de eficiencia sea cual sea la técnica (Ibid.).

Hemos llevado a cabo por nuestra parte varios estudios sobre la eficacia de las técnicas etnopsicoanalíticas con terapias para madres-bebé en posición transcultural (Moro Moro 1994, 199, 2008, 20108), para los niños en edad escolar y adolescentes, hijos de los migrantes (Moro, 1998; Deplaen, Moro et al., 1999). Los parámetros fueron los que ya se encuentran en equipos anteriores, que pusieron de relieve la importancia de la elaboración de la alteridad cultural, la co-construcción de sentido con la familia, el impacto de la exploración ontológica, etiológica y los niveles terapéuticos para cada situación en la calidad de la historia. La importancia de la declaración de una narrativa singular contextualizada en los mecanismos del cambio, la necesidad de trabajar en producciones imaginarias hasta la fecha en la relación terapéutica para reconstruir esta transmisión padres e hijos y el valor de trabajar en la conflictividad interna de los niños sujetos a un grado de disociación entre la filiación y la afiliación.... Por lo tanto, esta técnica implica factores psicoterapéuticos comunes a cualquier psicoterapia como el establecimiento de un marco, la construcción de una historia... y también factores específicos relacionados con la naturaleza de la técnica

Los datos de esta investigación clínica conduce al eclecticismo dentro de la consulta sabiendo que el último paso será la construcción de vínculos entre el sentido de supuestos y sobre todo la capacidad para el paciente para construir su propia historia basada en estas representaciones plurales. Por lo tanto, este dispositivo de tratamiento que integra la dimensión psicológica y cultural de toda la disfunción humana no es en sentido estricto un dispositivo específico a mis ojos. Sería más exacto decir que se trata de un marco complejo y mixto psicoterapéutico que permite el descentramiento de los terapeutas y teniendo así en cuenta la alteridad cultural de los pacientes inmigrantes, aunque en realidad es interesante para todos sean migrantes o no, mestizos o no.

Lejos de ser obstáculo, el lenguaje de los pacientes, sus espectáculos culturales, la lógica cultural que les impregna se convierten en elementos del marco terapéutico y fuentes de creatividad, tanto para los terapeutas como para los pacientes.

¿Qué propone un enfoque transcultural?

Cuando podemos creer que es necesaria una psicoterapia que integre la dimensión cultural? Esquemáticamente, se proponen dos tipos de indicaciones para las personas de cualquier edad o familias y si los pacientes que emigraron por decisión propia o a los hijos o nietos de inmigrantes.

Un primer abordaje, es el que se puede ofrecer desde la psicoterapia para los pacientes cuyos síntomas aparecen como una consecuencia directa de la migración a corto, medio o largo plazo; para los pacientes con una sintomatología culturalmente codificada: se propone una teoría etiológica cultural, como la brujería, o, la posesión... O cuando el propio síntoma se codifica directamente en su forma misma: trance, la comunicación con los seres culturales...; Finalmente, los pacientes requieren explícitamente esta excentricidades culturales: se refieren a la necesidad de ir a través de su lengua, para hacer frente a “cosas del país”... Estas indicaciones se aplican también a la primera y segunda generación, siempre que los parámetros citados existan.

En todas estas indicaciones, el dispositivo transcultural es susceptible de funcionar como una verdadera máquina de hacer vínculos entre el universo (aquí y allá) y los hijos de los migrantes, o, entre el mundo de los padres y el del exterior..

Segundo abordaje es el más común es en nuestra consulta, es decir, cuando el paciente ya ha recibido otro tipo de apoyo en un entorno clásico. Se propone entonces un dispositivo transcultural a los pacientes que deambulan de un sistema occidental de la atención sanitaria (médicos, psiquiatras, psicoterapeutas...) a un sistema tradicional (curanderos de Consulta en su país y aquí) sin ser capaz de enlazar vínculos y sin ningún desencadenante que permita un trabajo real de desarrollo y de transformación de la situación. Se ofrecerá también a los migrantes errantes curas a menudo caóticas siendo excluidos de cualquier punto de atención. Por último, a todos aquellos pacientes que dicen que no pueden ser comprendidos, se les habla desde el entendido o, a veces desde la falta de respeto. Ellos paran el apoyo y se niega a la familia o al niño, todo nuevo proyecto de atención

Por último, al igual que cualquier técnica psicoterapéutica, el etnopsicoanálisis reconoce límites: Generales, aquellos de toda psicoterapia y específicos: la no preparación del paciente y su familia para el desarrollo de la alteridad cultural que se discute o reprime; los pacientes con ruptura con su grupo de pertenencia necesitan de una elaboración individual del sufrimiento psicoló-

gico. En este caso, se propone en lugar de la terapia individual convencional sabiendo que el manejo del material cultural no puede hacerse de forma individual, sino que simplemente se le puede informar o aclarar del relato. La primera consulta se debe negociar el marco y la forma de monitoreo: individualmente, o, en grupos, con una forma particular de hacer las cosas. También negociar su temporalidad: cada semana, cada mes o cada dos meses. La primera consulta se utiliza para definir todos estos elementos que no son naturales y que será cambiado durante el seguimiento.

Ni mágico ni exótico, una práctica conveniente para todos

Por lo tanto, las representaciones culturales dan una preforma a las representaciones individuales y sirven como canal de semántica para la construcción del relato, que son los verdaderos principios de la narrativa. Los meandros de los deseos del ser humano y sus conflictos alimentan, este ámbito como en muchos otros, la extraordinaria diversidad humana. El reto sigue siendo sin embargo la introducción de este tipo de representaciones culturales en nuestras herramientas de cuidado profesional³.

Ni mágico, ni “malo”, el etnopsicoanálisis como cualquier técnica psicoterapéutica reconoce indicaciones y limitaciones que hace falta precisar lejos de pasiones ideológicas oscurantistas. La clínica transcultural no es una clínica reservada para los expertos o los viajeros. Pertenecce a todos los que se toman la molestia de una formación rigurosa y múltiple.

Las condiciones de la subjetividad

Esto plantea una cuestión importante que es la evolución del marco necesario incluso fuera del dispositivo etnopsicoanalítico para algunos pacientes migrantes y sus hijos: este marco no es esencial para todos los migrantes, pero para algunos la curación no puede tener lugar sin ella – hace falta evaluar la necesidad. Se puede citar algunos de estos implícitos culturales no necesariamente compartidos que obligan a veces a reordenamientos incluso en un encuadre no específica: la relación dual⁴ no será obvia para un paciente de una cultura no-occidental, donde el individuo está pensado desde la constante interacción con sus grupos (familia, comunidad ...). Esta

3 Añadido traducción

4 Relación dual : paciente-profesional

relación dual es a veces experimentado por el paciente como violenta e intrusiva. Cuando este es el caso, hay que reconstruir con él las condiciones de su vida privada, las condiciones de despliegue de su subjetividad. Por tanto, es importante introducir el concepto del grupo pidiendo al paciente que lleve a alguien que elegirá él mismo, para concertar entrevistas con otra persona que siga al paciente (lo cual, por ejemplo, es fácil en una institución). Del mismo modo, la técnica de la entrevista debe ser pensada: las preguntas, todas las preguntas, pero sobre todo las preguntas acerca de la intimidad, en el interior de la casa, en la vida conyugal, en lo privado... pero también cuestiones en aspectos culturales dados por sentado por los pacientes como la poligamia, los ritos ... todas esas formulaciones interrogativas que presuponen de nuestra parte implícitos si no, no las preguntaríamos. Todas estas cuestiones a menudo se experimentan como violentas, intrusivo desplazados, absurdas incluso groseras, ya que no respetan las normas culturales del intercambio: orden de generaciones, las diferencias de género, lugar respectivo para niños y adultos ... Las cuestiones son a menudo demasiado y en vez de hacer preguntas es útil proponer sus propias representaciones para permitir que una narración se desarrolle al ritmo del paciente. Del mismo modo, siempre para favorecer la historia, es importante respetar el orden cultural de la Familia: a veces, puede ser difícil acceder a la mujer, o, la madre, sin pedir permiso al marido – y ella queriendo ser fiel a su marido, no podrá hablar libremente. Conviene entonces negociar esa autorización para que ella pueda venir y venga a la consulta, la escuela, o clínica y se exprese a voluntad. Estos ejemplos no deberían colocarse como nuevos grilletes (cadenas) para las mujeres, los hombres, las familias migrantes y sus hijos. Estos elementos básicos deben ser conocidos y entrar en la negociación del marco de cualquier trabajo.

Están por supuesto, otras cuestiones como la introducción de la lengua materna del paciente, o, el análisis de nuestra contratransferencia cultural. Todo esto es posible en cualquier parte de la atención terapéutica⁵ o las mediaciones (Bouznah y Lewertowski, 2013), o puede llegar a serlo, tan pronto estemos convencidos de su eficacia. Aquí, como en otras partes, el pensamiento precede a la acción.

5 Añadido en traducción

Experimentar la diferencia

Otros parámetros del marco etnopsicoanalítico pueden ser integrados en lugares no específicos dependiendo de la personalidad del médico clínico, de su facilidad con cualquier elemento, del lugar donde se ejerce... como la modificación de la temporalidad (consultas más largas), la constitución de un pequeño grupo de co-terapeutas, la importancia en las terapias de iniciar la construcción de un sentido cultural que incorpore las hipótesis de los pacientes... Pero para introducir progresivamente estos cambios en nuestro marco de prevención y resolución de conflictos que pueden acontecer, hay que explorar su pertinencia y la enorme eficacia a partir de la experiencia de otros o dándonos a nosotros mismos los medios para experimentar.⁶

Referencias Bibliográficas

- Bouznah S et Lewertowski C, *Quand les esprits viennent aux médecins*. In Press, Paris, 2013.
- Devereux G., *De l'angoisse à la méthode*, Flammarion, Paris, 1980 (œuvre originale 1967).
- Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1970.
- Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris, 1985 (œuvre originale 1972).
- Freud S., *Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique, La technique psychanalytique* (trad.fr.), PUF, Paris, 1970 (œuvre originale 1910).
- L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, La Pensée sauvage, Grenoble, 2001.
www.revuetransculturelle.org
- Moro M.R., *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, PUF, Paris, 1994.
- Moro M.R., *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Dunod, Paris, 3ème édition 2004.
- Moro M.R., *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*, O Jacob, Paris, 2008.
- Moro M.R., *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*, O Jacob, Paris, 2010.

6 Traductoras. Cristina Martínez-Taboada y Edurne Elgorriaga

- Moro M.R., Mestre C Je vous écris de... Correspondance entre Marie Rose Moro et Claire Mestre, Pensée sauvage Editeur, Grenoble, 2013.
- Moro M.R., Pury Toumi (De) S., Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique, Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie, n°25-26, 1994, p. 47-85.
- Moro M.R., Lachal C., Les psychothérapies. Modèles, méthodes et indications. Armand Colin, Paris, 2006, 2nd édition 2012.
- Moro M.R., Nathan T., Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : Lebovici S., Weil-Halpern F. (Eds), Psychopathologie du bébé, PUF, Paris, 1989, p. 683-722.
- Nathan T., La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique, Bordas, Paris, 1986a.
- Nathan T., La fonction psychique du trauma, Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie, n°8, 1987, p. 7-9.
- Nathan T., Moro M.R., Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S., Mazet P. et Visier J.-P. (Eds), Evaluation des interactions précoces, Eschel, Paris, 1989, p/ 307-340.
- Roheim G., Origine et fonction de la culture (trad. fr.), Paris, Gallimard, 1972 (œuvre originale, 1943).
- Sindzingre N., La notion de transfert de représentations: l'exemple des aspects culturels de l'infortune, Anthropologia medica, 1989, p. 5-6.
- Zempléni A., La « maladie » et ses « causes ». Introduction, L'Ethnographie, LXXXI, 2, 1985, p. 13-44.

Artículos

Reflexión sobre el grupo como herramienta de acercamiento y transformación

Cristina Martínez-Taboada Kutz
Universidad del País Vasco

Resumen

El objetivo de este escrito, proviene de una reflexión basada en parte en un artículo sobre la historia y desarrollo de la terapia de grupo en España (*The State of the Art of Group Psychotherapy in Spain*) en la revista *International Journal of group psychotherapy* (2015) y del propio título del Symposium *El grupo como herramienta de acercamiento transformación*. Comprobamos que aunque no ha pasado un siglo desde el comienzo de los grupos como herramienta de transformación, ya ha habido muchos movimientos asociados a la gestión de derivas teóricas, que dan señas de identidad a una Asociación como la SEPTG. Ella fue pionera, controversial y debería seguir siéndolo. Esta aportación pone humildemente en evidencia algunos aspectos que ayudan a contemplar una trayectoria que debe mantener: ser un instrumento útil, proactivo y cuestionador, en un momento de transformación social y de cambios de paradigma. No podemos olvidar que los grupos son la base fundamental de la conducta humana y explica actitudes y emociones que mueven la realidad social que estamos compelidos a compartir. Pensar en la interacción y la interdependencia con los otros, esos otros, que puede dar pistas del cambio y la transformación de personas, grupos y comunidades

Palabras clave: grupos, Septg, transformación

Correspondencia con el autor: E-mail: cristinamtk@gmail.com
Cristina Martínez-Taboada Kutz, Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad del País Vasco (UPV / EHU), España.

Abstract

The aim of this paper comes from a reflection based in part on an article on the history and development of group therapy in Spain (*The State of the Art of Group Psychotherapy in Spain*) in the International Journal of Group Psychotherapy (2015) and also in the title of the Symposium *The group as a tool of approach and transformation*. We found that although it has not been a century since the start of the groups as a tool of transformation, there have already been many movements associated with the management of theoretical drifts, which give identity to an association as SEPTG. She was pioneered and controversial and should remain so. This contribution puts humbly in evidence some aspects that help to contemplate a path to keep: to be a useful instrument proactive and questioner, at a time of social transformation and paradigm shifts. We can not forget that the groups are the fundamental basis of human behavior and explains attitudes and emotions that move the social reality that we are compelled to share. Thinking about interaction and interdependence with others, those *others* who can give clues of change and transformation of individuals, groups and communities

Key words: Groups, SEPTG, Transformation.

Introducción

Los seres humanos estamos ligados a los grupos desde su esencia, y por ello pueden superar dificultades compartiendo la energía, el conocimiento, el sentido de comunidad en grupo buscando la mejora, la salud de las personas y la comunidad en general. La transformación suele conectar con escenarios difusos que cuestionan lo establecido e inculca temor ante lo desconocido. Podemos decir que vivimos un momento histórico y social inédito, aunque posiblemente esto lleve a la sonrisa pues, desde los tiempos de Platón, confrontar la incertidumbre social significa examinar la inestabilidad y los avatares inciertos. El declive del sistema, de las estructuras tal y como hasta ese momento habían sido conocidas era para Platón *anti-natura* aunque eso llevó a una mayor justicia social con Pericles. No sé si podemos pensar que este es un momento social similar. Hay un cierto sentimiento de amenaza indefinida frente a la posible pérdida del propio status frente aquellos que vienen de otros confines y realidades sociales. Ofrecer la igualdad a nuevos ciudadanos conlleva el cuestionamiento y en ocasiones la percepción de inestabilidad, antes incluso de un posible encuentro. Controversia y proximidad ha sido un objetivo de la SEPTG

desde sus inicios y hoy parece más evidente si pensamos en el título de este Symposium *Grupos como herramienta de transformación y acercamiento*.

Estamos viviendo un momento especialmente activo y la formación del terapeuta de grupo está supeditado a la necesidad de acotar tiempos para que sean más breves, afronte tensiones institucionales eficazmente, haga evaluaciones de calidad en su quehacer grupal y no deje de mirar el fin último de promover la curación, el bienestar y la autonomía de los participantes.

SEPTG como herramienta de acercamiento y de transformación en el tiempo

En el 2013 el Simposio de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG), resaltaba la necesidad de integrar teorías de grupo que posibilitaran una fertilización cruzada en el mejor sentido de la expresión para buscar nuevos caminos. Coordinar técnicas dentro de las actividades de la profesión, con una visión de cambio y adaptación a las nuevas necesidades sociales se hicieron evidentes incluidas las nuevas tecnologías.

Las diferentes escuelas de pensamiento y teorías a partir de las cuales se desarrollan una amplia variedad de enfoques terapéuticos dan heterogeneidad a los profesionales y plantea una dialéctica de encuentro y desencuentro que configura también la historia de la SEPTG. La terapia de grupo se abrió a los movimientos psiquiátricos innovadores en sus inicios junto con una serie de cambios sociales, políticos y económicos de época y del movimiento de transición política de un país que iba de la dictadura a la democracia. Los grupos fueron un desafío a lo institucional más vetusto. La Septg fue una buena representante de la extensión del grupo como espacio psicoterapéutico en España asociada a la trayectoria en Estados Unidos y Europa en la primera mitad del siglo XX.

Al calor de la importancia del psicoanálisis, el análisis de grupos y las dinámicas de grupo fueron tomando presencia y una dimensión definida. En este contexto, el Dr. Emilio Mira y López se destaca, no sólo como el que introdujo el psicoanálisis en España, sino también como un pionero de la psicoterapia de grupo y las comunidades terapéuticas (Mir, 2010). Los médicos y psicólogos en las grandes ciudades como Madrid, Barcelona y Bilbao comenzaron hacer grupos en los hospitales y en la realización de las prácticas privadas. La influencia de Foulkes y Moreno fue tan significativo que han dejado una huella decisiva en la terapia de grupo en España y hoy en día siguen presentes, sin dejar de

lado otros métodos, como la Gestalt, teoría de sistemas, o la terapia cognitiva conductual.

SH Foulkes (1948, 1964), llevó a una reconsideración del ser humano como un ser esencialmente social. Un enfoque interesante para dar sentido al inconsciente social y también para el desarrollo del concepto de matriz de grupo como una base operativa para la elaboración del pensamiento común en grupo. El movimiento del grupo análisis dio lugar a oportunidades de formación en torno a esa idea en Europa en general y en España, en concreto. La SEPTG nació como un evento significativo en un momento en el que confluían las diversas tendencias en las terapias de grupo española incluida el Psicodrama aplicado a la psicoterapia de grupo. Este es un modelo que mantiene su eficacia metodológica y la fuerza epistemológica. Es un paradigma que integra la fe y el optimismo de Jacob Levi Moreno en la humanidad, conserva un fondo humanista y un profundo conocimiento del psicoanálisis, mirando siempre a contextos sociales desde una perspectiva sistémica de grupo que ofrecen consideraciones de expertos en su tarea terapéutica.

La SEPTG acercó y sirvió de referencia a muchos profesionales permitiendo un espacio de transformación, una inflexión cultural, social y ética hacia una sociedad más moderna y abierta que la que se vivía en aquel momento. Esta evolución habría sido impensable sólo años antes, en una sociedad española despótica en el encuentro de los grupos los cuales eran *sospechosos* en sí mismos por su capacidad de influencia.

La formación grupal dirigida a profesionales y estudiantes relacionados con la salud mental, la sociología, la pedagogía y las relaciones humanas son claves en la comprensión de las personas y de las comunidades. La terapia de grupo es considerada como una herramienta para la comprensión de los temores, los deseos, las emociones que constituyen los fenómenos interpersonales, tanto normales como patológicos. La psicoterapia online, o los grupos online, son hoy en día un recurso que supera lo imaginado hace unos pocos años donde el *cara a cara*, la intimidad, la escucha presencial, eran la fortaleza de la terapia grupal. Poco a poco, el interés de los psicoterapeutas por otros ámbitos crece y se abre como un modo de intervenir en la sociedad y desenredar nudos conscientes e inconscientes que posibiliten la elaboración del grupo como un todo, las emociones y ansiedades de los conflictos originarios de la vida humana, además de ser siempre menos oneroso

Retos de la terapia de grupo en España

Trabajar con grupos significa ir directamente al corazón de nuestro país, un país que se mueve y vive en grupos. Sin embargo, los españoles que tienen un fuerte sentido de pertenencia a los grupos de los que reciben apoyo y reparación afectiva deben a cambio ejercer la lealtad con un fuerte sentido de identidad compartida con esos grupos (Hoftede, 1991) cada vez más diferenciadores. Hasta hace no tantos años, éramos un país caracterizado globalmente en su conjunto del resto de Europa. Éramos un organismo cultural bastante homogéneo frente a otros que eran los diferentes. A pesar de la diversidad interna compartíamos una forma colectiva formal de actuar con sentimientos jerárquicos, una tendencia a evitar la incertidumbre y los conflictos de grupo, además de un enfoque no muy pragmático (Hoftede, 1991). España tenía una ideología religiosa única aceptada ante la ley, la cual sancionó instituciones, educación, relaciones sociales y creencias. Sin embargo hoy en día, somos una sociedad multicultural con diferentes etnias, idiomas, principios y tradiciones en convivencia.

En la actualidad, el multiculturalismo es una cuestión con considerable influencia en el desarrollo de la terapia de grupo en España. Los grupos de tratamiento se están viendo afectados por las nuevas configuraciones culturales. Los profesionales que trabajan en los hospitales, centros de salud o de ajuste psicosocial y educativa deben tener en cuenta la heterogeneidad de dichos valores culturales, así como de los procesos específicos asociados a la diversidad de costumbres y lenguas. Esto no es un tema nuevo para otros países, pero lo ha sido para el nuestro.

Por lo tanto, los profesionales debemos transformar los modos de hacer grupales en función de los ambientes multiculturales que en muchas ocasiones requieren el uso de técnicas mixtas, formación sólida en una o varias tendencias, la colaboración de mediadores y co-terapeutas al unísono¹. Los psicoterapeutas de grupo tienen un gran reto para desarrollar el conocimiento sobre competencias interculturales con el fin de mejorar el bienestar y la salud mental en el proceso de reducción de síntomas que se agravan en el estrés social, o, la adaptación cultural. Independientemente del sufrimiento de otras cuestiones como el anclaje de un inconsciente social compartido y doloroso que los diferencia de *otros* del grupo.

¹ Ver artículo Dra. Moro en este mismo Boletín

La terapia de grupo puede ser vista como una ayuda para la sociedad en sus esfuerzos para deshacer los bloqueos mentales que surgen en la interacción social. Se trata de nuevos escenarios con los mismos cuadros sufrientes. Los grupos proporcionan estrategias de afrontamiento y transformación adecuadas siempre y cuando, los recursos cognitivos y emocionales de adaptación permitan a las personas aumentar su autonomía y crecimiento personal. La psicoterapia de grupo está perdiendo parte del purismo lo que a veces llega a ser poco ortodoxo y perjudica el rigor y la autoridad moral que debe tener el psicoterapeuta grupal.

Conclusión

El término **transformación** hace referencia a la acción o procedimiento mediante el cual algo se modifica, altera o cambia de forma manteniendo su identidad original pero modificando aquellos aspectos que permitan un mejor desarrollo de su actuación o de su adaptación al entorno. Podríamos pensar que esto es la base de la variedad de marcos teóricos, de técnicas terapéuticas de grupo que sobresalen de la terapia de grupo contemporáneo. Por otra parte, la psicoterapia de grupo en España se adecúa al tipo de clientes que se encuentran en hospitales, centros de salud, ambulatorios, comunidades terapéuticas o la práctica privada. Puede estar asociado con el tratamiento de las adicciones, las deficiencias psicológicas y sociales, los problemas relacionados con la salud y diversas patologías. Sin embargo, existen grandes tendencias que trascienden dependiendo del contexto de las instituciones y las demandas sociales en la formación profesional.

La mayoría de los terapeutas de grupo que funciona dentro de un enfoque psicodinámico son de tamaño pequeño, a largo plazo, e integrado por pacientes adultos, aunque también hay grupos psicoterapéuticos con adolescentes y con niños en instituciones de salud mental. En general se llevan a cabo en consultorios de atención ambulatoria, hospital de día, y la práctica privada. Junto con estos hechos, una de las pronósticos fue que los grupos cognitivos-conductualmente orientados a ciertos síntomas aumentarán en un futuro próximo.

Obviamente, esto es sólo una reflexión, que cuando planteamos el título del Symposium parecía claro, sobre lo que simboliza trabajar en grupo como una representación interactiva que permite el acercamiento genuino de las personas además de percibirlo como una fuerza transformadora intra grupal y

proyectada al exterior social. Vivimos en una sociedad con profundos cambios, la comunicación está mediatizada por las redes sociales que ponen lo inmediato como un valor y ocupan un espacio emocional y mental frente a la soledad

Los grupos pueden convertirse en aprendizajes que alertan que se está viviendo demasiado rápido, o demasiado lento, con angustia, ansiedad o confusión. Quizás por eso está bien traer la Comunidad al Symposium en una práctica que se ha llevado a cabo por tercera vez desde el Symposium de Valencia y habla de una Septg interactiva que desea conectar y apoyar aquellos grupos que emergen en las comunidades frente a necesidades sociales y psicológicas. Las nuevas realidades se plasman en el trabajo con minorías, grupos de duelo, de sufrimiento por aislamiento, por enfermedad, o, incomunicación. El grupo sigue manteniéndose como una herramienta que permite instrumentalizar las necesidades de afecto, de competencias, de intercambio y transformación así como las emociones que configuran el momento y la vida en general. Sólo acercarnos a los demás permite poder acercarnos a nosotros mismos genuinamente y mejorar la percepción de la existencia, la consciencia del ser más íntimo que se abre a la consciencia del ser más social, más transformador y cercano.

Referencias bibliográficas

- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: software of the mind*. McGraw-Hill: London
- Martinez-Taboada, C., Amutio, A., Elgorriaga, E., y Arnosó, A. (2015). The State of the Art of Group Psychotherapy in Spain. Special Issue on Group Therapy Around the World, *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol. 65. EEUU
- Mir, P. (2010). Una historia de la Psicoterapia de Grupo en España parte I. *Revista Teoría y Práctica grupo analítica*, 1, 110-130. Barcelona.

Experiencias vividas en una consulta transcultural

Edurne Elgorriaga Astondo
Universidad del País Vasco

Resumen

En este artículo se pretende describir e ilustrar el trabajo que la profesora Moro y su equipo realizan en el hospital de Avicenne y de Cochin de París, donde han creado un dispositivo específico de atención a la población inmigrante en base a la teoría de etnopsiquiatría desarrollada por Devereux (1970). La intención de este artículo es transmitir las impresiones, dudas y reflexiones que suscita la consulta transcultural a una persona que participa de esa experiencia y que trabaja en grupoanálisis y proviene de una sociedad en la que la multiculturalidad no está tan presente como en Francia. En este sentido, la narración se realiza a partir de los casos que observé en una estancia de tres meses en París. Palabras clave: consulta transcultural; multiculturalidad; grupos; casos reales.

Introducción

El primer contacto con la etnopsiquiatría, más concretamente con una consulta transcultural, si la formación ha sido en psicoterapia analítica grupal y se procede de un entorno en el que la diversidad cultural comienza a tener significado, es cuanto menos chocante.

A una semana de llegar a París, con altos niveles de incertidumbre y algo de tristeza, con mil ilusiones depositadas en los 3 meses que duraba mi estancia y con ciertos problemas con el idioma, me dirijo al hospital de Avicenne donde había quedado con la profesora Marie Rose Moro. Llego una hora antes de

Correspondencia con el autor: E-mail: edurne.elgorriaga@ehu.es. Profesora de Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), España. 1 Correspondencia con el autor: E-mail: edurne.elgorriaga@ehu.es. Profesora de Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), España.

lo previsto, los nervios y el desconocimiento del metro hacen que no pueda calcular bien el tiempo. Todas las personas del servicio me preguntan si tengo cita, probablemente mi cara de susto y mi origen extranjero les haga pensar que vengo a una consulta y no a realizar una estancia.

Mi primer encuentro con la profesora Moro resulta muy agradable y tranquilizador. Por suerte, es de origen español y puedo entender cada una de las palabras que me dice, aunque realmente no llego a comprender alguna de sus propuestas e indicaciones. Subimos a una sala donde no sé muy bien qué es lo que vamos a hacer y empiezo a plantearme diferentes hipótesis. Observo que las sillas están colocadas en círculo, tal y como estoy acostumbrada a verlas, pero en esta ocasión están ocupadas por unas 10 personas, que a primera vista sé que es el equipo de trabajo, de orígenes culturales diversos. Se realizan las presentaciones y compruebo que además de diversidad cultural, existe una gran diversidad de formación: psiquiatría, enfermería, antropología, psicología...

Por los problemas iniciales con el idioma, llego a entender que una de las pacientes que tiene cita en el servicio no va a acudir, y observo cómo Marie Rose coge un dossier y comienza a explicar y leer una transcripción de una consulta anterior, de la Señora B. El equipo aporta información y discute el caso, mientras toma café y pastas, por lo que pienso que estoy asistiendo a una reunión del servicio. De repente, observo que realizan un círculo más perfecto, que apartan todo tipo de comida y bebida, y que la profesora Moro sale por un momento. Para mi asombro, y posterior alegría en cuanto a inquietudes formativas, entra en la sala una mujer del África subsahariana, que se sienta en la silla vacía que está junto a mí, y a la que se le presenta cada una de las personas que se encuentran en la sala, señalando formación, estatus laboral y en muchas ocasiones el origen cultural. En efecto, es la Señora B., la señora sobre la que había estado hablando el grupo, y lo que iba a presenciar era una nueva consulta, mi primera consulta transcultural.

A partir de este momento, mi asombro, incertidumbre y emoción aumentaba con cada una de las intervenciones que observaba, con cada uno de los movimientos, técnicas y procesos, que podía entender y comparar con aquello que conozco y practico. No sólo era una extranjera, una inmigrante en París, también era una extranjera, una inmigrante en la consulta transcultural. Con el tiempo no sólo aprendí a desenvolverme en una ciudad llena de novedades y estímulos, sino que también comprendí esa forma de trabajar, una forma de trabajar que me sigue asombrando y sigo admirando.

Introducción a la etnopsiquiatría

La etnopsiquiatría es una psicoterapia de orientación psicoanalítica que tiene en cuenta el significado cultural e individual de todo el sufrimiento psíquico (Moro y Lachal, 1996) y que se construye bajo el postulado de la universalidad psíquica, por la que se da el mismo estatus a todos los seres humanos y a sus producciones culturales y psíquicas, por diferentes y a veces desconcertantes que ellas sean (Devereux, 1970). Su fundador fue George Devereux (1970, 1972), quien a partir de los conceptos teóricos defendidos por otros autores como Freud o Roheim (Moro, 1992), formula una nueva forma de trabajar con las personas inmigrantes.

La terminología empleada ha sido diversa, así etnopsicoanálisis se ha utilizado para hacer referencia a la teoría y metodología, mientras que etnopsiquiatría se ha atribuido a las observaciones etnológicas y clínicas (Nathan, 1986). En ocasiones se habla también de etnopsicoterapia (Nathan, 1998), un término más cercano a la realidad de esta práctica. Hoy en día todavía hay una ambigüedad en cuanto a la denominación. Moro y su equipo lo entiende y lo practica como una psicoterapia de orientación psicoanalítica (Moro, 2004b; Moro y Lachal, 2006).

Devereux (1972) en su obra *Etnopsicoanálisis complementarista* propuso que cualquier fenómeno debía ser estudiado desde dos perspectivas complementarias, el psicoanálisis, que analiza la psique de las personas, y la antropología, encargada de la cultura, del mundo exterior. En esta línea, el plano teórico de la etnopsiquiatría, se construye bajo estos dos discursos, el del psicoanálisis y el de la antropología, y el plano metodológico se desarrolla en base a un principio, el complementarismo (Moro y Lachal, 1996). Este principio propone que para describir determinados fenómenos con la máxima precisión, hay que utilizar obligatoriamente dos tipos de discurso, lo que no quiere decir que haya que hacerlo simultáneamente, es decir, no hay que confrontarlos (Devereux, 1972).

Además del principio del complementarismo, la práctica etnopsiquiátrica demanda un “descentramiento” de la propia cultura y familiarizarse con otras (Moro, 1992). Esto implica distanciarse de la percepción, los métodos de evaluación y la manera de hacer de la propia cultura, y transportarse a otro mundo y experimentar las dificultades en la adaptación (Musetti, 2006). La pluralidad ofrece múltiples puntos de vista y referencias, es decir, el proceso de descentramiento, permite una lectura de la situación bajo diversos criterios y no necesariamente en base a la clasificación nosológica occidental (Moro, 1992).

Tanto el descentramiento como el complementarismo son elementos claves en la consulta transcultural. Para poder integrarlos y llevarlos a cabo deben apoyarse en una identidad profesional firme y en principios como el de la universalidad psíquica (Moro, 2004a).

En este sentido, Nathan (1986) señala la importancia de la puesta en marcha de un dispositivo que permita la explicación de los datos culturales, del grupo de pertenencia, y los idiosincráticos, los de la historia particular. Nathan propone una serie de pautas de intervención y crea un dispositivo para atender a la población inmigrante, una población que en sus palabras carecía de interés para la política, la psiquiatría y la investigación (Nathan, 1998). Así, él es primero que propone este dispositivo y lo monta en Avicenne, lugar de donde años más tarde partió y en el que Moro y su equipo han seguido trabajando y apoyándose en lo aprendido han ido cambiando algunos parámetros teóricos y técnicos (Moro, 2004b). Así la técnica original, necesariamente complementarista, está continuamente en construcción y evolución, aunque ciertos parámetros estén bien definidos (Moro 1994, 1998) como es la necesidad de un grupo de terapeutas, la importancia del idioma materno del paciente y de poder pasar de un idioma al otro, y, la necesidad de comenzar desde las representaciones culturales de los pacientes.

Características del dispositivo de la consulta transcultural y experiencias vividas

Para una persona inmigrante todo acto terapéutico que se apoye únicamente en la causalidad de tipo científico constituye un nuevo trauma psíquico (Nathan, 1998). La etnopsiquiatría necesita de un cuadro psicoterapéutico complejo que permita el descentramiento cultural de los terapeutas y del mismo modo la toma de conciencia de la alteridad cultural de las y los pacientes inmigrantes (Moro y Lachal, 1996). Por tanto, es necesario crear un dispositivo que permita la explicación de los aspectos individuales y culturales (Moro, 1992).

Tal y como se puede leer en el artículo de Marie Rose Moro de este mismo boletín, el dispositivo de la consulta transcultural es aconsejable para las personas inmigrantes que sufren las consecuencias de la inmigración, así como para sus hijos e incluso nietos. También es adecuada para aquellas en las que la enfermedad está codificada culturalmente, necesitan un descentramiento,

han utilizado otras técnicas que no han sido efectivas, y/o deambulan entre los dispositivos tradicionales y occidentales.

Para la realización de una consulta transcultural el grupo se construye bajo el mismo modelo de la sociedad francesa que como toda la sociedad europea se ha convertido en multicultural (Moro, 2009), de ahí la importancia de su diversidad cultural, lingüística y profesional. En relación a la técnica que se lleva a cabo hay que tener en cuenta ciertas características de la composición del grupo, las lenguas y reglas de intercambio, la co-construcción del significado, la contratransferencia cultural, y, las formas de seguimiento y temporalidad (Moro y Lachal, 1996 Moro, 2004^a; ver también el artículo de Marie Rose Moro de este boletín).

En relación a la **composición del grupo**, hay una figura de terapeuta principal, que está rodeada de un grupo de coterapeutas de orígenes culturales y lingüísticos múltiples, con formaciones diferentes, conocimientos de clínica (generalmente psicoanálisis) e iniciados en antropología (Moro, 2004a, 2004b). El/la terapeuta dirige el grupo y hace circular la palabra, la distribuye, se apoya sobre el grupo de coterapeutas y reformula las proposiciones de las y los estudiantes (Real y Moro, 2004). El dispositivo es grupal porque la persona está en interacción constante con su grupo de pertenencia (Moro y Lachal, 2006). Se invita a la familia y al profesional que le deriva a esta consulta, en la medida en que todas estas personas son portadoras de una parte de la historia del o de la paciente. La presencia familiar y profesional evita que la entrada en la consulta transcultural sea una nueva ruptura en su tratamiento (Moro y Lachan, 1996).

La persona que hace de terapeuta principal y las coterapeutas pueden cambiar de una sesión a otra, así como el número de personas que participan en el grupo. Es decir, el paciente y la familia no siempre son recibidas por las mismas personas, aunque siempre hay un mínimo que son conocidas, y, se procura que la o el terapeuta sea el mismo. Esto provoca diferentes movimientos en el grupo, tales como que una persona que en una sesión es coterapeuta, puede ser en la siguiente terapeuta principal, o que pueden darse incorporaciones nuevas, puntuales...

Estos grupos de coterapeutas siempre son bien acogidos por los pacientes en la medida en que está más próximo de las modalidades de cuidado de su propia cultura. Es generalmente peor visto y tolerado por los equipos de

profesionales que están acostumbrados a trabajar en dispositivos duales (Real y Moro, 2004).

El hecho de que el **dispositivo sea mestizo y flexible** en cuanto a la composición, formación y roles del equipo terapéutico, resulta muy novedoso en comparación con otro tipo de psicoterapias analíticas en las que trabajan menos terapeutas (uno o dos) y lo hacen con un rol fijo, y en el que generalmente el grupo se constituye de pacientes y no de profesionales. Estas diferencias pueden suscitar planteamientos en cuanto a cómo serán los procesos de transferencias y contratransferencias si hay cambios en el equipo terapéutico; en relación a las asociaciones libres; en la riqueza pero a la vez dificultad de trabajar desde diferentes disciplinas; en si se observarán los factores terapéuticos del cambio que aparecen en los grupos de pacientes tales como *altruismo, universalidad, información, esperanza, desarrollo de técnicas de socialización, entre otros* (Yalom, 1970; Aystarán, 1980). Sin embargo, si se tiene en cuenta la población a la que se dirige este servicio se puede entender con facilidad estos cambios y la importancia de tener un grupo de profesionales mestizo y flexible.

Cuando se parte de un cuadro terapéutico como el de la psicoterapia analítica grupal y se observa por primera vez una sesión de consulta transcultural, sin duda el “choque” es grande, y surgen mil cuestiones respecto a la forma de llevar la sesión. En cuanto va pasando el tiempo y una se familiariza con la técnica y la teoría, pronto se entiende esta forma de hacer. La flexibilidad que se observa en el grupo y la diversidad en diferentes aspectos de sus componentes, permiten la normalización de la situación del paciente, dan valor a los diferentes usos culturales, y además, recrean la pluralidad de la sociedad francesa.

En las dos historias que se narran a continuación se percibe la importancia de trabajar con un grupo diverso en formación, origen y lenguas, así como las consecuencias positivas que puede tener el cambio de rol terapéutico.

Era la tercera consulta de una familia procedente de Sri Lanka que acudía al servicio porque sus dos hijas y su hijo tenían problemas escolares. Esta familia se había tenido que cambiar de barrio, sin embargo el hijo y las hijas seguían acudiendo al mismo colegio, para lo que utilizaban más de una hora en llegar. Por este motivo, siempre estaban muy cansados y no rendían adecuadamente. La familia se resistía a cambiarles de escuela porque tenía la esperanza de volver a ese mismo barrio (habían perdido la casa y vivían en un lugar que no tenía agua corriente, pero su objetivo era volver al barrio anterior). Un análisis más profundo de la historia hacía comprender que esta familia había “perdido” el país, había perdido a la madre y esposa, y ahora había perdido la casa, además, el padre tenía una enfermedad, por

lo que también había perdido la salud. A la consulta acudía una mujer que era la hermana de la madre (cuñada y tía de la familia protagonista) pero que se había casado en segundas nupcias con el que había sido su cuñado, por lo que ahora era la “madre” y esposa. El tema de las diferentes pérdidas siempre se había tratado, sin embargo, la familia no había dado muchos datos sobre cómo habían vivido la muerte de la esposa, de la madre pero también de la hermana, cómo había sido el proceso migratorio...Es verdad que sólo habían acudido 2 veces, pero se percibía una barrera para llegar a esos temas.

En la consulta siempre habían sido recibidos por un hombre de costa de marfil que ejercía de terapeuta principal, por una coterapeuta que hacía de traductora, y por un equipo de coterapeutas. En la tercera consulta, el terapeuta principal no pudo venir, con lo que una mujer de origen francés ocupó su posición. En esta sesión, tanto el padre como la segunda mujer y tía-madre de los niños, pudieron expresar sus emociones y sus sentimientos con mayor facilidad.

En la discusión final, independientemente de que se tratara de la tercera sesión y los lazos terapéuticos cada vez fueran más fuertes, todo el equipo estaba de acuerdo en afirmar que el cambio de terapeuta y el hecho de que fuera una mujer, había facilitado la expresión de la parte más emocional y dolorosa de los diferentes duelos que habían vivido. Duelos por el país, por la mujer-madre-hermana, por la enfermedad y por la casa. Sin este cambio o sin la diversidad de personas del grupo, esta información probablemente se habría recabado pero con mayor dificultad y se habría necesitado más tiempo.

En otra ocasión, acudió a consulta una pareja soninké para la que se había pedido un traductor. Este traductor a parte de tener la función de traducir, en ocasiones tiene que explicar expresiones o ciertas tradiciones, lugares, etc., que el equipo no conoce. En este caso, la mujer se mostraba muy triste y con dolor en la garganta, lo que le impedía comer con normalidad, incluso aunque cocinara aquello que más le gusta. Su marido había viajado al país para la boda de un hijo suyo y se había alojado en casa de su primera mujer. Un hijo de nuestra protagonista también se casaba pero ella no había querido ir. Los motivos para no viajar a su país hacían referencia a una especie de riña marital, sin embargo se notaba a primera vista que había otros motivos más profundos.

Se veía aconsejable que la mujer pasara tiempo con su familia y amistades, además de que se alimentara ya que había perdido mucho peso. Hay que decir que al recibir a esta familia era la época del Ramadán. La presencia de varios coterapeutas que también hacían el Ramadán permitió que el grupo supiéramos la posibilidad y la importancia que durante este tiempo se da a compartir espacios con la familia y amistades, de cuáles eran las costumbres

y los ritos que siguen, etc. Evidentemente si estos coterapeutas no estuvieran presentes, se podría haber preguntado al traductor o a la paciente, pero en cualquier caso, en un tipo de grupo en el que no se dispusiera de coterapeutas de orígenes diferentes o de traductores, esta información se habría perdido, o habría dependido en gran medida de los conocimientos generales del terapeuta principal. Además, uno de los coterapeutas añadió que la vuelta al país de origen así como la celebración de una boda están ligados íntimamente con fiestas entorno a la comida, a la alimentación, es decir, al síntoma más visible y consciente de esta mujer.

La o las **lenguas maternas** tienen gran importancia en el grupo porque permiten explorar con precisión algunos de los fenómenos. Se utilizan si el paciente lo desea y siempre que sea algo natural y no sea una lengua fosilizada por el tiempo. En este caso, una persona, coterapeuta que conozca la lengua o en su defecto una traductora, traduce aquello que la persona expresa. El paso de una lengua a la otra se hace en función de las posibilidades o las ganas de la familia o paciente (Moro y Lachal, 2006). Hay que tener presente que se trabaja con un material traducido, mediatizado por la persona que traduce, lo que implica integrar al traductor en el dispositivo terapéutico y formarla en situación transcultural. Los trabajos realizados para comprobar la eficacia de las traducciones han demostrado que existen numerosas diferencias en la traducción en vivo y a posteriori, pero que a pesar de estas diferencias, el sentido global del discurso está bien compartido por la triada paciente-traductor-terapeuta (Moro y De Pury Toumi, 1994). Aunque no se comprenda, son importantes las asociaciones e imágenes que surgen al escuchar la lengua materna directamente (Moro, 2009).

En nuestra sociedad el trabajo con personas que realizan funciones de traducción o intermediación es habitual en las administraciones, instituciones o ciertas investigaciones, sin embargo la utilización de la o las lenguas maternas y la incorporación de una persona en el marco terapéutico que traduzca las diferentes intervenciones resulta bastante novedosa y plantea preguntas sobre su eficacia. Sin embargo, lo más interesante de esta forma de trabajar es los beneficios y la información que se obtiene, que de otra forma tal vez no se obtendrían.

En diferentes ocasiones se comprueba como para hablar de aspectos que duelen, que recuerdan a la casa y el país, para contar emociones, recuerdos del pasado, aspectos íntimos, etc., aunque conozcan la lengua del país receptor,

recurren a su lengua materna, como si fuera una especie de protección y/o como una herramienta que les permite expresar más fácilmente lo que ya de por sí es difícil de contar. En ocasiones, parece como si fuera más fácil que lo diga otra persona, aquella que traduce. Por otro lado, muchas veces, aunque la sesión se realice en francés, el o la terapeuta principal pide que se traduzcan determinadas cuestiones a la lengua materna, para asegurarse de que llega bien, de que se entiende, de que se cuida a la persona, e incluso para romper ciertas defensas.

En este sentido, en una ocasión un hombre africano con una personalidad seductora respondía a las preguntas que se le realizaban en francés, en la lengua del país receptor, pero desviando la atención, sin profundizar demasiado, intentando gustar al grupo pero sin entrar en grandes detalles. El terapeuta pidió a uno de los coterapeutas que tradujera determinadas preguntas e interpretaciones, probablemente con la intención de crear un ambiente cálido o de poder profundizar un poco en el tema. Sólo de este modo se logró que este hombre se relajara, bajara sus defensas, se quitara la máscara de seducción y hablara de sus emociones y de sus sentimientos.

Respetar las normas de **intercambio** de cada cultura es fundamental para establecer un buen vínculo terapéutico y comenzar un buen trabajo, demostrando que se respetan todas las formas de ser, de vivir, de interactuar, etc., y que todo lo que se hace en el grupo es por el bien de la familia y el paciente, y sobre todo para tranquilizar a una familia que nunca ha conocido ese tipo de dispositivo y que puede verse asustada, sobre todo en la primera sesión (Moro y Lachal, 1996). En ciertas ocasiones, las normas de interacción pueden ser tan diferentes a las del país de recepción, que el no tenerlas en cuenta puede impedir realizar un buen trabajo y/o establecer un lazo terapéutico adecuado.

En una ocasión llegó a consulta una familia procedente de Costa de Marfil que acudía porque su hijo, el pequeño de cuatro, tenía problemas de lenguaje y de comportamiento en la escuela, y el centro escolar había decidido que tan sólo podía acudir un día a la semana. Era la primera sesión, una consulta de evaluación, y estaban citados el padre, la madre y el hijo, junto con una asistente familiar y una estudiante de puericultura. Sin embargo, a la consulta acudieron las dos profesionales con el padre, el hijo, un amigo del padre y un hombre mayor, de aproximadamente 65 años, que a primera vista se observaba que era una persona con autoridad para la familia.

El terapeuta, que casualmente también era de Costa de Marfil (no es una condición necesaria), comienza presentando al equipo de profesionales pero el hombre mayor apenas le deja hablar. El terapeuta continúa pidiendo que se

presenten pero el hombre mayor, rápidamente interrumpe y pregunta quién es el jefe ahí. Viendo la forma de actuar de este hombre y la pregunta realizada, está claro que nos encontramos ante “el jefe” familiar, o al menos, ante una persona con autoridad para la familia y probablemente para su comunidad. El terapeuta, hábilmente le pregunta si él es el “jefe” de la familia, y siguiendo los parámetros familiares habla de “jefe” a “jefe”, respeta su posición, le da el lugar que tiene dentro de la familia y le explica el procedimiento, pero igual de hábil, el terapeuta consigue proseguir como de costumbre en la sesión y consigue que el “jefe” baje sus defensas y permita hablar al padre, y así se pueda evaluar la situación del niño.

Sólo así, dejando claramente que ese hombre es el jefe, pasando primero por él para posteriormente poder hablar con los demás, se pudieron realizar diferentes preguntas al padre, y comprobar que la madre no había acudido por decisión del “jefe”, que tal y como nos lo hicieron saber, tenía que ver lo que allí ocurría para permitir que la familia siguiera acudiendo. Además de respetar la posición, en este caso el terapeuta, en la medida en que era del mismo país, pudo hablar de la ciudad de la familia, del barrio, incluso algo en uno de los dialectos del lugar..., lo que facilitó la confianza del jefe.

En este ejemplo se ve claramente que cuando existe una indicación clara de tener en cuenta el envoltorio cultural y de comenzar las consultas por sus patrones culturales y tradicionales, mostrando respeto hacia sus manera de hacer, es más fácil que se pueda trabajar con la familia y evitar posibles bloqueos. Sin embargo, en otro tipo de dispositivos en los que la norma del intercambio no está explícitamente contemplada, la integración de estos elementos culturales que pueden condicionar la sesión y el posible trabajo en el futuro, dependen de la habilidad personal del o de la terapeuta, de su sensibilidad y descentramiento cultural, así como de su experiencia. En cualquier caso, no es algo tan obvio como en las consultas transculturales, lo que puede llevar a un manejo inadecuado de la situación, a tener dificultades para establecer la alianza terapéutica, e incluso en ocasiones, dirigir la sesión bajo los parámetros occidentales olvidando la cultura de las personas que se tienen en frente.

Para **co-construir un cuadro cultural** pertinente hay tres niveles que deben ser explorados (Moro y Lachal, 1996, 2006): el nivel ontológico, etiológico y de las lógicas terapéuticas. El nivel ontológico muestra las representaciones que el paciente tiene de sí mismo, de su identidad, de su origen y de su función. El nivel etiológico, señala el significado que el paciente da al desorden

que está viviendo, a sus consecuencias. Existen numerosas teorías etiológicas como la brujería o la posesión, por ejemplo. Por último, el nivel de las lógicas terapéuticas, hace alusión a las acciones que hay que llevar a cabo para ordenar el mundo después del caos de la enfermedad, para curarse.

Junto con el proceso de co-construcción del significado vinculado a la cultura de origen, hay que tener en cuenta la perspectiva dinámica del evento migratorio, sus consecuencias potencialmente traumáticas para la personas y, siempre, la aculturación secundaria a esta migración (pérdida del grupo, duda y ambivalencia en relación a las cosas del país...). Al inmigrar, la persona pierde su cuadro cultural externo y entra en un mundo en el que no conoce ni la lengua, ni las reglas, un mundo de “no significado” y de precariedad. La migración entraña por lo tanto consecuencias eventuales que hay que tener en cuenta (Moro y Lachal, 1996). Para que este dispositivo funcione es importante el descentramiento y el análisis de la complejidad de su dimensión cultural e individual.

Era la primera consulta de una mujer soninké y de su hijo que acudían al grupo porque éste tenía problemas de lenguaje. Tenía 6 años y era el menor de 8 hermanos, decía algunas palabras, básicamente los nombres de sus 7 hermanos y hermanas y llamaba también a sus padres. Escribía y dibujaba, pero apenas hablaba. Tenía un gran apego con la madre, la abrazaba mucho, aunque por otro lado se desenvolvía bien solo e interactuaba con otros miembros del grupo.

La madre confiaba en que iba a hablar, repetía una y otra vez que era una cosa de Dios. Teniendo en cuenta las costumbres de su país se le preguntó si había ido al país de origen con el niño o si había hecho algún tipo de ofrenda, ritual. Ella contestó que cuando tenía un año y ya había comenzado a hablar algunas palabras, viajaron al país de origen pero que nunca más habían vuelto. No había hecho ningún tipo de ofrenda ni ritual, ni habían acudido a ninguna persona de su país (cuando es su cultura es habitual hacer ofrendas y rituales). Por la explicación de las madres, parecía como si el niño hubiera traído algo del país que le impidiera hablar.....

También se exploró la estructura familiar de la madre y pudimos saber que eran 3 hermanos y que su madre había muerto en el parto del tercer hijo. Apenas tenía recuerdos, no tenía fotos...se había criado con su abuela. El nombre de su madre, lo llevaba una de sus hijas, un nombre que el pequeño podía decir. Se le preguntó por la niñez y la familia del padre, pero ella no co-

no sabía nada, se percibía que era una familia con secretos, con falta de recuerdos, que no hablaba del pasado...

En esta historia, la posición del niño en la familia es la del hijo pequeño, una persona protegida, querida, especial, al menos para la madre que es quien acude a la sesión. Escuchándole da la sensación de que habla de un “bebé”, pero ese bebé tenía 6 años... El sentido que le da a esta situación lo atribuye a la voluntad de Alá, ella está convencida de que el niño hablará cuando Alá quiera. Esto sería el ser y el sentido, la posición del hijo en la familia y el significado que le dan a su situación. A partir de aquí, reconociendo y sabiendo cómo entiende la madre la situación la lógica terapéutica haría referencia a las acciones que hay que poner en marcha para el cuidado del niño, para que en primer lugar hable pero para que se ordenen aquellos elementos más internos y profundos por los que el niño calla.

En este tipo de grupo se percibe claramente la **contratransferencia cultural** que concierne a la manera en la que el terapeuta se posiciona en relación a la alteridad del paciente, en relación a sus maneras de hacer, de pensar sobre la enfermedad, a todo lo cultural de esa persona (Barriguete, Moro y Axerod, 2002). En toda contratransferencia hay una parte que pertenece a la identidad personal, pero también hay una parte que hace relación a la identidad profesional, social y cultural (Moro y Lachan, 1996), es decir, las reacciones están ligadas a la historia, sociología, política, etnia, mitos, historia familiar, historia personal, pero también a veces a estereotipos e ideologías implícitas que hay que saber reconocer (Moro, 2004b). Por tanto, hay que tener en cuenta las reacciones de un terapeuta en la medida en que está habitado por una cultura particular y encuentra a una persona de otra cultura y entra en relación con ella (Moro y Lachan, 1996). Sin el análisis de la contratransferencia cultural, se corre el riesgo de pasar al acto agresivo, afectivo, racista (Moro, 2004a).

El análisis de la contratransferencia cultural junto con el descentramiento cultural son sin duda los mecanismos más difíciles a adquirir en esta práctica cultural pero también los más importantes (Moro, 2004a). Por este motivo, al terminar cada sesión cada persona explicita sus impresiones, lo que le ha llevado a pensar en una cosa o en otra, etc., es decir hay un periodo de discusión en el que se comparte cómo se ve al paciente y la familia, y como se ha sentido uno.

En dos ocasiones, dos hombres de Senegal hablaron de la mujer, así como de los hijos e hijas que tienen en el país de origen y de la mujer que tienen en Francia. Para mí era la

primera vez que estaba delante de hombres que tuvieran más de una mujer y aunque sepa que en determinados lugares existe la poligamia, yo como mujer occidental podría dejarme llevar por esta situación y proyectar emociones de incompreensión o enfado, por ejemplo, hacia esos dos hombres. En este caso se estaría hablando de una contratransferencia cultural. Si no se está por encima de estas contratransferencias, si no se pueden reconocer ni ver a las personas más allá, se puede caer en estereotipos que no dejen trabajar adecuadamente.

Igualmente, un compañero psicólogo de Marruecos me contaba que al principio cuando una persona magrebí contaba alguna cosa en contra de la sociedad francesa él se ponía “de su parte” y en ocasiones acababa discutiendo con compañeros/as franceses/as, hasta que pudo controlar esas contratransferencias.

Respecto al **tiempo**, se estima que son necesarias dos horas para que la persona desarrolle un discurso en primera persona, teniendo en cuenta las características del dispositivo (Moro y Lachal, 1996; 2006). Sin embargo, el cumplimiento del horario en la consulta transcultural es más flexible, por lo que si se observa que la persona está fatigada o no quiere continuar, o, se considera que se ha trabajado lo suficiente, se da por terminada la sesión. El **seguimiento** de las consultas transculturales se realiza en consulta terapéutica o en terapia inferior a 6 meses, en pocas ocasiones bajo este cuadro se llevan terapias largas. No es habitual que se realicen terapias largas pero éstas pueden tener lugar a nivel individual con una de las personas que participa como coterapeuta, cuando tras varias consultas de etnopsiquiatría se ha dado un marco al sufrimiento de la familia y se ha iniciado un proceso (Moro y Lachal, 1996).

El manejo del tiempo contrasta con las psicoterapias en las que el tiempo está bien limitado y se cumple rígidamente al inicio y final de cada sesión. En este sentido, por ejemplo en la psicoterapia analítica grupal, se fija la hora en la que se empieza y termina la sesión, siendo estos dos límites elementos susceptibles de interpretación (Foulkes, 1964), tanto para las personas que acuden a la sesión (cuando se retrasan o adelantan, cuando comienzan a hablar justo al final, etc.) como para las y los profesionales (cuando terminan antes las sesiones, las alargan por no saber cortar, etc.).

Esta cuestión llamaba la atención, sin embargo, una reflexión desde los estudios de la psicología transcultural demuestran que las diferencias en la percepción del tiempo es una de las variables que explica las diferencias culturales (Smith y Bond, 1993). En relación con esta cuestión, al trabajar en un grupo en el que se basa sobre la universalidad psíquica y en el respeto de todas las formas de hacer y de pensar, y que es flexible para poder representar a todas

las personas de todas las culturas, era obvio que establecer límites con el tiempo era imponer una forma de trabajar occidental, en la que la hora representa un momento determinado y no una aproximación, como se observa en otros países. De este modo, se podría cometer el error de interpretar un retraso como una resistencia, cuando en realidad tiene que ver con formas de organizar y distribuir el tiempo.

Esta cuestión puede quedar reflejada en una frase que expresó un compañero de origen maliense “en África tenemos el tiempo, en Europa tenéis el reloj”. En la medida en que es un dispositivo diverso, mestizo, plural, que acoge a personas de lugares muy diferentes, un aspecto tan asociado a las culturas como es el tiempo se vuelve menos importante.

Comentarios y conclusiones finales

Las personas que residen en una sociedad que no es aquella en la que han nacido viven muchas situaciones de incertidumbre y perciben cambios en casi todos los aspectos de la vida. Además de los aspectos objetivos como la lengua, paisaje, comida, etc., los patrones que rigen los comportamientos y las formas de pensar son diferentes a los conocidos hasta el momento. En consecuencia, la población inmigrante es susceptible de muchos malentendidos y situaciones estresantes.

Uno de los malentendidos surge con su primer encuentro con la medicina, en el que muchas personas demandan significado a aquello que les ocurre y occidente les ofrece causas (Nathan, 1998). Como bien señala este autor, si alguien pregunta por qué le duele la pierna, la respuesta va a ser porque existe una fractura pero nunca un médico responderá a preguntas sobre por qué me caí yo y no mi hermano, o porqué me caí ese día (Nathan, 1998). Este malentendido y el no poder obtener aquello que se busca y se necesita, puede hacer más complicada una situación que de por sí ya es difícil, si se tiene en cuenta que son personas que piden ayuda médica.

Los casos comentados en este artículo ilustran la importancia de trabajar con un método que pueda contestar a lo que realmente necesita la persona. Así, el dispositivo plural, mestizo y complementario se convierte en el instrumento que reivindica y hace real el valor de la diversidad humana. Este dispositivo se trata de un cuadro psicoterapéutico complejo y mestizo que permite el descentramiento de los terapeutas y tener en cuenta la alteridad cultural de las personas migrantes (Moro, 2009). Las diferentes lenguas, representaciones

y lógicas culturales, lejos de ser obstáculos se vuelven elementos del cuadro terapéutico y fuente de creatividad tanto para el equipo terapéutico como para las y los pacientes. Esta técnica psicoterapéutica implica factores comunes a toda psicoterapia como son la instauración de un marco y la construcción de un relato, sin embargo, también tienen factores específicos vinculados a la naturaleza misma de la técnica (Moro, 2009). Fue ideado como algo secundario y no principal en el tratamiento de una persona (Nathan, 1998), que permite la utilización de categorías diagnósticas complementarias, proponer múltiples hipótesis, y no realizar un rápido diagnóstico basado en las categorías occidentales (Moro, 2009).

Además de un descentramiento cultural, se podría decir que esta técnica exige un descentramiento “profesional” y toda una serie de aspectos técnicos que en otros hospitales y/o en otros países es difícil de lograr. En este sentido, la posibilidad de poder trabajar de esta forma en el hospital de Avicenne y de Cochin, considero que es un privilegio, aunque también opino que es una forma de trabajar que poco a poco se irá instaurando en diferentes contextos, o que al menos, se tendrá en cuenta y se incorporarán determinados aspectos a la práctica profesional con población inmigrante y sus descendientes. Tal vez aquí, lo más importante sea conocer los beneficios de esta técnica e ir incorporándola en la medida en que el entorno social, económico y político lo permite.

Si se tiene como punto de referencia España, un país en el que la presencia visible de población inmigrante no supera los 20 años, pensar en un dispositivo profesional como la consulta transcultural resulta casi una utopía. Empezando por los aspectos más técnicos de este dispositivo (aproximadamente 12 terapeutas, de diferentes orígenes culturales, de diferente formación, etc.), encontraríamos problemas políticos y económicos. En primer lugar, a nivel político y legal hay que tener en cuenta las dificultades jurídicas para establecerse en el país, para lograr la convalidación de estudios, las exigencias para trabajar en determinados puestos de trabajo lo que repercute en las dificultades para lograr puestos específicos en psiquiatría o psicología, por ejemplo. Estos impedimentos legales provocarían grandes dificultades para formar un equipo de profesionales en el que trabajaran personas de diferentes orígenes culturales y formaciones. En segundo lugar, en relación a las condiciones económicas, es difícil imaginar un grupo en el que trabajen 12 terapeutas a la vez si no es en un centro u hospital grande, en el que además de la disponibilidad de las personas, hubiera una gran conciencia de los efectos de esta forma de trabajar.

Sin embargo, estos impedimentos no deben ser excusa para acomodarse en las formas de trabajar y de tratar a las personas, sino que deben ser estímulos que animen a incorporar y tener en cuenta los principios de complementarismo, descentramiento y universalidad psíquica. Hay que recordar que es una técnica en la que determinados aspectos se mantienen estables desde sus inicios mientras que otros se han ido modificando con el tiempo, a medida que las personas, y probablemente la sociedad, ha ido evolucionando, y en la medida en la que se han obtenido más conocimientos.

En mi opinión, una vez que se ha conocido esta técnica y este dispositivo, resulta difícil entender el trabajo con la población inmigrante sin considerar algunos de sus principios, pero creo que no hay que caer en una idealización y que hay que ser consciente de la realidad y sociedad en la que se vive y de las verdaderas posibilidades existentes en la práctica terapéutica diaria.

Referencias bibliográficas

- Ayestaran, S. (1980). Manual de psicoterapia de grupo: nueva síntesis de psicoanálisis existencial. Salamanca: Universidad Pontificia.
- Barriguete, M.J.A., Moro, M.R., y Axelrod, R. (2002). Afectos y cultura: una reflexión psicoanalítica. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 35(1/2) 60-83.
- Devereux, G. (1970). *Essaie d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Foulkes, (2007)(1964). *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona: Cegaop Press.
- Moro, M.R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris: P.U.F. (2 edición, 2001).
- Moro, M.R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris: Dunod.
- Moro, M.R. (2004). ¿Porqué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 4, 69-80.
- Moro, M.R. (2004). La Clinique transculturelle. En M.R. Moro, Q. de la Noë, y Y. Mouchenik (Eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Moro, M.R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob.

- Moro, M.R. (2009). *¿Don Quijote o Ulises? Por una clínica transcultural con los inmigrantes y sus hijos en Europa y en el mundo*. Bobigny: Association Internationale d'EthnoPsychanalyse.
- Moro, M.R., y Lachal, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris: Nathan. (coll. 128).
- Moro, M.R., y Lachal, C. (2006). *Les psychothérapies. Modèles, méthodes et indications*. Paris : Armand Colin.
- Musetti, D. (2006). La Ethnopsy, Ethnopsiquiatria o Psiquiatria Transcultural. Bobigny: Association Internationale d'EthnoPsychanalyse.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Nathan, T. (1998). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.
- Real, I., y Moro, M.R. (2004). La consultation transculturelle d'Avicenne. En M.R. Moro, Q. de la Noë, y Y. Mouchenik (Eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Smith, P.B. y Bond, M.H. (1993). *Social Psychology across cultures*. New York: Harvewter & Wheatsheaf.
- Yalom, I.D. (1970/1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basis Books.

Ajuste psicosocial en menores extranjeros no acompañados en centros de acogida y jóvenes extranjeros no acompañados en pisos de emancipación

Gabriela Nicolae, Cristina Martínez de Taboada
Kutz, y Ainara Arnoso
Universidad del País Vasco

Resumen

La inmigración de jóvenes extranjeros no acompañados enfrenta a la sociedad y a ellos mismos, a escenarios de incertidumbre y fragilidad psicosocial que les ponen en riesgo de desamparo y pueden causar procesos de marginación y frustración social. Por tanto el principal objetivo de este trabajo es analizar el perfil psicosocial de los menores extranjeros no acompañados en centros de acogida y de los jóvenes extranjeros que se encuentran en pisos de emancipación en la Comunidad Autónoma Vasca; analizar los niveles de resiliencia, satisfacción con la vida, apoyo social percibido y optimismo en los dos grupos y ver si hay diferencias estadísticamente significativas y cuál es la relación entre las variables del estudio en una muestra de 100 jóvenes extranjeros no acompañados: 50 menores en centros de acogida y 50 jóvenes en pisos de emancipación. Los resultados ponen en evidencia el perfil psicosocial de una población que tiene dificultades para integrarse en el mundo laboral, por motivos como: la situación jurídica-administrativa, la poca preparación, y la situación económica-social española. Se han observado diferencias estadísticamente significativas en relación a la satisfacción con la vida y el optimismo, siendo los menores

Correspondencia con el autor: E-mail: gabriela_nicolae85@yahoo.com
Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (EHU/UPV), España.

extranjeros no acompañados más satisfechos y más optimistas que los jóvenes en pisos de emancipación.

Palabras clave: menores inmigrantes, pisos de emancipación, apoyo social percibido, resiliencia, satisfacción con la vida.

Abstract

The migration of unaccompanied young foreigners facing society and themselves at scenarios of uncertainty and psychological fragility putting them at risk of neglect and can cause processes of marginalization and social frustration. Therefore the principal aim of this paper is to analyze the psychosocial profile of unaccompanied migrant children in residential institutions and unaccompanied young migrant who are in flats emancipation in the Basque Country; measure the level of life satisfaction, resilience, perceived social support and optimism in a sample of 100 young unaccompanied migrant: 50 children in shelters and 50 young people in emancipation flats. The psychosocial profile reveals a population that has difficulty integrating into the labor market, for reasons such as: legal-administrative spanish situation, poor preparation, and economic-social situation. There have been significant differences in what you have to do with life satisfaction and optimism, being unaccompanied migrant children happier and more optimistic than unaccompanied young migrant who are in flats emancipation.

Key Words: immigrant children, flats emancipation, perceived social support, perceived social support, life satisfaction

Introducción

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en 1997 describía a los Menores No Acompañados como niños y adolescentes menores de 18 años que se encuentran fuera de su país de origen sin la protección de un familiar o adulto responsable que habitualmente se hace cargo de su cuidado. Muchos de estos menores han vivido experiencias terribles y han sobrevivido a circunstancias de extrema dureza. Diversos estudios muestran que la mayor parte son varones, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, procedentes principalmente de países de África, siendo la gran mayoría de Marruecos. Casi en su totalidad acceden al país de forma irregular, sin representación legal alguna y totalmente desamparados, pasando

a ser tutelados o a permanecer de manera ilegal en las calles. Tienen un nivel educativo bajo y, salvo excepciones, no conocen el idioma de acogida, lo que dificulta enormemente su comunicación y su integración tanto social como laboral (Capdevila, 2000; Obieta, Burrull, Barahona, Torrejón y Valdés, 2006; Quiroga, 2009; Etxeberria, Murua, Garmendia, Arrieta, 2012).

Este colectivo tiene que hacer frente por una parte, a las dificultades propias de su condición de adolescente y, por otra parte, a su condición de inmigrante irregular, a la falta de referentes afectivos, el duelo migratorio, a las dificultades idiomáticas y culturales y los estereotipos generados hacia este grupo. Estos jóvenes no cuentan con los recursos materiales y familiares necesarios para afrontar su situación en España y, en muchos casos, siendo menores en situación de desprotección pasan a estar tutelados por el organismo gubernamental pertinente y, a residir en un centro de acogida. Una vez cumplidos los 18 años de edad, estos chicos se ven forzados a abandonar el centro de acogida para cumplir la normativa legal. Lograr una plaza en un piso de emancipación, (no todos los menores lo consiguen) puede alargar el tránsito hacia la autonomía por uno o dos años más si hay presupuesto y cumplen ciertos requisitos como ausencia de delincuencia en su historial, motivación para seguir formándose y desarrollar competencias, además de tener un comportamiento considerado o, no sufrir enfermedades mentales graves. Es una situación en la que deben afrontar de nuevo la incertidumbre que les ha acompañado a veces durante varios años. Es un nuevo desafío de gran complejidad que impacta en el ajuste psicosocial y que las instituciones y ONGs intentan paliar garantizando el alojamiento y los recursos para elaborar cierto grado de independencia y autonomía social en un proceso complicado de conciliación y adaptación. Es un hecho, en sí positivo que supone a su vez una ruptura con el entorno social de protección que les ha acompañado hasta ese momento y una preparación hacia una mayor responsabilidad personal y social en un escenario libre de la protección institucional. Es por esto, que nuestro objeto de estudio contempla la resiliencia tanto en el grupo de menores en centros de acogida como en el grupo de jóvenes en pisos de emancipación no acompañados ya que se caracteriza como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio “difícil, traumático, o, desequilibrado”. Estos procesos tienen lugar a través del tiempo, en la interacción del sujeto con su ambiente familiar social y cultural. De este modo la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que nacen los niños, ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su

medio. Así, el punto inicial de la resiliencia es justamente una persona optimista, ya que con una visión positiva y con capacidad para adaptarse se pueden lograr mejores resultados (Rutter, 1993).

Fredrickson (2009) afirma que el optimismo constituye uno de los factores más importantes para crear las condiciones de satisfacción y de felicidad. Incluye las expectativas de control sobre los resultados de las propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal. La resiliencia se suele asociar también a la satisfacción con la vida que puede hacer referencia a un juicio global sobre la experiencia vital general (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). La resiliencia y el apoyo social, han sido reconocidos en la literatura como factores protectores cuando el sujeto es sometido a situaciones estresantes. (Friborg et al., 2006).

Para nuestra muestra, el desplazamiento de un país a otro ha supuesto la incorporación a un nuevo contexto físico, institucional y sociocultural que implica cambios climáticos y geográficos así como cambios en las normas y valores mayoritarios. Además, existen modificaciones en la posición social del individuo ya que pasan de ser considerados chicos mayores en su lugar de origen dispuestos a llevar a cabo un proyecto migratorio por sí mismos, a ser menores protegidos institucionalmente en la sociedad de acogida con una situación económica y social dependiente y unas condiciones culturales percibidas como distantes. Los y las jóvenes, sufren una transformación importante en su red de relaciones interpersonales, dada la necesidad de reconstituir su sistema de apoyo social en el país receptor. Se ha constatado que la presencia de autóctonos en las redes sociales de los inmigrantes (Martínez-Taboada, Arnoso y Elgorriaga, 2006) y la satisfacción con el contacto mantenido con los miembros de la sociedad receptora (Searle y Ward, 1990) facilitan el ajuste psicosocial de la población extranjera, lo cual no siempre es fácil que ocurra.

Por tanto el principal objetivo de este trabajo es analizar el perfil psicosocial de los menores extranjeros no acompañados en centros de acogida y de los jóvenes extranjeros que se encuentran en pisos de emancipación en la CAPV; analizar los niveles de resiliencia, satisfacción con la vida, apoyo social percibido y optimismo en los dos grupos, ver si hay diferencias estadísticamente significativas y cuál es la relación entre las variables del estudio.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 100 jóvenes extranjeros no acompañados de los cuales 50 se encuentran en centros de acogida tutelados por la Diputación de Guipúzcoa y la Diputación de Vizcaya y otros 50 se encuentran en pisos de emancipación de la CAPV. Todos provienen de Marruecos. Los chicos de los centros de acogida tienen una edad comprendida entre 14 y 17 años ($M=16,24$ años; $DT=,91$) y los chicos de los pisos de emancipación tienen edades comprendidas entre 18 y 23 años ($M=20$ años; $DT=1,5$). Todos son varones.

Instrumentos

Características sociodemográficas: a partir de los modelos sobre aculturación y ajuste psicológico de Berry (1997) y de Ward, Bochner y Furnham (2001) se ha construido un cuestionario ad hoc que integra datos socio demográficos (sexo, edad y nacionalidad) y datos de la situación migratoria (motivo migratorio, tiempo de permanencia en el país receptor, permiso de residencia, permiso de trabajo, situación laboral y redes sociales).

Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), en su versión breve que está compuesta por 10 ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1=totalmente en desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). En nuestra muestra el alfa de cronbach es de 0.87.

Satisfacción con la vida: Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985; utilizando versión castellana de Vázquez, Duque y Hérvas, 2013). Está compuesta por cinco ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1=totalmente desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). En nuestro estudio el alfa de cronbach es de 0.80.

Apoyo social percibido: Cuestionario MOS Social Support survey (Sherbourne y Stewart, 1991; versión española de Requena, Salamero y Gil, 2007). Está compuesto por un total de 20 ítems con 5 opciones de respuesta (1 = Nunca; 5 = Siempre). Consta de un ítem que informa sobre el tamaño de la red social. En nuestro estudio el alfa de cronbach es de 0,95 y se ha identificado un solo factor.

Life Orientation Test: LOT-R (Scheier et al., 1994, utilizando la adaptación al castellano de Ferrando, Chico, y Tous, 2002) consta de 6 ítems con 5 opciones de respuesta (1=completamente en desacuerdo; 5= completamente de acuerdo). En nuestro estudio el alfa de cronbach es de 0.66.

Procedimiento

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no aleatorio, atendiendo a la disponibilidad de los centros. Primeramente, se realizaron varias reuniones con los encargados de acogimiento residencial de cada Diputación de la CAPV (Diputación Foral de Guipúzcoa y Diputación Foral de Vizcaya) para poder obtener la autorización y poder trabajar con los menores en el caso en el que ellos estuvieran de acuerdo. La investigadora se presentó en cada centro y explicó a los menores en que constaba la investigación. También nos reunimos con los responsables de los pisos de emancipación para explicar los objetivos de la investigación y pedir su conformidad con el proyecto de entrevistar a los y a las jóvenes en caso de que estuvieran dispuestos/ dispuestas a participar voluntariamente. La información se ha obtenido a través de una entrevista semiestructurada en la que como guión se utilizó el cuestionario descrito. En ambos casos en el contacto directo con los jóvenes se realizaba una presentación de la persona entrevistadora y una explicación de los objetivos del trabajo. A continuación, se pedía la participación voluntaria y se garantizaba el anonimato, confidencialidad, privacidad y respeto a no querer contestar alguna de las cuestiones, tal y como se propone para garantizar cuestiones éticas y metodológicas (Vergara y Balluerka, 2000).

Resultados

Análisis realizados

Los análisis de datos se han llevado a cabo con el programa SPSS versión 23 para Windows. Se han realizado análisis descriptivos (porcentajes, puntuaciones medias y desviaciones típicas, diferencias de medias y correlaciones) para definir el perfil psicosocial y para conocer los niveles de resiliencia, apoyo social, optimismo y satisfacción con la vida, las posibles diferencias y las correlaciones para detectar la asociación y sentido de las variables de estudio de la población joven inmigrante y sin acompañamiento en centros de acogida y en pisos de emancipación.

Perfil psicosocial

En la Tabla 1 y la Tabla 2 se presentan algunas características que permiten conocer algunas cuestiones del perfil psicosocial de los menores y jóvenes extranjeros no acompañados.

Se comprueba que los menores llevan alrededor de 2 años en España y los jóvenes más de 4 años. En cuanto a la formación académica se ha preguntado por los años que han acudido a la escuela, comprobando que la media es de 12,7 años para los menores y 14.2 años para los mayores.

El motivo migratorio principal es el económico en ambos grupos (21%; 25%) aunque tanto los menores como los jóvenes alegan otras razones como la experiencia personal (18%; 20%), la formación y educación (11%; 14%) y otros motivos diferentes a los mencionados (2%; 3%). En la actualidad, son los jóvenes de los pisos de emancipación los que más tienen conseguido el permiso de residencia y solo un 4 % tienen trabajo. Esto les sitúa en una situación socioeconómica similar a la que tenían cuando llegaron de adolescentes: la mayoría está realizando cursos y aprendiendo castellano sin poder acceder al mercado laboral.

Tabla 1. Perfil psicosocial de los menores extranjeros en centros de acogida

Tiempo de permanencia España	M=17,68 meses; DT=16,8
Años de escolarización en el país de origen	M=12,7 años ; DT=3,6
Motivo migratorio	
Económicos	21%
Formación y educación	11%
Experiencia personal	18 %
Otros	2,%
Situación Jurídica	
Permiso de residencia	16%
Permiso de trabajo	-
Situación Laboral	
Desempleo	100%
Realización cursos	-
Redes sociales	
Mantiene contacto con su familia	100%
Tiene algún familiar en el país de acogida	25%
Tiene pareja	12%
Tamaño de la red social	3,6 amigos íntimos

Tabla 2. Perfil psicosocial de los jóvenes extranjeros en pisos de emancipación.

Tiempo de permanencia España	M=62,12 meses; DT=28,7
Años de escolarización en el país de origen	M=14,1 años ; DT=3,2
Motivo migratorio	
Económicos	25%
Formación y educación	14%
Experiencia personal	20 %
Otros	3,%
Situación Jurídica	
Permiso de residencia	47%
Permiso de trabajo	4%
Situación Laboral	
Desempleo	96%
Realización cursos	100%
Redes sociales	
Mantiene contacto con su familia	100%
Tiene algún familiar en el país de acogida	26%
Tiene pareja	9%
Tamaño de la red social	3,2 amigos íntimos

En relación a las redes sociales, se observa que todos mantienen contacto con su familia en origen y que además el 53 % tiene algún familiar en el país de destino. Asimismo el 12 % de los menores afirman tener pareja y el 9 % de los chicos en pisos de emancipación tiene pareja. Definen el tamaño de su red social como amplia (M=3,6 amigos; M=3,2 amigos), por encima de 2 se considera amplia Sherbourne y Stewart (1991).

Tal y como se observa en la Tabla 3, los jóvenes inmigrantes presentan diferencias con respecto a las puntuaciones obtenidas en la escala de satisfacción con la vida y la escala de optimismo. Las puntuaciones en la escala de satisfacción con la vida son altas en el caso de los menores (M=4.8, DT= 1.1) y medio altas en el caso de los chicos que se encuentran en los pisos de eman-

cipación. ($M=4$; $DT=1.4$). También se observa una diferencia en la puntuación en la escala de optimismo, en el caso de los menores siendo alta ($M=4.1$, $DT=.72$) y medio alta en los jóvenes adultos ($M=3.9$, $DT=.59$). La diferencia entre los dos grupos en lo que concierne la satisfacción es estadísticamente significativamente en el caso de los menores ($t=2.947$; $p=.004$). Observamos una ligera diferencia en lo que concierne el optimismo. ($t=2.10$; $p=0.38$). No difieren significativamente las puntuaciones obtenidas en resiliencia y apoyo social percibido. Los menores se muestran más satisfechos y más optimistas que los jóvenes entre 18 y 23 años.

En cuanto a las relaciones entre la satisfacción con la vida, la resiliencia, el optimismo, el apoyo social percibido vemos en la Tabla 2 que en el grupo de menores la satisfacción con la vida tiene una relación estadísticamente significativa y positiva con la resiliencia ($r=.577$) ($p=.001$) y con el apoyo social percibido ($r=.409$) ($p=.001$). Observamos que la resiliencia se relaciona estadísticamente significativa con el optimismo ($r=.302$) ($p=.005$) y con el apoyo social percibido ($r=.552$) ($p=.001$). En el grupo de jóvenes adultos la satisfacción con la vida tiene una relación estadísticamente significativa y positiva con la resiliencia ($r=.455$) ($p=.001$) y con el apoyo social percibido ($r=.573$) ($p=.001$). Observamos que la resiliencia tiene también una relación estadísticamente significativa y positiva con el optimismo ($r=.332$) ($p=.005$), y con el apoyo social percibido ($r=.455$) ($p=.001$).

Tabla 3. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y valores t de Student y significación de las diferencias entre los grupos.

		Menores N = 50	Jóvenes N = 50	t (1.98)	p <
Satisfacción con la vida	M	4.8	4		
	SD	1.1	1.4	2.947	.004
Resiliencia	M	5.6	5.9		
	SD	1.02	0.78	-1.703	.092
Optimismo	M	4.1	3.9		
	SD	.72	.59	2.10	.038
Apoyo social	M	3.6	3.6		
	SD	1.00	.96	0.37	.714

Tabla 4. Correlaciones de Pearson para ambos grupos.

		S	R	O	A
Menores	Satisfacción con la vida	1			
	Resiliencia	.577**	1		
	Optimismo	.204	.302*	1	
	Apoyo social	.409**	.552**	.025	1
Pisos de emancipación	Satisfacción con la vida	1			
	Resiliencia	.455**	1		
	Optimismo	.220	.322*	1	
	Apoyo social	.573**	.455**	.538**	1

*. Correlationis significant at the 0.05 level (1-tailed).

**.. Correlationis significant at the 0.01 level (1-tailed).

Discusión

El proceso migratorio y vivir en una institución, situación en la que están estos menores y jóvenes, pueden considerarse como factores que influyen en su grado de bienestar.

Uno de los aspectos que más destaca es que es una población que tiene dificultades para integrarse en el mundo laboral, por motivos como: su situación jurídica-administrativa, la poca preparación, la situación económica-social española, los prejuicios hacia la población inmigrante. A pesar de la situación que está viviendo, su grado de resiliencia es alto. Esto indica que valoran positivamente el hecho de encontrarse en un centro de acogida o en un piso de emancipación, que son personas con un afrontamiento positivo y activo de la situación (Wagnild y Young, 1993) y que valoran los objetivos que están consiguiendo en su proyecto migratorio (Diener et al., 1985).

Sin embargo hemos notado diferencias entre los menores y los jóvenes adultos en lo que tiene que ver con la satisfacción con la vida y el optimismo. Los menores se muestran más satisfechos y más optimistas que los jóvenes entre 18 y 23 años en pisos de emancipación. Podríamos explicar estos resultados centrándonos en la situación de cada grupo:

Los menores por ley tienen derecho a quedarse en un centro de acogida hasta que cumplan la mayoría de edad y posteriormente tiene la posibilidad de

estar en un piso de emancipación transitorio. Entre las diversas funciones del centro mencionamos: la función asistencial, educativa, afectiva y terapéutica, dando respuesta a las necesidades de desarrollo físico, psíquico, emocional y social de los menores, compensando el posible déficit que sus circunstancias hayan podido causar; la facilitación de un entorno de seguridad y afecto donde los adolescentes perciban y sientan acogimiento, cariño, seguridad y protección, donde puedan manifestar sus angustias y ansiedades y se les escuche y atienda de forma comprensiva y afectiva, además de la creación de condiciones para la emancipación o la vida independiente al llegar a la mayoría de edad. La función de preparación para la emancipación e independencia personal, conlleva trabajar con los adolescentes de cara a facilitar una adecuada inserción socio-laboral, que le posibilite vivir de forma autónoma, así como la preparación integral para afrontar la construcción de un nuevo espacio de convivencia al llegar a la mayoría de edad. Podemos concluir que los menores se sienten más satisfechos y más optimistas de cara al futuro por el trato que reciben en los centros, sabiendo que según la edad que tengan siguen teniendo un sitio eventual donde se les asegura protección institucional. En cambio para los jóvenes que se encuentran en los pisos de emancipación, el tiempo corre en contra y les sitúa en una situación socioeconómica similar a la que tenían cuando llegaron de adolescentes: la mayoría está realizando cursos y aprendiendo castellano con grandes dificultades para acceder al mercado laboral.

En el País Vasco existen recursos destinados al acompañamiento del proceso de emancipación de los jóvenes inmigrantes no acompañados. En el caso de Bizkaia y Guipúzcoa esta atención se está dando por las propias Diputaciones forales, en los servicios dirigidos a personas adultas en situación de exclusión social, mientras que en Vitoria-Gasteiz es el propio ayuntamiento quien está atendiendo a estos jóvenes. Sin embargo, a juicio de algunos organismos como el Ararteko (2005), resultan todavía insuficientes, primero porque son prácticamente inexistentes y segundo porque el acceso a estos programas es excesivamente limitado y no da cobertura al total de jóvenes que dejan de estar bajo la protección de las diputaciones.

Finalmente señalar, que el hecho de que según se van acercando a la autonomía y la emancipación forzosa se asocie con menor optimismo e insatisfacción con la vida puede tener que ver con la posible desprotección institucional a la par que la dificultad de inclusión laboral que cualquier persona contempla con angustia. Sin embargo, deseamos señalar que el medio- alto grado de Resiliencia que da sentido al proceso migratorio en los dos grupos debería poder

hipotetizar una base activa y positiva que permita desarrollar positivamente las competencias requeridas para el ámbito laboral sin quedarse simplemente en una percepción positiva por parte de los jóvenes y menores objeto de este estudio.

Referencias bibliográficas

- ACNUR, (1977). *Guía de políticas y procesos en la atención a niños sin acompañante solicitantes de asilo*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
- Ararteko, (2005). “*Situación de los menores extranjeros no acompañados en la CAPV*”. Ararteko, Vitoria
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-68.
- Capdevila, M. (2000). Los menores extranjeros indocumentados no acompañados (MEINA). Exigencia de nuevas respuestas. In *Actas del II. Congreso sobre la Inmigración en España* (pp. 5-7).
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Etxeberria Balerdi, F., Murua Cartón, H., Garmendia Larrañaga, J., & Arrieta Aranguren, E. (2012). Menores Inmigrantes No Acompañados (MENA) en Euskadi y Aquitania: elaboración y puesta en marcha de un Plan de Formación para Educadores/as y Responsables. *RES Revista de Educación Social*, 15, 1-28.
- Ferrando, P., Chico, E. & Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. & colab. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 19-213.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. Crown Publish, New York.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A. y Elgorriaga, E. (2006). *Estudio del Choque Psicosocial de la población inmigrada a Donostia*. San Sebastián: Ayuntamiento de San Sebastián.
- Obieta, V. G., Burrull, I. P., Soler, J. J. M., Barahona, A. O., Torrejón, M. V., & Valdés, M. P. (2006). La integración social de los menores inmigrantes

- no acompañados: Nuevos retos en la comunidad de Madrid. *Acciones e investigaciones sociales*, (1), 109.
- Requena, G., M., Salamero, M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128, 687-691.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Soc. Sci. & Med.*, 32, 705-714.
- Searle, W. y Ward, C. (1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14, 449-464.
- Servicio de Inserción Social y Empleo (2012). *Programa Lortuz. Guipúzcoa: Diputación Foral de Guipúzcoa*. Donostia-San Sebastián.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Quiroga, V. (2009). Menores Migrantes no Acompañados: Nuevos perfiles, nuevas necesidades. *En la calle: revista sobre situaciones de riesgo social*, (14), 8-14.
- Vázquez, C., Duque, A. & Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a representative sample of Spanish Adults: validation and normative data. *Spanish Journal of Psychology*, 16. doi: 10.1017/sjp.2013.82.
- Vergara, A.I. y Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales. *Psicothema*, 12, 557-562.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, (2), 165-178.
- Ward, C., Bochner, S. y Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock*. Hove, UK: Routledge.

Rol, acción, creatividad y nuevas tecnologías como herramientas grupales de transformación

Raúl Vaimberg
Institución GRUP

Resumen

Vivimos una época apasionante debido a las profundas transformaciones sociales y culturales, tecnológicas, de los modelos de información y evidentemente de la necesidad de transformación de los formas de intervención en salud mental. Se desarrollan algunos conceptos considerados significativos en el marco de las intervenciones grupales: el rol y la acción enmarcados en una teorización sobre la escena construyen un puente entre la psicología social y la psicología individual. La acción en psicoterapia requiere revisar la diferencia entre los conceptos de acting out y acción específica o acción a través del rol y plantea una modificación del punto de mira tanto en la observación clínica como en el desarrollo de métodos de intervención. El desarrollo de la creatividad constituye otra de las herramientas, antiguas y actuales que se propone introducir a través del trabajo grupal, psicodramático e interdisciplinar. Las tecnologías son revisadas desde sus usos de riesgo y beneficio en la salud mental y en el campo de generación de nuevas metodologías psicoterapéuticas.

Palabras clave: Psicoterapia, psicodrama, acting out, creatividad.

Introducción

Describimos algunas de las herramientas de que nos valemos en los grupos para generar procesos de transformación: rol, acción, creatividad y nuevas tecnologías.

Correspondencia con el autor: E-mail: rvaimberg@gmail.com; Médico psiquiatra. Director del GRUP. Barcelona, España.

¿Qué es transformación y qué es un grupo?

La palabra transformar está formado por la voz latina *forma* cuya raíz hace referencia a la figura o imagen y por el verbo *transere* cuyo concepto indica transitar, ir al otro lado. Su significado literal es ‘ir al otro lado’ de la figura o imagen lo que implica un cambio, de allí su significado como metamorfosear, mudar la forma.

¿Qué es un grupo de psicoterapia? A partir de coincidencias que encontramos en las definiciones de diferentes autores en el campo de la psicología dinámica llegamos a la siguiente definición: *El “grupo” es un espacio de relación y un transportador y transformador de representaciones eficaz en el proceso de construcción del sujeto. En este proceso va atravesando y posibilitando situaciones dilemáticas, entre un grupo interno y un grupo externo, que en su juego dialéctico perfila un sujeto con posibilidades de encuentro y diferenciación con el otro, de remodelación de su repertorio de mecanismos defensivos y de una nueva experiencia de subjetivación psicológica y social.*

Para Bion (1972) los procesos de transformación se producen cuando a partir de un campo de amapolas, un pintor realiza una primera transformación a través de la acción de pintarlo y una segunda transformación que es la pintura del campo de amapolas sobre un lienzo. Nosotros agregaremos que además existe un espectador que observa esta escena.

Si trasladamos esta reflexión al campo de lo grupal podemos considerar que el campo de amapolas equivale a la realidad social, el pintor es el grupo que realiza una serie de acciones con las cuales representa la realidad social y el lienzo pintado significa la nueva representación de la realidad social que surge a partir de las transformaciones intersubjetivas que se producen en el grupo. Por último el espectador de este proceso es el propio grupo y otros grupos que observan las producciones del primero.

Roles y acción

La teoría de los roles posibilita un puente entre la psicología individual y grupal. ¿Qué es primero el yo o los roles? Para Moreno los roles son previos a la emergencia del yo, en un extremo de esta concepción podemos considerar al humano como un animal escénico, un animal capaz de escenificar, generar un espacio ficcional en el cual ocurren acciones entre actores frente a un espectador o un público que observa la escena. Desde otra perspectiva los roles permiten establecer un puente entre el mundo interno y el mundo externo a través de una acción específica.

A diferencia del acting out, la acción específica implica la existencia de un espectador de la acción, un espectador interno o internalización del observador social o público de la escena social. En ambas perspectivas (sociopsicológica o psicocológica) estos espectador reales o internalizados son elementos fundamentales de los procesos de transformación ya que otorgan sentido a la acción al incluirla en una cadena de significaciones que pasa a través de los otros en una secuencia telescópica de escenas dentro de otras escenas que posibilitan que en cada traslado entre escenas se produzcan nuevos procesos de transformación.

Veamos estas diferentes posiciones en cuanto a la teoría de los roles en un fragmento de una obra clásica en la cual Romeo y Julieta se besan: la formulación clásica sería que Romeo ve a Julieta, la desea, acciona, se acerca y la besa o le dice algo para seducirla; desde otra perspectiva los labios de Romeo y de Julieta se encuentran y se ponen en acción o los labios de Julieta desean ser besados por los de Romeo, por último vemos una tercera posibilidad, un grupo se expresa a través de los labios de Romeo y de Julieta que en el acto representan una historia y una necesidad colectiva. La ‘puesta en escena’, a través del desempeño de roles y de la acción, requiere de una buena definición de sus elementos constitutivos así como de su historia y la consideración de los aspectos inconsciente de la escena a partir de la otra escena que siempre alberga detrás o al otro lado de una escena (Mannoni, 1990). Planteada de esta manera, la puesta en escena, irrigada por unas nítidas hipótesis dramática y terapéutica, conforma una potente herramienta de transformación y construcción de la subjetividad. Dos actores, Romeo y Julieta, desarrollan una escena romántica en un tiempo histórico determinado, están en Verona, es de noche, Romeo ha subido por una escalera al balcón de la casa de Julieta y allí se besan, la hipótesis dramática desarrolla esta situación que tiene un subtexto que incide sobre la escenificación: las familias de Romeo y Julieta están en conflicto. La historia tiene un final trágico ¿es posible a través de una hipótesis terapéutica transformar esta historia y cómo?

Acting out y acción

El concepto de ‘acción específica’ introducido por Freud en sus primeros trabajos es poco usado posteriormente por él y sus seguidores. La inclusión del término acting out, como forma de resistencia, invadió el campo teórico y clínico y, a diferencia del concepto de acción específica, tendió un manto de desvalorización de la acción en general. Opuesto al de acting out surgió el tér-

mino insight, que hace referencia a una visión interna, momento de novedad, de creación, de apreciación de la solución de un problema. En psicodrama el 'insight dramático' ocurre durante la acción y como producto de la integración de diferentes partes del individuo y de las nuevas maneras de relación con los otros. Se integran los procesos de acción y de elaboración en el procedimiento psicodramático principal: el insight dramático que se produce a partir de la catarsis de integración.

Para Freud la transferencia es una forma de recordar y el acting out es una forma de no recordar ¿Qué tipo de acción es la transferencia que la diferencia del acting out? Desarrolla estos conceptos en "Recordar, repetir y elaborar", donde introduce la idea de repetición para dar cuenta del concepto de transferencia.

Con la nueva técnica del análisis de la resistencia, el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo repite sin saber desde luego que lo hace. O sea que por momentos, Freud homologa transferencia a acting out mientras que otras veces parece discriminarlos.

Pero, para Freud, termina primando la idea de que el acting out puede ofrecer al analista una valiosa información del paciente aunque también, al ser muy difícil de manejar con el método psicoanalítico, recomienda tratar de restringir el acting out lo más posible por medio de la interpretación analítica o tratando de recurrir a las no muy analíticas prohibiciones.

¿Cuál es la diferencia entre acting out y acción? El concepto de acting out masivo es descrito por León Grinberg en el Congreso de Copenhague (1967), donde discutió con Anna Freud su significado, relacionándolo con la irracionalidad, la regresión y la búsqueda de la descarga a través de la identificación proyectiva en pacientes narcisistas que mantienen una relación idealizada en la cual alternan la admiración, la envidia y la denigración. Este tipo de relación es muy lábil y entra en crisis ante cualquier tipo de experiencia de pérdida o frustración. Para Grinberg este tipo de acting out es como un sueño dramatizado y actuado durante la vigilia, como un sueño que no pudo ser soñado.

Para Heinz Hartmann (1953) toda acción nace del yo y tiene siempre un objetivo. De modo que el reemplazo de la respuesta motora por acciones organizadas es una parte esencial del desarrollo del yo. Define una acción como racional cuando tiene en cuenta los objetivos y la realidad que deben alcanzarse, sopesando al mismo tiempo las consecuencias y los medios disponibles.

Lebovici participó en el Congreso de Copenhague distinguiendo, por un lado, el acting out como una forma especial de compulsión a repetir y, por otro, el juego como método infantil de elaborar las fantasías, portando un componente simbólico y elaborativo. Ekstein y Friedman (1966) proponen una interesante graduación en los estadios del desarrollo mental que comienza en la acción inmediata, sigue con la acción juego (play action), pasa por la fantasía, la actuación de juego (play acting) y llega a la demora en la acción y la dirección adaptativa.

En resumen, reservamos la expresión 'acting out' para las acciones que, o bien dificultan la comprensión a través de la actuación irracional, o bien perpetúan la omnipotencia, la irracionalidad y el narcisismo. Con 'acción', 'acción específica' o en psicodrama 'acción a través de un rol', nos referimos a una forma de comunicación natural, una acción organizada que favorece la comunicación, reconoce la relación con el otro y la existencia de un tercero, espectador de la escena representada. La acción también es un modo de intervención psicoterapéutica que en psicodrama favorece el autoconocimiento, el encuentro con el otro y la creatividad.

El acting out es de alguna manera una repetición de una acción y la acción específica o simplemente 'acción' tiene las características de una representación y, como tal, no es solo repetición ya que incluye el aquí y ahora, la presencia de otro y la presencia de un tercero observador de la escena.

El acting out es un recurso defensivo que se opone a la realización de la tarea terapéutica, mientras que la acción es un recurso de comunicación natural, que además asienta en las formas originales de comunicación temprana, previas a la emergencia de la palabra. Por último, a diferencia de Hartmann, pensamos que no siempre la acción queda marcada por un objetivo y por la realidad y sus consecuencias, muchas otras veces es simplemente una manera natural de comunicación y de expresión emocional.

Creatividad

La espontaneidad y la creatividad constituyen dos de los conceptos fundamentales de la teoría moreniana. Espontaneidad (del latín *sua sponte*. Desde dentro) es para Moreno la respuesta adecuada a una nueva situación o la nueva respuesta a una situación antigua. La espontaneidad es una especie de inteligencia que opera en el aquí y ahora. La elección, la percepción y el papel han de funcionar espontáneamente para corresponder a las exigencias de la

situación presente, en continuo cambio. La espontaneidad actúa en el presente, aquí y ahora.

El síntoma psicológico es una manera repetitiva de enfrentar los conflictos sin obtener resultados favorables. Una de las formas de entender el origen del sufrimiento mental es por un déficit de la espontaneidad necesaria para emprender creativamente el esfuerzo del vivir. Repetir es parte del proceso de aprendizaje pero la repetición requiere la posibilidad de que en cada repetición aparezca la capacidad de transformación de la experiencia vivida. Transformar significa deshacer lo conocido para poder unirlo de otra forma. La destructividad y la constructividad son distintas maneras de relacionarse con la experiencia vital que establecen un equilibrio en el psiquismo, en las relaciones humanas y en la sociedad, cuando este equilibrio se pierde aparece la enfermedad y lo más terrible de lo humano. En síntesis, pensamos que en los problemas de salud mental existe un déficit de la energía espontánea 'factor E' que facilita la aparición de comportamientos repetitivos, formas reiteradas y erróneas de enfrentar la solución de los conflictos, con mayor o menor conciencia del proceso. El desarrollo de la energía espontánea y de la creatividad son actividades preventivas fundamentales en el campo de la salud mental.

Muchas veces ante dificultades de tipo psicológico hemos observado resoluciones a partir de realizar una actividad creativa como la danza, la expresión corporal, el teatro, la música, la pintura, el deporte, la escritura, la investigación. Evidentemente toda actividad que estimula las capacidades sublimatorias del ser humano puede producir estos efectos beneficiosos para la salud mental y creemos que dada su potencialidad es deseable el trabajo interdisciplinar con trabajadores del campo de la creatividad. Los psicoterapeutas podemos agregar el conocimiento de la psicología normal y patológica y de métodos de transformación psicológica a partir de las diferentes psicopatologías.

La psicoterapia psicoanalítica recupera las posibilidades de la espontaneidad a través de la estimulación de la llamada asociación libre por parte del paciente individual (el paciente tendido en el diván o sentado cómodamente en el sillón, permite que sus ideas broten espontáneamente, sin ninguna inhibición o corrección voluntaria), en los grupos de psicoterapia la asociación libre grupal o el co-pensamiento producen el mismo resultado. La atención flotante por parte del terapeuta que escucha sin privilegiar ningún elemento del discurso del paciente y dejando obrar su propia actividad inconsciente (Freud, 1996) también favorecen los procesos de desarrollo de la espontaneidad. En el

psicodrama la espontaneidad se desarrolla a través del proceso de la puesta en escena en el escenario terapéutico psicodramático, paciente y terapeuta activan un proceso de asociación de imágenes y de actos para producir escenas que permitan conocer e integrar partes de sí mismo.

El adentrarnos en estos procesos creativos suele requerir un guía interior o exterior; otra manera de expresarlo es que, necesitamos de un público que de forma imaginaria o real, esté dispuesto a escuchar o participar de nuestras creaciones, y en caso de que sea necesario, que cuide a la distancia adecuada, que se mantenga el equilibrio entre la creatividad y la destructividad humanas. El billete de vuelta de la locura o del sufrimiento psíquico en general consiste en no atravesar la frontera de un proceso creativo que, aunque implique rebeldía, libertad y cierta destructividad, no debería separarse en ningún momento de la búsqueda de un sentido profundo de construcción de un mundo mejor para nosotros y para nuestros semejantes.

Grupo. Teatro social y contemporáneo

El teatro tiene además de su finalidad de entretenimiento y disfrute estético, la de estabilización y transformación del discurso social a partir de las que desde la sociología se denominan representaciones sociales. Sin duda cierto teatro incide en la cultura en dos direcciones principales: 1. Conformando parte del sistema de control y estabilización de los valores imperantes y 2. Interviniendo en la generación de transformaciones de los procesos sociales.

El teatro contemporáneo provoca la necesidad de crear sistemas de actuación y de entrenamiento actoral que no se basen fundamentalmente en la composición del personaje, sino en la acción performativa hecha no desde una supuesta composición del personaje, sino desde el propio yo del actor. No es el actor en tanto personaje quien se expresa sino el actor en cuanto él mismo. La acción deja de ser una mentira destinada a manipular al otro para obtener lo que uno necesita, sino el ejercicio de una verdad interior incierta pero construida con los otros.

Tecnologías

Según Manel Castells las nuevas revoluciones sociales se desarrollan a través de un trípode conformado por una situación de injusticia que se vuelve socialmente intolerable, la intervención de las redes sociales y un lugar público

de significación simbólica (la plaza del sol en Madrid, la plaza Catalunya en Barcelona, la plaza de Tahrir en el Cairo, etc.). En el espacio psicoterapéutico grupal el *locus* es el grupo, las situaciones traumáticas o carenciales son los motores del cambio y las redes sociales son las que a través de las tecnologías posibilitan un espacio en el cual la fratria se abre paso ante los modelos de autoridad verticales.

Las tecnologías permiten la expansión de la percepción, la actividad, la comunicación, la memoria y el procesamiento de la información. Al abordar la cuestión de los beneficios y riesgos de las nuevas tecnologías es necesario discriminar, por un lado, un uso de la tecnología producto de una situación de aislamiento y retracción frente a las dificultades que las relaciones humanas generan. Por otro lado, su uso beneficioso a partir de una relación abierta a la intersubjetividad permite la generación de un espacio no saturado de información, en el cual hay lugar para el silencio y para la creación individual y colectiva.

Los grupos de psicoterapia online constituyen nuevos recursos sobre los cuales comienzan a haber investigaciones sobre metodología y evaluación de resultados prometedores sobre todo cuando se desarrollan encuadres mixtos que combinan los presenciales con los virtuales.

Por último consideramos que el uso beneficioso o perjudicial de las tecnologías estará relacionado con la relación que se establezca entre el tipo de tecnología empleado, el tipo de grupo y la psicopatología individual o grupal de las personas conectadas por medio de la tecnología.

Conclusiones

Vivimos una época apasionante con profundas transformaciones sociales y culturales, tecnológicas, de los modelos de información y evidentemente de la necesidad de transformación de los modelos de intervención en salud mental.

El grupo es una de estas modalidades de intervención que parte de una concepción de psiquismo con un equilibrio diferente entre lo individual y lo colectivo, entre la acción y la palabra, entre la repetición y la representación performativa y entre la comunicación presencial y la comunicación mediada por tecnologías.

La creatividad en el desarrollo de estos nuevos modelos requiere un abordaje interdisciplinar que favorezca la potenciación y redefinición de teorías y

técnicas aprovechando los diferentes saberes que tanto han ido evolucionando. Es deber de los profesionales de la salud mental no quedarnos fuera de estas transformaciones sino por el contrario liderar desde una posición humilde este trabajo en grupo y con el grupo.

Referencias Bibliográficas

- ANZIEU, D. (1970). *El psicodrama analítico en el niño*. Barcelona: Paidós.
- BION, W. (1972). *Transformaciones*. Buenos Aires: CEDAL.
- BROOK, P. (1990). *El espacio vacío*. Barcelona: Nexos.
- CASTELLS, M. (2000). *La era de la información. Vol.1 La Sociedad Red*. Madrid: Alianza Editorial.
- LEBOVICI S. (1989). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MANNONI, O. (1990). *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MCLUHAN, M. (1994). *La aldea global*. Barcelona Planeta.
- MORENO, J. L. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires: Ediciones Horme.
- MORENO, J. L. 1923 *Das Stegreiftheater (Teatro de la Espontaneidad)*. Berlin_Potsdam: Kiepenheuer Verlag.
- VAIMBERG, R. *Psicoterapia de grupo. Psicoterapia de grupo online*. Barcelona: Octaedro.
- VAIMBERG, R. Y LOMBARDO, M. (2015). *Psicoterapia de grupo y Psicodrama. Teoría y técnica*. Barcelona: Octaedro.

Reflexiones teórico-prácticas

Grupo de relaciones humanas: "aprender a tocar con lo que nos queda"

Enrique Alonso Espiga
Psiquiatra. Santander

Resumen

Se presenta una experiencia grupal de cuatro años en un Centro de Mayores, de la ciudad de Santander. El grupo tiene como objetivo facilitar un modo de comunicación que supere la superficialidad en la forma de relacionarse las personas en la sociedad actual. Trata de llevar al grupo a abordar aquellos temas que no se afrontan en una conversación cotidiana, que suele ser superficial y carente de emotividad ya que estamos acostumbrados a movernos con unos patrones de comunicación extremadamente defensivos, evitando entrar en los terrenos de la intimidad. Este grupo no pretende alcanzar fines terapéuticos, entendidos en un sentido profesional. Tampoco aspira a conseguir la felicidad. Se trata de algo más básico, aunque no por ello menos costoso, como es el romper las barreras que nos separan como seres humanos, tratando de acercarnos al otro, ofreciéndonos sinceramente a la mirada de los que nos rodean y consigamos vernos al cabo del tiempo de otra manera, yo diría que más humana, pensando que aspiramos a recuperar una forma más transparente de vernos, de sentirnos, de amarnos.

Palabras clave: Encuentro, soledad, felicidad, muerte, sabiduría, amor, confianza, esperanza.

Introducción

En el año 2001 se celebró en San Sebastián un Symposium de la SEPTG. Yo había abonado la tarifa para asistir al mismo. Una enfermedad me impidió participar en aquel encuentro. Ese mismo año, decidí interrumpir mi carrera profesional y jubilarme. Quince años después vuelve a presentarse la oportunidad de acudir a un Symposium de la SEPTG, de la que sigo siendo miembro. Además, en la misma ciudad, a la que no pude acudir en la ocasión precedente.

Ahora quiero comentaros una experiencia grupal en la que participo desde hace cuatro años en un Centro de Mayores, de la ciudad de Santander.

Llevaba tiempo dando vueltas a la idea de ponerme en contacto con personas que, como yo, ya habíamos recorrido un amplio tramo de la vida. ¿Con qué intención? La de compartir con otras personas las vivencias, emociones, impresiones, que se suscitan en los años en los que ya han pasado muchas experiencias vitales.

¿Qué espera uno de la vida cuando tiene setenta o más años? ¿Qué ha recogido uno de las vicisitudes vividas a lo largo de tantos años? ¿Cuál es la situación actual y el estado de ánimo con el que se afrontan los desafíos que se plantean en la vida: soledad, muerte, por ejemplo?

Nuevamente me planteaba cuál iba a ser mi papel en este grupo. Me tranquilizaba tener conciencia de que yo era una persona que cumplía los requisitos que se podían exigir a los demás miembros del grupo: era un señor mayor, estaba en un Centro de Mayores, y podía hablar de los mismos temas que cualquiera de los demás participantes.

Tenía claro que no era un grupo terapéutico. Quería participar en algo que no tuviera las connotaciones de una actividad profesional. No quería tratar con clientes, no había cuestiones económicas por medio, y no me acuciaba el temor a caer en la tentación de ejercer de profesional de la psicoterapia.

Todas estas reflexiones podía haberlas hecho al mismo tiempo que seguía ejerciendo mi profesión, pues el cáncer que me llevó a la jubilación o que yo escogí como excusa para jubilarme, no me hubiera impedido trabajar.

Tengo que confesar que me siento bien, que no me arrepiento de haber dejado de trabajar profesionalmente, que estoy encontrando valores en mí y en el mundo que me hacen sentir cómodo con la vida que llevo.

Constitución y desarrollo del Grupo

En noviembre de 2012 hablo con la directora del Centro de Mayores “Cañadío”, de Santander y le propongo, en calidad de voluntario, la puesta en marcha de un grupo al que etiqueto de Relaciones Humanas. Más tarde, miembros del grupo lo denominarían Grupo RH. La directora me da el visto bueno y convoca, en el tablón de anuncios, a quien lo desee, a un encuentro que tendrá lugar el día 10 de enero, del año siguiente (2013).

Ese día nos reunimos 19 personas en la Sala que llaman de Usos Múltiples.

Me dirijo al grupo, diciendo mi nombre y que como soy un señor mayor y este es un centro de mayores, me gustaría compartir con ellos cuestiones relativas a nuestra edad,

El grupo abordó un tema nada fácil, sobre todo para un primer encuentro: la soledad y con él llegamos al final del tiempo que yo había propuesto, una hora y media.

Estaba bastante fascinado con el grupo, pues apenas hubo fases de silencio ni de conversaciones que se entrecruzaran.

Al final del grupo, una persona quería que nos reuniéramos cada semana. Yo había propuesto hacerlo cada quince días y mantuve ese criterio.

En el segundo grupo el número de asistentes pasó de 19 a 12, pero la temática no bajó el tono, pues se habló mucho de la muerte. Les hablo del libro sobre “La suerte de envejecer bien” que prometo llevarles el próximo día. Al final, una señora que lleva un “tacatata” me da las gracias y dice que le ha gustado mucho el grupo.

En otra sesión llevo un artículo titulado “Con lo que a uno le queda”, que relata la situación que vivió un famoso violinista Isaac Perlman, al que se le rompió una cuerda durante un concierto, con orquesta. El siguió tocando y al final dijo al público: “*Lo importante es que aprendamos a hacer música con lo que nos queda*”, que vale para todo el mundo, sobre todo para los mayores, que tenemos que aprender a vivir con lo que nos queda.

Este artículo que había leído años atrás fue motivo de reflexión para el grupo- A lo largo de la vida algo se nos rompe: alguna cuerda emocional, la muerte de un hijo, un fracaso sentimental, enfermedades que merman nuestras capacidades... Al igual que el violinista tuvo que tocar con una

cuerda menos, nosotros tenemos que aprender a vivir con lo que nos queda.

Los temas surgen espontáneamente. No hay guión. A veces me piden que sea yo el que introduzca un asunto. Les digo que cualquiera de ellos puede hacerlo, pero no hay duda de que aunque yo pretenda que el grupo sea homogéneo, ellos ya me han atribuido un papel, el de conductor del grupo.

Recuerdo que una vez dije que iba a faltar a un grupo y les animaba a que hicieran el grupo ellos solos. Se negaron rotundamente, dando como explicación que el grupo iba en un barco y que yo era el capitán, de modo que, o viajaba con ellos o el barco quedaba quieto en el puerto.

Está claro que no puedo dejar de ser quien soy, un profesional de la terapia, del Grupoanálisis. Yo me resistía a serlo y trataba de ser como ellos, un hombre de la calle. Vano intento.

Una mujer trae un texto escrito por su hija en honor a su padre. Emotivo. Las relaciones entre padres e hijos ocupan la siguiente sesión. Una mujer habla de los sesenta años que lleva casada; se casó a los 18; otra también se casó a los 18. Uno de los hombres del grupo deja de asistir. Los hombres aguantan poco los grupos, ¿por qué? Goyo Armañanzas me dice que no se queda tranquilo con la marcha de los hombres y me recomienda tener en cuenta los planes defensivos de los hombres y respetar sus defensas. Las mujeres aguantan mejor los grupos.

Una mujer quiere saber lo que le pasa y lo que le interesa. Otra habla de cómo cuidar las plantas y le digo a la anterior: *ahí tienes una respuesta a tu pregunta* y también en el grupo que lleva otra señora, llamado Vida ascendente y que trata de mejorar la vida de los demás.

3 de octubre, 2013. Tras la pausa estival reanudamos los encuentros del grupo

En este grupo se habló entre otras cosas, de los remedios caseros y de su eficacia. Parece que hay una alusión a la terapia. Me pregunto si es éste un grupo terapéutico aunque yo diga que no lo es, Creo que el término terapéutico se está difuminando y vulgarizando y se aplica de manera indiscriminada. Ahora todo es terapéutico, la música, la risa, el taichí, el zen...Y yo ¿qué estoy haciendo en/con este grupo?

31, octubre, 2013.- Ana, una de las mujeres, trae una tarta que comimos al final del grupo, en el bar del Centro en el que nos reunimos. Otra Ana discute con Fel, un hombre que se incorporó recientemente, a propósito de la relación entre hombres y mujeres.

14, noviembre, 2013.- Se desarrolla una amplia reflexión sobre las relaciones de pareja, con aportaciones de la vida íntima hechas por varias personas del grupo. La señora del tacataca me vuelve a felicitar `por haber traído esta actividad al Centro.

16, enero, 2014.- Planteo la posibilidad de hablar de los planes que cada uno tiene -si los tiene- para el año que comienza. R. dice que seguirá con sus actividades en la asociación de viudas. Ha sido presidenta durante muchos.

¿Cómo se arreglan las cosas cuando se llega a una situación de incapacidad? Alguien dice que es preferible arreglarse por cuenta propia o ir a una residencia.

30, enero, 2014.-**Se planteó el tema de la excarcelación de miembros de ETA**, a raíz de la doctrina Parot. Se habla de los “malos”. Yo pregunto al grupo cuál es nuestra parte mala y hablo de mi egoísmo. E. dice algo similar porque no ayudó lo suficiente cuando murió su madre a los 29 años. y se quedó como mayor de cuatro hermanos.

Tal vez hubiera sido mejor dejar al grupo expresarse sin hablar yo antes de mi mismo.

13, febrero, 2014.- El tema que se trata es el de la felicidad, en un sentido amplio. Como parte de la visión de nuestro pasado. Recordé una sesión con Fernando Arroyabe y el grupo de supervisión que hacíamos con él. Un día nos preguntó: ¿Sois felices? Y no supimos qué responder. Las personas del grupo centran la felicidad en los “momentos felices”. Yo hablo de felicidad como un concepto-trampa, alrededor del cual han proliferado los “vendedores de felicidad”, a través de libros, charlas, y métodos exóticos de ¿terapia?

27, febrero, 2014.- Hablamos de las buenas relaciones que hay en el grupo. F. dice que es el mejor grupo al que asiste en el Centro. Hay confianza y sinceridad.

Confieso que no he sido yo el que ha sugerido esta valoración, aunque a veces hago ver el valor del grupo, lo que el grupo nos aporta y lo que contribuimos al crecimiento grupal ¿soy paternalista?

13, marzo, 2014.-Hablamos de las relaciones entre animales y humanos. Algunos critican a las personas que sacan a los animales de su hábitat natural para meterles en otro inadecuado. Se habló de las mascotas como “sustitutos” de los hijos y de la excesiva “humanización” de los animales.

13, abril, 2014.- Vamos a comer a una hamburguesería. Buen ambiente, divertido y buenas hamburguesas, aunque parezca increíble. Durante la comida no hablamos de temas parecidos a los que comentamos en el grupo.

29 de mayo, 2014.- Hablamos de la forma de participar en la vida política, ciudadana. F. que tiene experiencia política, se pregunta si es una utopía o una posibilidad alcanzar una sociedad justa y solidaria.

A M.A. le gusta cuando yo hablo de cuidar el “pequeño huerto personal” y que el grupo es un ejemplo de ese pequeño huerto, al que debemos cuidar y darle lo necesario para que crezca sano y robusto.

12, junio, 2014.-El tema del futuro ocupa la mayor parte del tiempo. MA habla de un proyecto de residencia para mayores, hecho por los propios usuarios. Hablamos de lo que cada uno desea para el futuro y de la muerte. La eutanasia no quieren que se regule por ley. Despedida, besos, abrazos, hasta octubre.

Hablamos de la muerte, del futuro, cuando el grupo va a separarse temporalmente. Cuesta despedirse.

23, octubre, 2014.- F. se despide. Se va a América, con su mujer. Nos cuenta que su padre, durante la guerra civil española, estando en Teruel, escribió un diario. Para F. aquella libreta con tapas de hule fue la mejor herencia que le dejó su padre. Me deja el correo electrónico, nos damos un abrazo y nos despedimos.

F. es un hombre que ha participado activamente en el grupo pero que lejos se va. Yo también hago un diario y me está ayudando mucho para hacer este trabajo.

6, noviembre, 2014.- Hablamos del Ébola y de la falta de solidaridad de los países ricos con África. Pasamos a las relaciones de pareja. A lleva

más de 50 años casada. Fn. Lleva 61. M. estuvo casado 47. Ha enviudado hace dos y busca una mujer “desesperadamente”.

Se habla de que ahora las parejas no duran tanto tiempo juntas ¿Por qué? Me pregunto cuánto tiempo va a durar este grupo pero no lo he dicho en el grupo y no era mala pregunta.

4, diciembre, 2014.- Hablamos de la culpa. Introduzco el tema pues en el bus me encontré con un amigo, cuya esposa es japonesa. Me decía que los budistas no tienen sentimientos de culpa. Me lo confirma su esposa, que es budista. Ellos no han perdido el Paraíso, ni tienen que sufrir el lastre del pecado original.

Hablamos del proceso de crecimiento personal que es paulatino hasta llegar a ser personas, capaces de hacer el bien y el mal.

Me pregunto si este grupo tiene algún pecado original y sobre todo si yo ha cometido alguno al ponerlo en marcha.

29, enero, 2015.-M. introduce la palabra “encuentro”. En este grupo de relaciones humanas se está produciendo un encuentro cuyas consecuencias aún no conocemos, pero pueden ser interesantes y beneficiosas... o no.

12, febrero, 2015.- Comento que he leído a una psicóloga francesa la cual afirma que la vida empieza a los setenta. Pues nada, estamos empezando a vivir. Tengo la impresión de que algo de lo que dice esta psicóloga está pasando en mí. No he animado a explorar este sentimiento en el grupo. Lástima.

12 de marzo, 2015.- Hablamos de relaciones entre hombres y mujeres, diferencias, similitudes.

MA trae un poema en el móvil. Dice así: “*Si algún día la tristeza te hace una invitación, dile que tienes un compromiso con la alegría y que le serás fiel todos los días*”. Ana M. habla de unos cursos de riso terapia. La felicidad como tema vuelve a salir a escena. La vida ¿se gana o se vive?

¿Por qué feminista es un término meliorativo y machista es peyorativo?

23, abril, 2015.-Hablo de un cura-escritor, Pablo d’Ors, que ha escrito un libro “Biografía del silencio” y que a propósito de la muerte dice que “*lo triste no es morir, sino no haber vivido*”. En cuanto a la meditación, la interpreta como “ir al medio”, al centro, a lo esencial. E. habla de la experiencia de su madre que a los 102 años “se quiso morir”.

Ingresó en un hospital, en donde solo le pusieron suero y murió en quince días, pues creyó que había vivido bastante.

Ahora se habla mucho de prolongar la vida y la pregunta que surge es ¿para qué?

Vuelvo a recordar a Arroyave, cuando estaba yo inmerso en un proceso de terapia personal y me decía: Enrique, ten en cuenta de que no eres eterno

7, mayo, 2015.- Llevo un libro de José Luis Sampedro. El autor se pregunta “Vivir ¿para qué?” La pregunta queda en el aire. Hago alusión al papel del grupo y a nuestro papel dentro de él. A la pregunta de Vivir ¿para quién? hay una respuesta casi unánime: para los hijos.

Ma. quiere que hagamos el grupo una vez a la semana. Le propongo al grupo que lo decidamos entre todos, por votación. Y el resultado fue hacer el grupo todas las semanas.

21, mayo, 2015.- MA lee un mensaje que lleva en el móvil, sobre la costumbre de los japoneses, de reconstruir aquellos objetos valiosos que se han roto, por ejemplo una porcelana. Hace unos días rompí una porcelana que me regaló una hija y un día dediqué dos horas a reconstruirla minuciosamente.

En la reunión siguiente llevo la taza de porcelana, reconstruida y les preguntó qué creen ellos que significa para mí. Alguien dice que sirve para recordarme de mi hija. Les digo que esa taza soy yo, mis fallas y fallos, mis pedazos que se han ido produciendo a lo largo de la vida y que he logrado reconstruir, para que sigan siendo parte de mi mismo. Mi fragilidad y al mismo tiempo mi resistencia.

Nota.- Los japoneses creen que cuando algo ha sufrido un daño y tiene una historia, se vuelve más hermoso y por eso reparan objetos rotos rellenando sus grietas con oro y plata. En lugar de tratar de ocultar defectos y grietas, éstos se acentúan y celebran ya que ahora se han convertido en prueba de la imperfección y de la fragilidad pero también de la resiliencia, de la capacidad de recuperarse y hacerse más fuertes.

18 junio, 2015.- Pregunto acerca de la opinión que tienen sobre el grupo.

En general opinan que el grupo les gusta, les sienta bien, hablan de cosas que no hablan habitualmente, hay confianza y respeto.

Yo me siento cómodo, he oído cosas interesantes que me han dado oportunidad para descubrir aspectos nuevos de mi persona y de mi forma de ver a los demás

Se habló de la conveniencia de vivir con sencillez y de ir “ligeros de equipaje” al otro lado. Se hace un elogio a las madres que como R. se quedaron viudas jóvenes, con cuatro hijos.

Nos despedimos hasta mañana. Iremos a comer juntos.

1, octubre, 2015.- Una de las últimas personas que se han incorporado al grupo, una mujer soltera de unos setenta y cinco años, habla de la “búsqueda del mundo interior”.

El silencio, la reflexión y las meditación pueden ser tres vías para llegar a ese mundo interior, según Pablo d’Ors.

8, octubre, 2015.- Un hombre nuevo en el grupo habla de la superioridad de la mujer sobre el hombre.

El grupo vuelve a temas pasados, como la soledad (el buey solo bien se lame, dice F, el nuevo hombre del grupo).

Alguien dice que solo viene a significar libre y confronta la soledad triste con la soledad elegida y llena de creación y de disfrute.

Otra persona expresa la idea de que entre los pintores, escritores y artistas en general hay muchos solitarios, gente que hace poco vida social, pues están entregados a su obra artística, creativa... Ahora bien, esto es soledad o se puede hablar de aislamiento.

Me acuerdo de Montaigne, aislado en su torre, como ejemplo de hombre solitario que produce una obra que influye hasta en el pensamiento actual.

Me pregunto cómo se compagina la idea de soledad con la interacción grupal y qué aporta el grupo a la soledad o al individualismo.

Al marchar, me aborda LM, la señora que habló de la búsqueda de un mundo interior. Se acerca a mí y me dice: Enrique, te quiero.

Habíamos hablado en el grupo del amor, no solo a una persona, sino a otras más como amigos y de la conveniencia de expresarlo con palabras, como ha hecho esta mujer.

15, octubre, 2015.- MA trae unas cartulinas con un dibujo y una leyenda. A mí me toca un bonito pájaro en una rama, con una leyenda que dice: “Busco la felicidad y la comparto con los demás”.

22, octubre, 2015.- Las personas del grupo optan por elegir momentos felices, que para ellos son la representación de la felicidad. F. dice que una alondra que surge por la mañana es un signo de que va a ir bien el día y esto le “hace feliz”. F. me pide que le de “una copa de felicidad” para beberla a sorbitos. Le digo que es una tarea personal procurar llenar ese recipiente de felicidad para ir tomando de él esos sorbos a los que alude.

Me pregunto, a posteriori, si el grupo puede convertirse en esa “copa de felicidad” de la que puedan beber los componentes del mismo.

Est. habla de haber sentido alegría y tristeza con la misma experiencia: a un nieto le dieron un trabajo en Chile, en el desierto de Atacama. Se alegraba por el trabajo pero le ponía triste la separación.

29, octubre, 2015.-MA propone seguir con el tema de los “momentos felices” y ella los relaciona con la luz del día, con flores y animales.

Hablamos de los hombres que se han ido del grupo por distintas razones. Han sido cinco. Ahora sólo quedamos dos.

19, noviembre, 2015.- Discutimos sobre el asunto de la violencia que impide el desenvolvimiento del amor. Llegamos al acuerdo de que no podemos luchar contra la violencia global y que debemos conformarnos con impregnar de amor y cuidado aquellas parcelas de nuestra vida que nos tocan de cerca, familia, sobre todo, escuela y los lugares de encuentro como es el propio grupo de relaciones humanas.

El lema de Esther Zarandona EL AMOR CONTRA EL MIEDO acabó calando en el pequeño grupo, que entiende las relaciones humanas como una forma de compartir sentimientos que nos unen y que dan a nuestra vida un sentido trascendente.

El grupo de relaciones humanas podría sentirse como un acto religioso (religare, unión) y así lo manifiesto. Creo que estamos evolucionando hacia un compromiso humano de compartir lo mejor de cada uno, como un acto amoroso. Fn expresa su satisfacción por la forma en que ha ocurrido este grupo. Tomamos un café en la cafetería.

26, noviembre, 2015.- En el grupo estamos sólo tres personas. Intentamos hablar de lo que no se ve, de lo que nos da vida y nos hace personas.

¿Qué se ve en el cuerpo muerto de una persona? Que no hay vida. Ya no está la persona. Sólo la materia. LM se acuerda de su madre muerta y de que no se ha olvidado nunca de ella. Aunque la persona esté muerta siempre pervive en nosotros

3, diciembre, 2015.- Fn ha publicado un artículo en la revista que edita el Centro de Mayores, titulado *Relaciones humanas*. En él habla del grupo y cita la anécdota de la rotura de la cuerda del violín y que termina con la reflexión del violinista de que debemos aprender a hacer música con lo que nos queda.

MA dice que le gustaría tener un amigo, o varios, pero que es muy difícil pues los hombres siempre estamos pensando en lo mismo y no hay manera de recorrer nuevos caminos.

Tal vez por esa tendencia de muchos hombres a pensar siempre en lo mismo, les resulte difícil estar en un grupo, en el que se pretende hablar de otras cosas además de las de siempre. Y quizá algunos hombres sientan más la falta de recursos para compartir con las mujeres un espacio de intimidad que no está lleno sólo de fantasías eróticas.

10, diciembre, 2015.- Del libro de Arteta, “Cuaderno de la vejez” saco una frase: “Mientras hay esperanza hay vida” y discutimos sobre ella. Nombro también una frase de un escritor checo Bohumil Hrabal (¿recordáis la película titulada *Trenes rigurosamente vigilados?*) que habla de la “docta ignorancia”, que se adquiere siguiendo las leyes de la naturaleza.

Ana habla de su participación en el coro y en el teatro y de lo que le satisfacen ambas actividades.

17, diciembre, 2015.- Última sesión del año y fin de este relato sobre el grupo de *Relaciones Humanas*. Estamos presentes el núcleo resistente del grupo, pues han desaparecido varias personas.

Vuelve el tema de la felicidad. Según un estudio que leo en Internet (¿grado de fiabilidad?) el 40% de la felicidad depende de nosotros, de nuestro comportamiento y de la forma en que uno piensa de si mismo y de los demás.

El dinero no da la felicidad, pero Woody Allen dice que procura una sensación tan parecida que se necesita un especialista avanzado para verificar la diferencia.

¡ESCRIBE!! Unos momentos al día recoge reflexiones y sentimientos.

-Sé constante. La felicidad no es algo fijo. Un esfuerzo continuado la puede incrementar.

La ONU ha establecido el día 20 como el día de la felicidad (?). Dice que la búsqueda de la felicidad es una meta fundamental.

Esto es todo lo que he podido rescatar de esta experiencia con el grupo de mayores que continuará trabajando mientras haya personas interesadas en seguir haciéndolo.

Se puede decir que estamos empezando a avanzar por un territorio que nos puede llevar a alcanzar un grado de madurez personal o como me gusta decir últimamente, de sapiencia, de sabiduría, algo que no dan los libros y Salamanca non presta.

Enrique Alonso Espiga
Santander, febrero, 2016

El humor potencia la salud emociones y trastornos psicósomáticos

M^a del Pilar Hernández Salguero, y
Sebastián Carrasco Girón
*Alhambra, Escuela de Salud. Alcalá de
Henares*

Introducción

Nadie quiere sufrir. Es un deseo que nos iguala. Todos queremos ser felices; ricos y pobres, altas y bajos, gordos y flacas, del norte o del sur, al menos tener momentos felices, pues la felicidad constante no es el estado natural. Al fin y al cabo, la vida es una sucesión de cambios y gracias a ellos aprendemos, se desarrolla nuestra inteligencia y desarrollamos nuestro lado humano. Es propio de la naturaleza que exista alternancia, pero en ocasiones nos vemos atrapadas en un estado emocional no deseado demasiado tiempo y no sabemos cómo salir.

El núcleo familiar crea un entorno de apoyo para resolver las situaciones y reencontrar la paz, pero a veces también es el núcleo donde se descargan las frustraciones. En estos casos la incertidumbre puede generar culpa, anulación, sensación de estar atrapad@s, miedo al abandono, a la pérdida, a la soledad, etc., generando deterioro en la capacidad de discernimiento y de nuestra salud emocional, que de mantenerse afectará a nuestro bienestar psicológico y somático. Aunque la integridad física (...) generalmente no está en juego, la psicológica se mueve en la cuerda floja. La ansiada felicidad parece inalcanzable y las relaciones un laberinto sin salida. Y la merma de confianza en nuestros recursos nos impide pensar con eficacia dando paso a la frustración, al estrés,

Correspondencia con el autor: E-mail: info@risoterapia-alhambra.com. Centro Alhambra, Escuela de Salud. Alcalá de Henares. Madrid.

la ansiedad, etc. **Las emociones son el caballo del vehículo en el que viajamos.**

La televisión de marketing nos presenta una sociedad feliz tecnológicamente desarrollada, veloz y contable donde “tener” el último modelo, o la figura perfecta “es” signo de éxito, la paz y el bienestar se vende en ofertas de todo incluido y el “tempo” de las relaciones humanas se impregna de inmediatez y los sentimientos son objeto de consumo.

Las noticias, sin embargo, nos muestran una sociedad desasosegada, violenta y carente, que en el silencio de la incertidumbre navega a solas por pasillos y consultas, libros y pastillas buscando explicaciones y recetas.

La idea de interrelación entre lo mental y lo corporal, o si se prefiere lo psíquico y lo somático, ha estado presente a lo largo de la historia de la Humanidad. Hipócrates, 400 años antes de Cristo, elaboraba una tipología en la que los distintos humores corporales correspondían a distintos tipos temperamentales, dando cuenta de la enfermedad y la salud. No es, sin embargo, hasta el siglo XIX cuando se comienza a realizar una investigación continuada sobre esta relación entre los factores psicológicos y los orgánicos, siendo ésta la base de la medicina psicosomática.

Dentro de los factores psicológicos más relacionados con la salud, cobran especial importancia las EMOCIONES. Las reacciones emocionales como la ansiedad, el estrés, la ira, la hostilidad, la tristeza o la depresión, presentan correlatos fisiológicos que son el resultado de complejos mecanismos que bajo la influencia del sistema nervioso afectan a las secreciones glandulares, los órganos y tejidos, los músculos y la sangre. Las distintas emociones van a manifestarse bajo un triple sistema de respuestas: (a) **Cognitivo**, a través de determinados pensamientos, (b) **fisiológico**, síntomas físicos que acompañan a la emoción, y (c) **motor**, comportamientos observables que se derivan de la reacción emocional.

Aprendemos mejor cuando percibimos bienestar pues es el síntoma deseado, el indicador de nuestra felicidad, y el buen humor es la expresión de la alegría, la gratificación más noble, sencilla, profunda y cercana para unir a las personas, para crear vínculos y hacer que fluya el buen trato. También la interacción con los demás nos obligará en ocasiones a desviarnos, a hacer paradas o tal vez una nueva ruta con la que jamás hubiéramos soñado.

Objetivo

Nuestro programa tiene como objetivo ayudar a mejorar el estado anímico y psicológico de la persona, haciendo consciente las emociones que dirigen su vida. Tiene como resultados observables la reducción de estrés, la ansiedad y la mejora de la autoestima. Y como valor añadido, los vínculos que se crean, dando pie a la formación de una “familia afectiva” que sirve de gran apoyo, reduciendo el sentimiento de vacío y/o soledad. Como curso, se asiste como alumn@. No obstante, el fin terapéutico está implícito. El ámbito de trabajo está especialmente centrado en: (a) igualdad y mujer, Maltrato y Violencia de Género, (b) educación: Centros para Profesorado “CEP”, (c) Instituciones Penitenciarias (Mujeres), y (d) Estrés Laboral (en hospitales públicos).

Qué hacemos

En **Autoconocimiento a través del Humor** aprendemos a reconocer e identificar patrones de pensamiento destructivos, heredados de guiones familiares o adquiridos inconscientemente de roles admirados, con la distancia y la empatía que produce la amabilidad del buen humor. También utilizamos mecanismos de respuesta y afrontamiento del estrés con aprendizaje de la Respiración la Relajación y el Sueño.

Con la experiencia de ejercicios placenteros vividos en un entorno de seguridad y apoyados por las explicaciones correspondientes, se da respuesta a conceptos interiorizados en Sexualidad y Roles de género. La Inteligencia emocional y el desarrollo del Pensamiento positivo, transformará las expectativas negativas mejorando la respuesta psicósomática. Los terrenos donde se observan mejoras:

- **Estrés:** Alivio de la tensión y afrontamiento de la adversidad. Canalización de los elementos estresores, identificación y detención en la fase inicial. Mejora de la concentración y descanso nocturno. Reducción de síntomas físicos.
- **Neurológico:** El aumento de la captación de la serotonina aumenta la percepción del bienestar propio, mejora la autoestima y la capacidad de amar. Reduce la ansiedad y aumenta la capacidad para la elaboración y la toma de decisiones.

- **Social:** Mejora de la comunicación y asertividad. Reduce la sensación de desprotección y reducción de conductas antisociales. Aleja el aislamiento.

Causas

Son muchos los estresores que alteran o influyen negativamente en nuestra respuesta emocional, disminuyendo con ello la capacidad de gestión del cerebro: crisis relacional, económica y de otros tipos, roles de género desigualdad, separación, etc.

Afectan a la autoestima y crean ansiedad.

Las descargas de adrenalina no obtienen resolución y se acumulan en nuestro organismo, dañándolo anímica y orgánicamente, acumulando tensiones emocionales que se manifiestan con ira, enfado, agresividad, hostilidad, ansiedad, angustia, apatía, cuadros depresivos, etc. El núcleo familiar se ve afectado pues a menudo se descargan las emociones negativas, trasladando a los hijos patrones que se desarrollarán generando a su vez conductas destructivas.

Metodología

El desarrollo del Pensamiento Positivo y el Sentido del Humor nos permite distanciarnos de las situaciones conflictivas sin desatender nuestras responsabilidades. Los ejercicios que inducen la risa sana: el juego sin agresividad, el baile exento de seducción, la musicoterapia, etc., invitan a vivir el momento y aumentan las descargas de endorfinas, sus efectos son el cemento de construcciones mentales positivas, no deberíamos prohibirlos. La relajación y la conciliación del sueño aportan serenidad a la mente. Si percibimos conscientemente seguridad, gozo y buen trato, se inicia un camino que induce la motivación, y ésta hará interesante utilizar la energía que todo cambio conlleva.

El curso se desarrolla a lo largo de trece semanas, con talleres de cuatro horas cada uno.

Alcalá de Henares 10 de febrero de 2016

ANEXO

EJERCICIO DE RESPIRACION

Se trata de una forma sencilla de controlar la tensión. Sobre todo es útil por su sencillez y por sus posibilidades de aplicación.

1. Exhale completamente el aire...llevando los músculos del abdomen hacia adentro.
2. Comience con una inhalación suave...lenta...por la nariz, mientras el abdomen se distiende...
3. Imagine que cuando respira entra un sentimiento de tranquilidad, de aire limpio y fresco de paz y bienestar.
4. Dibuje una sonrisa en el rostro, calmada y profunda.
5. Lleve la respiración hasta el fondo de sus pulmones...
6. No permita que sus hombros se eleven.
7. Aguante el aire un par de segundos.
8. Y lenta y tranquilamente, a su ritmo, que fluya la exhalación.
9. Exhale suavemente por la boca, mientras se concentra en los músculos del abdomen sin mover los hombros.
10. Mientras exhala imagine que está exhalando también sus negatividades. Un aire negro y caliente, y también sus tensiones con cada respiración.
11. Deje salir el aire suavemente lejos de usted por la boca...permitiendo que la mandíbula se afloje y todo su cuerpo se afloje y se llene de un sentido de tranquilidad.
12. Repetir varias veces, manteniendo la sonrisa profunda y calmada.

Talleres

Volando sueños ajenos, soñando vuelos comunes

Concha Oneca¹ y Francisco del Amo²
Psicoterapia individual y grupal.
Pamplona

Resumen

La convocatoria de este taller viene animada por un vuelo que venimos soñando seguramente desde el Symposium de San Sebastián de 2001. Allí participamos en un taller de sueños coordinado por Jorge Margolis. No recordamos que hubiera ninguna interpretación. Lo que recordamos es que, desde la experiencia de los sueños individuales, Jorge nos fue llevando a una experiencia cooperativa por la cual, todos terminamos estando en los sueños de todos participando en ellos de una manera más o menos activa y con una sensación como de un soñar lo común con diversos lenguajes. No todos los sueños son iguales y así, Artemidoro en el siglo II (d.c.) como Macrobio, a caballo entre el IV y V (d.c.), clasifican los sueños en categorías que son muy coincidentes. Desprecian los que hacen referencia a la realidad literal del estado psicofísico del soñante. Macrobio ya define la naturaleza de los sueños auténticos que clasifica en personales, ajenos, comunes, públicos y universales. Parece pues que admite una conexión del individuo con los aconteceres suprapersonales, sociales, cósmicos y hasta divinos. Caminando por los sueños nos aparece la imagen de Joan Palet y sus numerosos sueños. Joan tenía, además de una sólida formación analítica, un pensamiento ácrata que parecía autóctono y no adquirido viendo como se ha manejado siempre en la dialéctica cuyo fruto es un movimiento evolutivo.

Correspondencia con los autores: ¹E-mail: conchaoneca@gmail.com. Pamplona (España). ²E-mail: fdelamo@telefonica.net. Pamplona (España).

Así desarrolló el concepto de “Pulsión evolutiva” como el dios Vishnu resultante del juego dialéctico Eros y Thanatos. Juego dialéctico habitualmente interrumpido por el anhelo infantil de omnipotencia. Joan llega por estos caminos a hablar de un Narcisismo Terciario semejante al primario en el que habría fusión sin confusión. Parece una reflexión sugerente y esperanzadora abierta a la posibilidad de una comunicación humana diferente. Puede ser algo parecido a la Koinonia de Pat de Mâre. Nuevo no es. Ramon Llul allí por el siglo XI-II-XIV, se jugó la vida varias veces tratando de hacer un encuentro dialéctico entre las tres religiones del Libro porque era su única esperanza de encontrar una religión verdadera. Hace poco escuchamos que alguien había expresado “He tenido que dejar de tener razón para poder amar”. Bien, nuestra propuesta es reunirnos un grupo de unas 20 personas, a poder ser con renuncia previa a tener razón, para explorar estas ideas entre todos.

Palabras clave: experiencia cooperativa, encuentro dialéctico, pulsión evolutiva.

Bibliografía

Artemidoro “La interpretación de los Sueños” Biblioteca Clasica Gredos”

Macrobio “Comentarios al Sueño de Escipión” Ediciones Siruela

Joan Palet Martí “La ment envers l’horitzó II. El repte grupal i altres aventures” (Segona part). Editorial hacer.

Patrick de Maré “Koinonia: From Hate through Dialogue to Culture in the Large Group”

Impacto de la violencia. Psicodrama transgeneracional

Goyo Armañanzas Ros
Terapeuta individual y grupal. Pamplona

Resumen

La violencia política, Guerra Civil, terrorismo y otras violencias relacionadas, generan impactos emocionales en las familias que se transmiten a través de generaciones.

Es fundamental detectar estos impactos emocionales, conceptualizarlos, vivirlos y hablarlos para detener las cadenas de transmisión transgeneracional. Las conspiraciones de silencio, relacionadas con el miedo, la vergüenza y la culpa, dificultan esta tarea. La metodología se realiza a través de un taller experiencial. Trabajaremos experiencialmente con técnicas psicodramáticas. Haremos una pequeña reflexión teórica sobre el tema y técnica sobre el uso de la metodología aplicada. El taller lo coordina Goyo Armañanzas Ros, psiquiatra, psicodramatista y grupoanalista. Lleva quince años trabajando el tema de la transmisión transgeneracional del trauma de la Guerra Civil, terrorismo, y otros impactos a nivel familiar y social, transmitidos generacionalmente. Ha coordinado talleres y conferencias sobre el tema en España y fuera de España (Portugal, Croacia, Italia, Egipto, Colombia, Brasil, Estados Unidos), Ha publicado diversos artículos sobre el tema. Ha publicado también una novela sobre el tema: “Fantasmas de nuestra guerra”.

Palabras clave: conspiración del silencio, transgeneracional, técnicas psicodramáticas.

Luces y sombras en los grupos

Mercedes Lezaun

Pedagoga. Psicoterapeuta. Pamplona

Resumen

En cualquier grupo en que pensemos encontramos posibilidades y dificultades, confianza y desconfianza, colaboración y agresividad, cohesión y subgrupos... Es inevitable, y va a ser siempre así, con sus ventajas y sus inconvenientes. Los grupos pasan por distintos momentos y cada miembro del grupo vive de forma diferente la experiencia grupal, para unos es algo especial, para otros es algo rutinario, habitual. Unos se encuentran a gusto, otros no, unos aprenden de la experiencia, otros parece que no. ¿Es fácil o difícil estar en grupo? ¿Cómo me veo en un grupo? ¿Qué me atrae del grupo? ¿Qué me inquieta? ¿Qué me amenaza? ¿Qué me aporta? ¿Podré aprovechar lo que me da el grupo? En los grupos, luces y sombras van de la mano, lo conocido, lo temido, lo deseado, el beneficio, el coste... El taller abordará estos temas mediante técnicas activas y psicodrama.

Palabras claves: evolución y procesos grupales, técnicas de psicodrama.

Correspondencia con el autor: E-mail: mlezaun@imgpn.com

Pedagoga y Psicoterapeuta. Grupoanalista y Psicodramatista. www.mercedeslezaun.com. Pamplona (España).

Técnicas psicodramáticas en terapia familiar en la adolescencia. Proceso de acercamiento y transformación

Maite Pi Ordóñez¹ y
Carmen Tresaco Cidón²
Psicólogas. Psicodramatistas

Resumen

En la adolescencia pueden aparecer síntomas diversos, algunos de ellos altamente perturbadores: Trastornos de conducta, depresiones, aislamiento, autolesiones, consumo de drogas... El enfoque que utilicemos en su tratamiento es importante, ya que muchos de ellos pueden mantenerse e incluso empeorar debido a la dinámica familiar. La terapia familiar puede mejorar la evolución e incluso provocar su desaparición. La utilización de técnicas psicodramáticas puede ayudar a la familia a tomar consciencia de lo que sucede en las relaciones familiares, clarificando sus expectativas y las posibilidades de cambio. Mostraremos una técnica de trabajo con esculturas partiendo de la situación actual hacia el pasado y trabajando también sobre las proyecciones de futuro: ¿dónde estamos ahora? ¿de dónde venimos? ¿dónde deseamos llegar?

Palabras clave: terapia familiar, técnicas psicodramáticas, adolescencia.

Correspondencia con el autor: ¹E-mail: pimaite@telefonica.net. Psicóloga clínica, Psicodramatista, Girona (España). ²E-mail: carmentresaco@gmail.com. Psicóloga, Psicodramatista y terapeuta familiar, Barcelona (España).

¿Quién me cuida a mí?

Gabriel Roldán Intxusta
*Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta
Donostia-San Sebastián*

Resumen

Una queja constante de los profesionales dedicados a la atención de cuidar, curar o enseñar es: ¿Quién me cuida a mí? Ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo. Aunque en nuestra fantasía siempre añoramos a que sea otro el que se haga cargo de nuestras necesidades y cuidados. Estamos dedicados a atender y cuidar de otros, pero: ¿nos cuidamos nosotros en el trabajo? ¿Somos conscientes que podemos enfermar? Abordar este tema con profesionales de la ayuda, que estamos permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los equipos de trabajo, que son la herramienta fundamental en las relaciones de ayuda. Si le damos valor a esto, tendremos que dedicar recursos para el desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene la tarea, y mitigar el impacto que esto supone en los profesionales, dedicando tiempo e inversión, generando condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo dentro de las instituciones. Para ello es muy importante la visualización de uno mismo como profesional de riesgo y el desarrollo de factores protectores. Suele ser habitual en los profesionales dedicados a la atención un sentimiento de omnipotencia “puedo con todo”, mecanismos de defensa como la negación y puesta en el otro de la capacidad de enfermar: en ocasiones el miedo a no verse competente ante la complejidad de la psicopatología presente y las inseguridades a “no ser un buen profesional”. La propuesta es un taller con técnicas activas que exige la participación de los asistentes, y que pretende explorar y reconocer algunos aspectos que tienen que ver con el desgaste profesional y la pérdida de potencialidades en el trabajo y realizar propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

Palabras clave: autocuidado, malestar en el trabajo, desgaste profesional

Correspondencia con el autor: E-mail: gabriel@cop.es
Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Grupoanalista.

Comunicaciones

Grupo de formación como transformación de la identidad

Anne-Marie Costalat-Founeau
Laboratoire Epsilon.
Université Montpellier III

Resumen

El tema de nuestra comunicación es un estudio sobre un grupo de mujeres magrebíes que viven en Francia culturalmente excluidos y, en particular, su formación de la identidad en un contexto de crisis. Uno puede observar a través de su compromiso en cursos de formación que estas mujeres están buscando formas de integración y socialización que les ayuden a encontrar soluciones económicas y humanas a sus problemas. Buscar un trabajo parece ser un trampolín para la identidad. Debemos señalar, sin embargo, que no se trata aquí de estudiar la influencia directa de la formación en la transformación de la identidad, sino más bien de utilizar este contexto favorable durante un curso profesional para reforzar la identidad social de los sujetos. A través de «palabras relacionadas con la identidad» (Zavalloni, 1989) los procesos activos en la dinámica de representación de uno mismo puede ser mejor apprehendidos. Tratamos de arrojar nueva luz sobre la formación de la identidad en el contexto. Este procedimiento requiere una gran flexibilidad y el método de contextualización y análisis representacional por IMIS («Investigateur Multistade de l'Identité Sociale») desarrollado por Zavalloni y Louis-Guérin (1984) parece bien adaptado a nuestros propósitos. La originalidad de este estudio es la integración del programa Alceste para el análisis textual (Reinert, 1989; 1990) en el análisis realizado por el IMIS. Esta es una primera interacción y, por lo tanto estamos en una fase exploratoria. Por último, una comparación entre el grupo de mujeres magrebíes en comparación con un

Correspondencia con el autor: Anne-Marie Costalat-Founeau. Laboratoire Epsilon. Université Montpellier III. Route de Mende. 34199 Montpellier Cedex 5. Francia

grupo de mujeres de nacionalidad francesa permite que ciertos factores sobresalientes se hagan más evidentes mediante un método de diferenciación. A nivel global estamos en la presencia de algunos datos sociales: los sujetos que están al margen de la sociedad y que se encuentran en una situación de formación profesional no es sólo una ocasión para intercambiar sino también para activar determinadas capacidades, para validarlos y para actualizarlos en un proyecto. Nos proponemos señalar, aquí, el proceso de reconstrucción de su identidad.

Palabras clave: identidad, transformación, grupos de formación

Abstract

The subject of our communication is a study concerning a group of Maghrebi women living in France culturally excluded and in particular their identity formation within a context of crisis.

One can observe through their commitment in training courses that these women are looking for ways of integration and socialization which helped them to find both economic and human solutions to their problems. Looking for a job seems to be a veritable springboard for identity. We must point out, however, that it is not a question here of studying the direct influence of training on identity formation, but rather of using this favourable context during a vocational course to procure the social identity of the subjects. Through “identity related words” (Zavalloni, 1989) the active processes in the representational dynamic of self can be better apprehended. To do this, we have chosen an explicative type of research (concerning processes) within the framework of a qualitative social psychology focused on social problems. We then try to shed some new light on identity formation in context. This procedure requires great flexibility and the method of representational contextualization and analysis by IMIS (“Investigateur Multistade de l’Identité Sociale”) developed by Zavalloni and Louis-Guérin (1984) seems well adapted to our purposes. The originality of this study is the integration of the Alceste software program for textual analysis (Reinert, 1989; 1990) in the analysis by IMIS. This is a first interaction and we are therefore in an exploratory phase. Finally, an intergroup comparison (the group of Maghrebi women compared with a group of women of French nationality) permits certain salient factors to be made more apparent by a method of differentiation. At the global level of context, we are in the presence of some social data: subjects who are on the fringe of society and who

find, in a situation of vocational training, an occasion to exchange but also to activate certain capacities, to validate them and to actualize them in a project. We propose to point out, here, the identity construction process.

Keywords: identity, transformation training groups

Posters

Taller de soporte psicosocial dirigido a mujeres migrantes víctimas de violencia de género

Larraitz Izaguirre¹, Nekane Otero¹,
Cristina Martínez-Taboada², Ainara Arnosó², y
Edurne Elgorriaga²
*Cruz Roja Gipuzkoa y
Universidad del País Vasco*

Resumen

Cruz Roja Gipuzkoa ha desarrollado el Taller de Soporte Psicosocial dirigido a mujeres inmigrantes que han sido víctimas de violencia de género y financiado por la Obra Social Caixa. Los objetivos de este taller se han centrado en crear oportunidades para el desarrollo personal y social de las mujeres, tomar conciencia de la posibilidad de utilizar los recursos comunitarios que existen, fortalecer los factores de protección y disminuir los de riesgo para favorecer la resiliencia y mejorar las potencialidades de las mujeres. El grupo ha estado formado por once mujeres procedentes de Nigeria (55%), Marruecos (36%) y de Brasil (9%) con edades comprendidas entre 25 y 54 años. Previamente, al inicio de los talleres, se realizó una evaluación inicial en la cual se detectaron algunas problemáticas relacionadas con el maltrato, tanto psicológicas como físicas. Se han contado episodios vividos de violencia por parte de algunas mujeres y todas han sido capaces de analizar las creencias sexistas sobre los roles y las diferentes actitudes y comportamientos (sumisión, dominación, permisividad, consentimiento, dependencia emocional, autoafirmación,..) que se dan respecto a la violencia en las diferentes culturas. Al compartir sus ex-

Correspondencia con los autores: ¹E-mail: neotel@cruzroja.es ²Dpto. Psicología Social y Metodología de las CC del Comportamiento, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), España.

perencias, sentimientos, dudas, pensamientos..., se ha generado un clima de confianza y seguridad, perdiendo el miedo a expresar en el grupo lo que les pasa y a expresar sus opiniones. Las mujeres han aprendido a pensar en sus necesidades y deseos sin sentirse culpables y a ser menos exigentes con ellas mismas. Se sienten más seguras y capaces de tomar decisiones y plantearse un nuevo proyecto de vida.

Palabras clave: mujer, inmigración, creencias, actitudes sexistas.

Proyecto Laia: un modelo de cooperación para la formación en grupos en la Universidad de Sevilla

Jose Manuel Guerra¹, Rocío Bohorquez¹,
e Isabel Motero²
*Universidad de Sevilla, y
Federación Española de Enfermedades Raras.*

Resumen

El grado de psicología en la Universidad de Sevilla contempla en su plan de estudio la asignatura Psicología de los Grupos en el 2º Cuatrimestre de los ocho que lo componen. Con una duración de 6 créditos los estudiantes son introducidos en los conceptos básicos de funcionamiento de los grupos. A pesar de ser una asignatura que debería servir de base para la comprensión del funcionamiento grupal en áreas específicas como clínica, organizaciones, educativa, etc., algunos miembros del equipo docente del área de grupos han venido observando ciertas carencias a la hora de aplicar los conceptos trabajados en dicha asignatura en contextos aplicados de asignaturas de cursos superiores. Es por ello que en el presente curso 2015/16 se ha realizado una innovación educativa con el fin de superar dicha limitación. En el presente trabajo se expone la metodología de trabajo utilizada, basada en la cooperación de agentes externos como co-conductores y de alumnos de 2º de grado como observadores de las sesiones de grupo incluidas en la formación de los estudiantes.

Palabras clave: innovación docente, Psicología de los Grupos, formación superior, observación grupal.

Correspondencia con el autor: ¹E-mail: jomaguerra@us.es. Departamento de Psicología Social, Universidad de Sevilla, España. ²Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

INFORMACIÓN Y FORMULARIOS

FINALIDAD DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERÁPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

A) Agrupar a aquellos 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 promoviendo 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 e incluso, cuando las posibilidades lo permitan, mediante la publicación de una revista o boletín en la que se comenten los últimos descubrimientos en éste campo.

SOCIEDADES HERMANADAS CON LA S.E.P.T.G CON VÍNCULOS INSTITUCIONALES

I.A.G. P. International Association for Group Psychotherapy and Group Processes: <http://www.iagp.com/membership/index.htm>.

E. P. A. asociación Española de Psicodrama: <http://aep.fidp.net/>

A.P.S.C.A. Associació de Psicodrama i Sociometría de Catalunya Jaime G. Rojas-Bermúdez. <http://www.escat.org>

International Council of Psychology (ICP).

**SOLICITUD DE ADMISION 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

.....

Código Postal

Ciudad Provincia o Comunidad autónoma

Teléfono - Movil Fijo

Dirección E-mail

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A ESTA SOLICITUD

1. Certificación de un profesional o Institución que acredite la titulación universitaria o para universitaria que la capacite para actuar como monitor de grupo y cuya experiencia no sea inferior a dos años en este campo.
2. Hoja de datos de Currículum
3. Nombre y firmas de los tres Socios Presentadores.*
4. Autorización bancaria para el cobro de la cuota anual.*

Documentos 3 y 4 a continuación:

Relación de nombres y firmas de tres Socios Presentadores

1

.....

2

.....

3

.....

Presentan Dn./Dña.....

Apoyando su admisión como miembro de la SEPTG

Fecha:

Firma del Solicitante

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERÁPIA Y TECNICAS DE GRUPO

Tesorería de la SEPTG

Estimados Sres.:

Tengo el gusto de comunicarles 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

.....

Domicilio

.....

Teléfono

.....

Ejemplar para la SEPTG

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERÁPIA Y TÉCNICAS DE GRUPO

Sr. Director de (Banco o Caja de Ahorros)

Muy Sr. mío

Ruego a usted dé 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

.....

Domicilio

.....

Teléfono

.....

Ejemplar para el Banco o Caja

