



**45** Symposium  
**SEPTG**  
Sevilla

**EL CUIDADO DE LOS GRUPOS: RETOS Y OPORTUNIDADES**







SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA  
Y TÉCNICAS DE GRUPO

**BOLETÍN**  
**36**

Edita: Francisca Vargas y Montserrat Aiger  
Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo (SEPTG)  
Maquetación y producción: Fénix Editora. [info@fenixeditora.com](mailto: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 Martí (fallecido 9 de enero de 2010)

Presidencia  
Luis Palacios Araus

JUNTA DIRECTIVA

Vocalía de Prensa  
Francisca Varaas Real

Vicepresidencia y Web  
José Manuel Guerra de los Santos

Vocalía Zona Sur  
Natacha Navarro Roldán

Secretaría  
Sebastián Carrasco Girón

[www.septg.es](http://www.septg.es)

Vocalía Zona Centro  
Pilar Hernández Salquero

Tesorería  
Adoración Quintana Beltrán

Vocalía Zona Norte  
Esther Zarandona De Juan

Vocalía de Formación  
Montserrat Aiger Vallés

Vocalía Zona Este  
Beatriz Miralles Corredor



# Índice

Editorial.....	11
----------------	----

## ARTÍCULOS

---

### GABRIEL ROLDAN INTXUSTA

Cuidado y desproteccion de los profesionales y equipos sociosanitarios (¿Todavía no usáis herramientas de protección en este trabajo de alto riesgo?). .....	15
--	----

### ARTURO EZQUERRO

El grupo entre la vida y la muerte. ....	35
--	----

### FINA SANZ RAMÓN

Trabajo comunitario con mujeres colombianas víctimas de guerra. ....	51
--	----

### ARTURO EZQUERRO

El poder del apego al grupo. ....	63
-----------------------------------	----

### M. AYERRA y I. NARBAIZA

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo; aprender de la experiencia, cuidar al grupo”. .....	79
--	----

### MARÍA CAÑETE y ARTURO EZQUERRO

Terapia grupo-análítica con pacientes psicóticos. ....	93
--	----

## REFLEXIONES TEORICO-PRÁCTICAS

---

### CONCHA ONECA y FRANCISCO DEL AMO

Ecos del Grupo Grande de Santander .....	113
--	-----

ADOLFO GARCÍA DE SOLA MÁRQUEZ	
Tratando la psicosis desde un nuevo encuadre grupal. ....	117
ELISETE LEITE GARCIA	
Método tatadrama. Jugar con muñecas es una cosa seria, .....	125
VÍCTOR ORTEGA ZARZOSA.	
Evolución y mente, la madre y el progreso, .....	131
BEATRIZ MIRALLES CORREDOR	
Anotaciones de una psicoterapeuta de grupo: in-dependencias o inter- dependencias, poder escucharnos. ....	135
BEATRIZ MIRALLES CORREDOR	
Encuentro septg zona este en barcelona. in-dependencias o inter- dependencias: poder escucharnos. ....	141
BEATRIZ MIRALLES CORREDOR	
Encuentro de la zona este ayerbe: el rio de la vida y la memoria .....	147
MARÍA TERESA PI ORDÓÑEZ	
Saliendo de mí: trabajo en grupo con niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. ....	151
MARÍA TERESA PI ORDÓÑEZ y CARMEN TRESACO CIDÓN	
Fluir en los momentos críticos. la divina comedia Taller. 42 symposium de la septg celebrado en caldes de montbui (barcelona). ....	159
TERESA MONSEGUR	
La invisibilidad en el exilio. ....	167
VÍCTOR ORTEGA ZARZOSA.	
Evolución y conflicto .....	173
CHRISTINE LABORDA	
Conferencia de Psiquiatras Vascas. Bilbao 11 de Junio 2016.....	183

## **LIBROS**

---

### **FINA SANZ RAMÓN**

Presentación del libro el buentrato como proyecto de vida. .... 197

## **POSTERS**

---

### **PILAR HERNÁNDEZ y SEBASTIÁN CARRASCO**

autoconocimiento a través del humor, Creando Buen Trato. .... 203

INFORMACION Y FORMULARIOS ..... 214



## EDITORIAL

Queridos colegas, miembros y lectores:

Un año más y mi último año en la encomienda como vocal de prensa, gracias a Montserrat Aiger Vallés, vocal de formación, que ha estado colaborado en toda la tarea de constitución de los dos boletines que hemos sacado desde que tome el encargo.

Nos enfrentamos a la edición del boletín de la SEPTG, ya el número 36 de la última etapa, he leído tantos trabajos, que aunque como sociedad parece que nos rayamos con prácticamente lo mismo, ¡es una sociedad que produce!, hay muchos profesionales con ganas de informar, compartir sus ideas y pensamiento, su forma de trabajar, es una suerte contar con ellos pues sin la colaboración de todos sería imposible que tanto symposium como BOLETIN salieran adelante y perduraran en el tiempo.

La SEPTG, es la sociedad decana de grupos, gracias a los profesionales que un día decidieron compartir su tarea, seguro que necesitaban reunirse, era importante dejar la soledad.... Desde aquel tiempo han pasado muchas cosas, nos han dejado muchas personas de las que aún sentimos su calor, resuenan sus mensajes, sus dichos, sus risas... Con sus más y sus menos como en cualquier grupo de personas sentimos sus vaivenes... ¡continúa viva!, a pesar de que a veces parece que agoniza, nada de eso sucede, porque gracias a la combinación de las viejas y las nuevas generaciones, la SEPTG, resurge. Han cambiado muchas cosas, entre ella la proliferación de Asociaciones, nuevas ediciones de revistas, de las redes sociales, de la web personales, de los blog... Parece que es mucho más difícil sacar un boletín anual...

Aun así y todo seguimos... este año con el 45 Symposium SEPTG, en Sevilla, con el tema: “El Cuidado de los Grupos: Retos y Oportunidades.”

Al leer el título es inevitable pensar en cómo cuidar a los grupos, recordando lo que dice W.R.BION... dentro de cada grupo de supuesto básico encontramos ansiedad, temor, odio, amor. Es probable que se produzca modificación de los sentimientos al combinarse con el respectivo grupo de supuesto básico, pues el “cemento”, por así decir, que los ligan unos con otros está constituido por culpa y depresión, en el grupo de dependencia; por esperanza mesiánica, en el grupo de emparejamiento; y por disgusto y odio, en el grupo de ataque-fuga. De cualquier manera, la consecuencia es que el contenido mental implícito en la discusión puede aparecer como un resultado engañosamente distinto dentro de los tres grupos. En ocasiones es posible apreciar que el genio nonato del grupo de emparejamiento

es muy similar al dios del grupo dependiente; en verdad, en aquellas ocasiones en el que el grupo de dependiente apela a la autoridad de un líder del “pasado” se aproxima muy estrechamente al grupo apareado, que se apela a un líder “futuro”. En ambos el líder no existe; sólo existe una diferencia de tiempo y una diferencia en la emoción.

Nos dice que insiste en estos puntos para mostrar que la hipótesis de los supuestos básicos que ha formulado no se puede considerar como una fórmula rígida.

Partiendo de esta premisa, el reto está en cómo tenerlos en cuenta, ser consciente plenamente para manejarlos de forma que no interfieran negativamente. Y sí por el contrario contar conscientemente con ellos para ser capaz de prevenirlos, (la metáfora del paraguas), investigar entre nosotros para descubrir ese “paraguas” que nos ayude a crecer como individuos y aportar avances a la humanidad.

También quiero referirme a algo que me gusta como forma de tener en cuenta el reto, la oportunidad: El niño que busca una manera de manejar su malestar identifica, en la respuesta del cuidador, una representación de su estado mental que él puede internalizar y usar como una estrategia de orden superior de regulación afectiva. El cuidador seguro calma al combinar una especulación con un despliegue incompatible con el afecto del niño. Formula de sensibilidad que tiene mucho en común con la noción de BION sobre la capacidad de la madre para contener mentalmente al estado afectivo intolerante para el niño y de responder en términos de cuidados físicos de una manera que reconoce el estado mental del niño que sirve para modular sentimientos inmanejables...

El Grupo si lo usamos en su parte reparadora, creo que es una oportunidad para reparar déficit en las vivencias, las experiencias de los sujetos, para mí de suma importancia apostar por el buen trato en los grupos, el respeto y la tarea objeto de las relaciones.

Deseo que disfrutéis del 45 Symposium y de la lectura del 36 boletín... De Hanne Campos tomo un comentario... “... sobre todo, ¡no os olvidéis de escribir! Siempre os lo digo, pero parece que pido cosa muy difícil si no imposible. Como dice Luis Pelayo, tanto sugerencias como críticas serán recibidas como una “caricia” para seguir adelante...”

Gracias a todos por darme la oportunidad de pasar por esta experiencia y conocer a gente diversa con las que aprender y crecer.

¡No olvidéis ser felices, cuidando y auto-cuidando...!

## Artículos



# CUIDADO Y DESPROTECCION DE LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS SOCIOSANITARIOS (¿Todavía no usáis herramientas de protección en este trabajo de alto riesgo?).

GABRIEL ROLDAN INTXUSTA

*Psicólogo y Psicoterapeuta.*

## **Resumen**

Estamos dedicados a atender y cuidar de otros, pero: ¿nos cuidamos nosotros en el trabajo? ¿Somos conscientes que podemos enfermar? En el texto se explorarán aspectos que tienen que ver con el desgaste y la pérdida de potencialidades profesionales de los equipos sociosanitarios y propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

## **Porque cuidarse y a quien corresponde la responsabilidad.**

Una queja constante de los profesionales dedicados a la atención de cuidar, curar o enseñar es ¿Quién me cuida a mí?

En el trabajo la angustia, la urgencia, impotencia y el sufrimiento van a ser elementos emergentes cotidianos, que van a ir afectando a las personas que las atienden, y lo mismo, que en otros lugares de trabajo hay protocolos y medidas de seguridad para los trabajadores ante las situaciones de riesgo, en los centros deben desarrollarse mecanismos de prevención y protección que

permitan reconocer en las personas y los equipos el deterioro de la salud física y mental.

La propuesta que desarrollaré en este texto es que los cuidados de los equipos deben ser responsabilidad de las instituciones en las que estas desarrollan el trabajo, brindándoles los instrumentos necesarios para el apoyo psico-emocional que necesiten y que favorezcan el desarrollo teórico-técnico y los adecuados espacios de ventilación, formación y supervisión para que los profesionales puedan realizar su tarea.

Pero también los propios trabajadores deben asumir la co-responsabilidad para promover el esclarecimiento y elaboración de las complejas tareas que desarrollan y el cuidado de las relaciones en los equipos, con la institución y los usuarios. (Barenblit, Diez 1997). 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.

En las instituciones se asiste a pacientes con carencias en todos los aspectos, especialmente en el terreno afectivo relacional y los vínculos se verán afectados constantemente; este hecho dificulta tanto la relación en el campo terapéutico y educativo como en las actividades de rehabilitación y reinserción social.

La relación asistencial debe basarse en el respeto mutuo. Las decisiones deben ser voluntarias, y el camino a seguir debe consensuarse una y otra vez con el paciente. Esto en apariencia sencillo es de una complejidad enorme y no es fácil recomponerse emocionalmente de las adversidades, la frustración y la impotencia; en ocasiones, al borde de la vida y la muerte que suceden al usuario. Todo esto atraviesa al profesional pudiendo llegar a perder los papeles.

Las crisis aparecen constantemente y parte del trabajo consiste en abordarlas. Estos elementos emergentes son una oportunidad para favorecer los cambios y aprender de la experiencia; pero también comporta un desgaste en los equipos que necesitan de cuidado y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en el desánimo o agotamiento.

Para García Badaracco, (1990) el trabajador dentro de la Institución, se ve obligado a recorrer uno de tres caminos posibles: 1) Al no poder tolerar la situación, tal como la está viviendo, tiene que tomar distancia, alejándose de los pacientes y de la participación. Si se trata de un enfermero puede poner distancia tornándose más represivo y puede desarrollar una tendencia a recluirse en el sector de enfermería. El médico puede también poner distancia emocio-

nal tornándose más “intelectual”, recurriendo cada vez más a utilizar defensas rígidas y desarrollando una tendencia a aumentar el uso de la medicación psiquiátrica. 2) La segunda posibilidad es enfermarse, contraindificándose con los pacientes, reclamando igual atención y haciendo responsable muchas veces a la Institución por haberle enfermado. 3) La tercera posibilidad es la de hacer un proceso de crecimiento y desarrollo que tiene semejanza con el proceso terapéutico de los pacientes. Lo denominaremos cambios necesarios para capacitarse profesionalmente y desarrollar cada vez más recursos propios para poder enfrentar las ansiedades de los pacientes, lo que simultáneamente constituye un crecimiento psicológico de su sí mismo. El no poder hacer este proceso puede llevar a pensar que el paciente es incurable. Uno se aferra a la idea de que lo que ocurre no tiene nada que ver con uno mismo, pone una mayor distancia entre la salud y la enfermedad, se vuelve paranoico con la institución, se puede aliar con otras personas que tienden a hacer compartimentos estancos atrincherándose; esto puede suceder en todos los niveles del equipo.

### **El equipo de trabajo como herramienta principal en las instituciones**

Un aspecto fundamental para unas relaciones sanas en los equipos es la comunicación y de que manera se coordina y se compartimenta la información entre los distintos miembros.

Los problemas propios de la convivencia se presentan en cualquier grupo de personas reunidas por ende en cualquier institución. En las instituciones clínico-asistenciales hay dos variables que inciden de forma determinante en los problemas de la convivencia: una depende de la mayor o menor coherencia que exista en el equipo terapéutico en cuanto a su filosofía y metodología de trabajo; y la otra variable es que el contacto cotidiano con los pacientes desgasta y pone en movimiento mecanismos transferenciales y contratransferenciales poderosos que permanentemente desafían al equipo para que pueda cumplir exitosamente su misión fundamental, esto es, conservar la actitud psicoterapéutica en beneficio de los pacientes.

Se construyen espacios formales de reunión y coordinación, pero suelen surgir resistencias para mantenerlos “por falta de tiempo” “ante las constantes demandas de los pacientes y los requerimientos burocráticos de las instituciones. Una dinámica que tiende a reproducirse es que se atiende primero lo urgente, que suele ser casi todo, y suele quedar poco tiempo para lo importante. Disponer del tiempo para hablar de cómo esta afectando el trabajo cotidiano

en los profesionales y sus relaciones interpersonales es una prioridad para mantener cohesionado a un equipo.

Dentro de la dinámica de la comunicación intragrupal, es importante, que los profesionales sepan tolerar las críticas y tengan una cierta humildad para aprender de los errores, lo cual a veces está reñido con el narcisismo de cada uno, que necesita además de reconocimiento y comentarios positivos. Si dentro de un equipo predomina la crítica en la comunicación, el miedo y el sentimiento paranoide aflora, y la confianza se resiente, creándose alianzas y subgrupos y el grupo tiende a fracturarse. Cuando no existe la seguridad para realizar críticas ni expresar reconocimientos, la incomunicación y el aislamiento se instala en el equipo, y la enfermedad invade el espacio de los profesionales.

El equipo precisa de medios y espacios de reunión y supervisión, donde ventilar la angustia, reconocer las limitaciones y coordinar las acciones, y si no los tienen, entonces se enfrentan a situaciones de impotencia, y se crean confrontaciones con el resto del equipo / os y los usuarios. Una pregunta frecuente en mi quehacer de supervisión es: ¿Cómo ayudar a los propios equipos a no verse superados por la incomunicación y la desconfianza?

Otra cuestión compleja en un equipo es armonizar las respuestas terapéuticas, entre distintos profesionales que aportan formaciones y titulaciones diferentes. Lo cual requiere de una meticulosa tarea de cooperación; así se podrán plasmar proyectos de intervenciones terapéuticas, y acciones efectivas desarrolladas por los distintos miembros en el que todos se sientan implicados.

Estas premisas implican la búsqueda de acuerdos que permitan encontrar consonancias entre la amplia diversidad de enfoques terapéuticos. Las distintas experiencias evidencian las dificultades en conseguir estos objetivos. Con frecuencia son motivo de fracturas y contradicciones en sus propósitos de confluir y potenciar en acciones complementarias, las intervenciones de varios profesionales, equipos y/o instituciones y hacen que se multipliquen las respuestas.

Un factor protector de primer orden ante el desgaste profesional es el sentimiento de “no estar solo ante el peligro”; pues es frecuente la sensación de inseguridad y fraccionamiento psíquico en aquellos equipos que están desestructurados. Cuando aumentan los conflictos dentro del equipo, y no se crean espacios que favorezcan la comunicación aumenta la desprotección y aparece como mecanismo de defensa que “cada uno vaya a lo suyo”, ante la desconfianza que generan los otros compañeros. En equipos fraccionados se dan a veces movimientos grupales en el sentido de librarse de las responsabilidades más difíciles

o comprometidas; como por ejemplo, adjudicar la atención de los pacientes más molestos o difíciles, a los profesionales con menos experiencia.

El fraccionamiento de los equipos produce un efecto de retroalimentación en los pacientes de las instituciones con personas ingresadas, que se sienten con temor y desprotegidos, lo cual determina un aumento de las transgresiones de las normas y actos de violencia (robos, agresiones,); así como un aumento de las descompensaciones. Los pacientes demandan inconscientemente que los miembros del equipo arreglen sus asuntos entre ellos o con la institución, para no estar secuestrados emocionalmente en su malestar, y se pongan a la tarea de hacerles caso de verdad, y estén atentos a sus necesidades brindándoles escucha, apoyo y seguridad. A veces ocurre como con los niños pequeños que cuando los padres tienen dificultades y falta comunicación entre ellos, lloran, se ponen pesados y realizan actos para llamar su atención.

La convivencia grupal dentro de las instituciones reaviva los fantasmas internalizados de todos sus participantes –abandono, competencia, rivalidad, envidia, poder, agresión, culpa, por citar algunos.- y en ocasiones se dan situaciones de abuso de poder o maltrato del equipo (o algunos de sus miembros) frente a los pacientes, en parte como respuesta a los sentimientos de inseguridad. Tales sentimientos, en gran medida, pueden superarse mediante un largo proceso de formación continuado y de supervisión (Roldán, 2001). Los problemas se acrecientan cuando no se puede contemplar la situación interna, se delega la responsabilidad de lo que este sucediendo y se pone la solución fuera. Por ejemplo a veces se demanda un guarda de seguridad en algunos centros para protegerse de la violencia de los pacientes a los profesionales, sin poder analizar y ver que está generando el sentimiento de miedo e inseguridad de los profesionales y hacerse cargo además de la hostilidad y agresividad de los profesionales hacia los pacientes.

En la práctica la percepción de seguridad tiene que ver en primer lugar, con las buenas relaciones en el equipo, y con el sentirse apoyado y respetado por el resto de los compañeros.

La percepción de apoyo entre los miembros de los equipos tiene fuertes elementos inconscientes, y las situaciones de gran tensión y de violencia crean un stress y un desgaste. En un servicio de atención se percibe cuando se da una situación peligrosa con un usuario y se nota la tensión. Son situaciones que se captan emocionalmente sin necesidad de hablarlo y la cobertura y apoyo del equipo al profesional expuesto a una situación de violencia es imprescindible.

Por ejemplo en un trabajo de supervisión en un centro de atención ambulatoria una administrativa relata que sufrió una agresión por parte de la pareja de un paciente “la conocía era conflictiva y no me sorprendió que me agrediese con el bolso y me amenazase por no atender con urgencia sus demandas. Lo que de verdad me dolió, es que mientras todo esto sucedía, y en la escena fue subiendo el tono de las voces de los usuarios, algunos compañeros abriesen las puertas de sus despachos, y no hiciesen otra cosa que volverlas a cerrar”.

Es importante la selección de personal para un funcionamiento adecuado de un equipo. Será necesario entonces seleccionar el personal en función, no solamente de su capacitación profesional académica, sino también del nivel de madurez alcanzado en su desarrollo psicoemocional.

No son adecuadas personas con poca capacidad de empatía que tengan dificultad en ponerse en el lugar del otro o que tengan dificultad de controlar sus impulsos ante circunstancias estresantes.

Factores favorecedores de conflictos con los usuarios son: los prejuicios, que por desgracia es bastante frecuente al pasarnos la información o desinformación de unos servicios a otros sobre todo con personas especialmente conflictivas .No escuchar; no tener en cuenta características de la relación interpersonal como la transferencia y la contratransferencia; el estrés; la desmotivación y no poder reconocer los signos precursores de la escalada de violencia (como por ejemplo el lenguaje no verbal), evitando que se produzcan situaciones de abuso de confianza .Es primordial no perder el autocontrol en las situaciones conflictivas ,manteniendo la calma, hablando en un tono de voz suave y con seguridad.

Ayuda bastante a evitar los conflictos el favorecer la expresión del malestar y la agresividad en las instituciones (no solo las reclamaciones), que permitan “sacar la mala leche de los usuarios pero además también de los trabajadores” creando espacios para el vaciaje emocional porque sino se hablan se actúan. También ayuda a disminuir la agresividad y la rabia que toda relación asistencial conlleva la negociación de los contratos terapéuticos para que la persona se sienta individualizada.

Otro punto importante se refiere a la dirección del centro. Una pregunta es ver si hay una dirección adecuada que cuide y ordene. Para Aron y Llanos ( 2004),el jefe que promueve ambientes protectores es aquel que demuestra preocupación por las necesidades de los profesionales; provee los recursos necesarios para realizar bien el trabajo; es sensible y flexible en

relación a temas familiares; es capaz de reconocer los aspectos positivos y demuestra confianza en el profesional, se interesa activamente en su trabajo; defiende la posición de los profesionales ante la institución, comunica claramente sus expectativas; adecua las tareas a cada profesional; es emocionalmente estable (calmado, buen humor); entrega ayuda técnica cuando se necesita; está disponible; es abierto y honesto, los profesionales confían en él o ella Probablemente es pedir mucho.

Los/as directivos/as en muchos casos se encuentran en un “sándwich” entre los requerimientos institucionales y políticos, y las demandas de sus compañeros trabajadores, en un espacio difícil acompañado de la soledad. Necesitan apoyo y orientación y espacios de vaciaje emocional propios para no tener que atrincherarse detrás de montañas de papeles a rellenar y caras largas que tolerar. A mi modo de ver una comunicación abierta y flexible y un cuidado de la dirección es un buen antídoto para la arteriosclerosis institucional.

Para Kenberg (1996) es importante prevenir el fenómeno de la “paranoiagenesis” frecuente en las instituciones, y para ello los dirigentes deberían reunir cinco características: 1) mucha inteligencia 2) honestidad personal e impermeabilidad a los procesos políticos 3) capacidad para establecer y mantener relaciones objétales profundas 4) un narcisismo sano 5) una actitud paranoide saludable, justificada y con capacidad de previsión en contraste con la ingenuidad.

También son muy importantes para hacer equipo los rituales de incorporación y de despedida de los profesionales. Una pregunta básica es ¿Cómo se acoge a los nuevos compañeros? .Hay que ver si se facilita la integración de los nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura grupal de la organización y permitiendo al resto de los profesionales hacer un espacio al recién llegado. Con los rituales de despedida, ya sea por partida voluntaria u obligada se facilita la elaboración de estas experiencias donde se han desarrollado vínculos intensos y contribuyen a mantener los climas laborales sanos.

### **Otros aspectos que tienen que ver con el desgaste y la pérdida de potencialidad de los profesionales.**

Hay una incorporación de nuevas minorías étnicas como inmigrantes subsaharianos, magrebíes y latinoamericanos. Estamos abordando a personas con referentes culturales distintos, que pueden afectar al modo de entender las relaciones, la enfermedad y los valores. El respeto y una formación específica

para atender a poblaciones de otras culturas son necesarios, incorporando mediadores interculturales de las culturas de origen cuando sea necesario, que faciliten la comprensión y el conocimiento de las diferencias en la atención a estas personas.

Otra demanda que ha aparecido con intensidad, sobretodo por su trascendencia en lo social es la atención a menores .Son instituciones relativamente nuevas que han trascendido a la opinión publica mas por la conflictiva de los usuarios que por su hacer profesional. Los equipos tienen una gran rotación de trabajadores por las difíciles condiciones de trabajo ante situaciones de gran contención y violencia, que generan mucho desgaste profesional .Hace falta paciencia institucional y dotar a los equipos jóvenes del apoyo suficiente , la formación y supervisión adecuadas.

De los pacientes que más dificultades presentan a los profesionales en drogodependencias y salud mental destacaría 3 estructuras:

- Pacientes con trastornos límite de personalidad y con consumo de sustancias, con reiterados ingresos institucionales .Crean mucha impotencia en los equipos y nadie quiere tener .Presentan un largo recorrido como “consumidores crónicos de tratamientos” y van de centro en centro.
- Personas con un trastorno depresivo grave o distimicas que presentan un riesgo de cometer un acto suicida, y que producen un intenso agobio a los intervinientes por la gran responsabilidad que comporta atenderlos al paciente y a los familiares.
- Pacientes que han cometido actos violentos y que necesitan límites muy claros en la relación con normas claras y consensuadas. Falta tiempo y espacios de discusión para atender las diferentes percepciones de los profesionales de consensuar cuales van a ser las actuaciones por las continuas transgresiones a las normas, y crean conflictos en el grupo de pacientes por el “miedo a hablar” ante las amenazas.

Con todas las personas a las que se atiende es muy importante tener un diagnostico clínico operativo, que sea comprensible para todos los miembros del equipo. Que indague con el paciente y familiares la historia y las características de personalidad de cada sujeto y de pautas de cómo atenderlos, marque objetivos, estrategias de intervención y evalúe los resultados y oriente de cuales

puedan ser los desencadenantes de las crisis y que hacer. Para ello es necesario seguir aprendiendo en las sesiones de estudio de casos, reuniones de equipo y supervisiones clínicas.

En algunos centros hay un desequilibrio entre la demanda y los recursos para una actuación adecuada; entendidos como recursos en primer lugar los propios profesionales de los centros; pero además los conocimientos científico-técnicos adecuados y el apoyo instrumental para la tarea. Los programas de calidad implantados los últimos años han aportado metodología y organización de los servicios, pero han restado tiempo a la atención directa de los usuarios y a la reflexión de aspectos menos formales de la relación profesional-usuario.

Hay un sentimiento bastante importante de frustración e impotencia ante la tarea, de los profesionales y los equipos que actúan en este campo, y que afrontan cotidianamente una peculiar práctica clínica, donde se hace especialmente difícil evaluar los éxitos y los fracasos. Las interrupciones reiteradas de los tratamientos, el incumplimiento de los acuerdos, los agravios a los encuadres terapéuticos, forman parte del panorama habitual. Para dar cuenta de ello se requiere no sólo de altas dosis de tolerancia y prudencia en la implementación de las intervenciones profesionales, sino también disponer de equipos interdisciplinarios sólidamente formados (Barenblit y alt 1997).

Este es un trabajo con fuerte elemento vocacional y la pregunta es cual es el refuerzo. Algunos de los interrogantes que surgen en los profesionales son: ¿Vale lo que hago?, ¿Lo estoy haciendo bien? ¿A quién le importa?

Con el paso del tiempo ha ocurrido un proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las instituciones de Salud Mental en España en los años 80 y que permitieron el logro de muchos aspectos positivos, como una mayor profesionalización de las intervenciones, un amplio repertorio de experiencias, mayores recursos y una consolidación de las estructuras, pero por el contrario, ha traído consigo una solidificación de la metodología de trabajo, el envejecimiento de los equipos y una burocratización de las tareas que impide en muchos casos, continuar con el proceso de cambio continuo; “dejar posiciones ya conocidas por otras más inciertas que suponen más riesgo” O’ Donnell (1974).

Para Garcia Badaracco (1990) es necesario poner mucha libido en la realización de la tarea. No se puede trabajar con la sensación de que uno tiene que dar permanentemente sin recibir nada. Se trata más bien de descubrir, reconocer y cultivar, los factores que contribuyen dentro de la tarea para la

obtención de mayores gratificaciones y satisfacciones emocionales. El resultado terapéutico es posiblemente la fuente de gratificación más importante.

¿Cómo se hace todos los días, con respecto a la necesidad de gratificaciones adecuadas, para poder realimentar sanamente nuestras propias fuentes de libido necesaria para la tarea? Quizás esta realimentación hay que buscarla en el intercambio mismo con los pacientes y con los otros miembros del equipo, como un intercambio enriquecedor. Y también en el propio aprendizaje continuo de nuestro trabajo.

### **Bornout o desgaste emocional de los profesionales en el trabajo**

Por desgracia, un fenómeno común a los equipos en las instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado (Majoor, 1986). Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos y puede ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo. Son habituales las bajas laborales atribuibles al stress y depresión que sin embargo tienen su origen en un desgaste emocional, o son posteriores a algún hecho traumático (agresión de un paciente por ejemplo).

Freudenberg define el burnout como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (Freudenberg, (1974) No se trata de agotamiento por exceso de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. No se trata sólo de cansancio, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros.

Aparecen señales como el sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, pérdida de peso y respiración cortada (Freudinger, 80). El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo.

En cuanto a la estructura institucional, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de

contacto con pacientes, que es un factor terapéutico de primer orden (Kenberg, 1986), También se burocratizan las tareas y el proceso de atención.

El trabajo obliga al equipo a una continua situación de contacto con emergentes conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente / equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones. El trabajo puede hacer pensar al profesional que sus recursos están agotados, frustrándose y culpabilizando al paciente de su situación. Con el tiempo puede empeorarse toda su labor asistencial estableciéndose una dinámica asistencial patológica, en lo que se ha denominado “burnout syndrome”. Esto se manifiesta con expectativas críticas, negativas o fatalistas respecto a los resultados terapéuticos, ritualismo asistencial, activismo humanitario irracional y dinámica burocrática.

El desgaste se ve facilitado por dificultades originadas por los propios profesionales como deficiente formación, falta de interés y escasa motivación. Pueden aparecer actitudes poco adecuadas y nada receptivas como son actitudes pasivas, de inhibición, derivativa, paternalista y compasiva o represiva y de rechazo con desconfianza mutua. El burnout (cansancio emocional, pérdida de empatía, bajo rendimiento), se asocia también con baja satisfacción profesional, miedo a cometer errores, escasez de recursos extraprofesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas.

Una anécdota referida por un profesional de un Hospital Psiquiátrico ilustra el caso. A un profesional con burnout se le ha diagnosticado un trastorno depresivo que le impide ir a trabajar y está dispuesto a abandonar de modo brusco su trabajo. Se encuentra de baja laboral y después de varios meses de tratamiento es citado por un inspector de la mutua para evaluar su estado. Al referirle al inspector el lugar donde trabaja, le pregunta ¿Qué sucede en vuestra institución que venís tantos en la misma situación? Él le contesta. Es un lugar de trabajo muy abierto a exponernos emocionalmente al dolor de los otros; no tenemos muchos elementos de protección y encima hay varios trabajadores antiguos muy resistentes a realizar cambios.

Los tratamientos deben ser vistos, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del “anclaje” del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio. La respuesta a la demanda de los usuarios vista como una problemática multicausal de factores físicos, psi-

cológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuyen a aumentar el malestar.

### **Cuidarse de uno mismo .Cuidado en el equipo y la institución**

El cuidado es una responsabilidad personal de cada profesional y debe asumirlo como tal. 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” pueden llevar a ocultar hechos traumáticos que puedan estar sucediéndole en el trabajo y no manifestar sentimientos como el miedo, la tensión o la inseguridad. Esto es un dolor que se acumula y puede cronificarse hasta llegar a enfermar.

El trabajo en contacto directo nos lleva a desarrollar el concepto de riesgo que es el primer paso para el cuidado: reconocerse como profesionales y como equipos en riesgo y dedicar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo.

Abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los grupos de trabajo, que son la herramienta fundamental en las relaciones de ayuda. La mayoría de los equipos e instrumentos de precisión no sólo tienen períodos de mantención periódica sino que están a cargo de personal técnico especializado que detecta el más mínimo error en su funcionamiento. Mientras más valiosas son las maquinarias, mayor es la inversión en su cuidado y mantención. A eso se refiere la responsabilidad por el autocuidado: exigir condiciones de trabajo que no impliquen ser tratados como

profesionales desechables y que sean acordes a la delicada tarea encomendada (Arón y Llanos 2004).

### **Estrategias de autocuidado.**

Si bien el compromiso emocional con que cada miembro de los equipos vive los acontecimientos no es el mismo, sabemos que consciente o inconscientemente las emociones nos llegan, nos penetran y actúan dentro de nosotros. Los mecanismos de defensa que todos utilizamos dependerán fundamentalmente de los recursos propios genuinos que cada uno haya podido desarrollar a lo largo de su vida.

- Registro oportuno y visibilización de los malestares y poder expresarlos libremente. Los seres humanos aprendemos a silenciar estas señales postergando la satisfacción de necesidades básicas o invisibilizando las fuentes de dolor y malestar. Una estrategia importante de autocuidado se refiere a recobrar la capacidad de registrar oportunamente los malestares. Una gran cantidad de los trastornos que se describen como consecuencia del burnout se relacionan con no haber registrado oportunamente fuente de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en lesiones o enfermedades. Recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando debemos atender los dolores por una posición incómoda y relajarnos. Del mismo modo, ser capaz de registrar las molestias psicológicas oportunamente, lo que se relaciona con estrategias adecuadas de abordaje de conflictos.
- Permitirnos compartir con otros los sentimientos de tristeza, cansancio y agotamiento. Sucede con frecuencia que los profesionales tenemos resistencias a la hora de reconocer ciertos aspectos como el miedo, la impotencia, la desazón. Algo que nos puede ocurrir a todos. Por ejemplo después de un episodio violento sobretodo si ha sobrevenido una agresión, el impacto es tremendo para la persona que ha intervenido pero también para el resto de miembros. Las situaciones dolorosas y prolongadas silenciadas tienden a producir un tremendo malestar que pueda manifestarse en bajas laborales por stress, depresión, somatizaciones... Uno de los as-

pectos más inhabilitantes de la actividad profesional es el miedo a revivir el dolor de la situación traumática.

- Hay que darse tiempo y ha veces pedir ayuda profesional para elaborar las situaciones traumáticas que necesiten de buscar una salida de alivio .Además las circunstancias de vida de cada persona puede estar sometida a factores estresantes o dolorosos. Una importante responsabilidad es el cuidado de la salud propia y es recomendable una psicoterapia o un trabajo de conocimiento personal.
- Una distancia adecuada en la relación de ayuda “ni demasiado cerca, ni demasiado lejos” .Un motivo de desgaste suele ser la sobreimplicación en la vida de los pacientes o la proyección de expectativas y objetivos poco accesibles para realizarlos que suelen verse frustrados con frecuencia. La distancia, entendida no cómo algo físico entre profesional-paciente, sino como algo relacionado con las responsabilidades, con los límites y el lugar que ocupa cada uno en la tarea. Se pueden establecer relaciones acogedoras con los usuarios y saber captar donde están los límites de la relación de ayuda (que responsabilidad corresponde a cada cual) y el respeto mutuo .Esto requiere como condición aceptar nuestras propias limitaciones y las de nuestros pacientes, sin que esto deba significar a priori un sentimiento de frustración; solamente admitir que nuestra actitud debe ser plástica y requiere una buena dosis de paciencia y tolerancia y que muchas veces será necesario modificar la rigidez de nuestros propios esquemas. Lo que Jorge Barudy llama plasticidad estructural es hacer uso del potencial que el organismo humano posee para encontrar respuestas adecuadas a los desafíos que se presentan en el vivir de cada día aceptando los límites estructurales de cada uno y cada situación lo que popularmente denominamos “no pedir peras al olmo”.
- Hay que tener en cuenta las transferencias y contras transferencias entre profesionales y usuarios y la necesidad de espacios de vaciamiento y descompresión Se trata de compartir la pesada carga emocional del impacto que provocan contenidos muy fuertes en la persona que los escucha. Es frecuente que el impacto emocional de algunos eventos traumáticos sea tan fuerte que deje al profesional “atragantado”, pegado en esa situación, sin posibilidad de registrar o elaborar otros contenidos hasta que no se produzca el vaciamiento. El vaciamiento tiene un efecto de descompresión, que es necesaria para poder seguir trabajando.

- Necesidad de disponer de espacios personales de oxigenación, en que la persona pueda airearse, nutrirse, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo; como por ejemplo , caminar ,darse un baño , ir al cine, la lectura, la participación en grupos y otros
- También hay que contemplar y fomentar el ejercicio físico. Las tensiones del trabajo se acumulan en el cuerpo y la rigidez puede producir dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño y cefaleas que pueden aliviarse dedicando espacios periódicamente para el cuidado del cuerpo, .El cuerpo no debe ser despreciado y el cuidado no se debe concentrar solo en la mente.
- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde. Evitando auto-responsabilizarse en exceso y no culpar a otros de los errores. Es un ejercicio muy importante de observación personal al que hay que dedicar algún tiempo diario y suelo denominar “perdonarse la vida” .Los profesionales se enfrentan a decisiones importantes de las personas que atienden y cada caso y situación son únicos. Es básico saber reconocer los errores, permitírsele sin flagelarse y aprender de ellos para las nuevas situaciones que van a surgir en el trabajo diario, donde una y otra vez suceden dificultades y hay que tomar decisiones. Un requisito para un abordaje adecuado de resolución de conflictos, es lo que permite la reparación, especialmente cuando ha habido daño como consecuencia del manejo inadecuado de conflictos. Saber pedir disculpas cuando somos conscientes que hemos cometido un error es básico para el respeto de nosotros mismos y los demás y un elemento de salud mental importante.
- Seguir formándose de modo continuado, recibiendo formación en aquellas perspectivas teóricas que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo. Recordemos que una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

### **Generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo dentro de lo equipos**

Se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo y las personas que los componen. Algunos de estos factores protectores se refieren a las condiciones mínimas de seguridad en relación al desempeño

laboral, otras se refieren a los estilos de liderazgo y a los estilos de supervisión en los lugares de trabajo.

Hay también una co-responsabilidad de todos los miembros de un equipo para cuidarse uno a otros, “hoy por ti mañana por mí”. Muchos episodios del trabajo están expuestos a la vista de los otros, sean pacientes o miembros del equipo y cada intervención terapéutica, educativa o socio-terapéutica es única para el momento y la situación. La opinión franca y sincera de los compañeros es una de las mejores herramientas para nuestra salud mental. Que nos señalen lo que no vemos, o nos cuesta aceptar, y apoyarnos en las incertidumbres es un buen factor de clima laboral, de soporte emocional y de crecimiento personal.

- El profesional debe tener una remuneración económica adecuada y sobre todo seguridad en el trabajo. Evitar la inestabilidad de los equipos y favorecer la cohesión.
- Asegurar a los trabajadores las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en su tarea por parte de las instituciones. Especialmente cuando se desempeñan en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos
- Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más contaminantes. Hacen falta espacios dentro de las instituciones ya sean en reuniones técnicas, supervisiones de casos o sesiones clínicas que permitan no llevarse los problemas a casa; porque ni es adecuado y además vulnera el acuerdo de confidencialidad Este vaciamiento más estructurado permite además la comunicación de ideas y el compartir modelos conceptuales que aseguran un mejor afianzamiento de los equipos de trabajo.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones de riesgo que debe tomar cada miembro del equipo; por ejemplo en la exclusión de un paciente del tratamiento El desgaste que implica tomar la responsabilidad en este tipo de decisiones, sobre todo en aquellas que tienen alguna probabilidad de tener desenlaces de gran tensión, puede amortiguarse cuando es todo el equipo quien asume la responsabilidad por las consecuencias de la decisión.
- Horario limitado de trabajo y tiempos adecuados para la recuperación. La disponibilidad en cuanto al teléfono móvil, correo electrónico y otras tecnologías fuera del horario de trabajo debe limitarse por cuanto mu-

chas de las demandas laborales contienen angustia y urgencia que no permiten descansar adecuadamente.

- Hay que cuidar la dependencia al trabajo. Nadie es imprescindible y debe fomentarse la autonomía dentro de la institución. En sistemas muy jerarquizados el líder o director está sobrecargado y es necesario una delegación de responsabilidades.
- Estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso en el interior de los equipos y tiende a silenciar los conflictos actuando las situaciones de desprotección y violencia.
- Criterios claros y consensuados entre todos y revisados periódicamente de los aspectos fundamentales del trabajo. El equipo debe tener una claridad sobre cómo actuar; no se puede transmitir el mensaje de que se está dispuesto a aguantar todo. Hay que situar las cosas, poniendo límites claros.
- Crear espacios de distensión en el equipo que permita relacionarse en otras áreas y temas. Por ejemplo hacer una parada y tomarse un tiempo para una infusión, pudiendo distenderse de la presión y hablar de otras cosas que no sea de trabajo. Espacios lúdicos compartidos: comidas o cenas de equipo, regalos de navidad...
- Retroalimentación de reconocimiento por parte de la dirección y la institución hacia los trabajadores. Con pequeños detalles y gestos se puede manifestar confianza, cariño y respeto y alientan en el desempeño de la tarea.
- Permitir pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas que dificultan el avance del equipo con estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos.
- Espacios protegidos para la explicitación y resolución de los problemas surgidos en el interior de los equipos, desarrollando estrategias constructivas en las cuales puedan ventilarse los desacuerdos y desarrollo de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- Formación y capacitación permanente del personal dentro de la propia institución aprovechando el aprendizaje que se presentan en la vida diaria de la institución. Seminarios clínicos, talleres de capacitación en habilidades y técnicas

- Apoyo de la institución para la formación externa en áreas propias de cada profesional. También una formación específica según los casos; para reconocer las características del usuario y el modo de relacionarse ante situaciones concretas.
- Crear espacios para pensar en lo que se está haciendo. Se dedica poco tiempo a ello, lo cual dificulta contextualizar y entender las situaciones que se están viviendo ayudando a buscar alternativas y promover los cambios oportunos.
- Promocionar el estudio y la presentación de trabajos en congresos de investigación y de reflexión metodológica de la tarea que se va realizando tratando de aunar trabajo práctico y marco teórico.
- Favorecer las relaciones vinculares con otros profesionales de otros servicios y redes, mediante Jornadas, Seminarios, visitas a los centros que favorezcan los procesos de derivación de pacientes y complementación de actuaciones con otras instancias. Por ejemplo con el sistema judicial tan ajeno al mundo socio-sanitario con el que se comparte la responsabilidad de muchos casos.
- Apoyo y supervisión a los profesionales que comienzan. El trabajo por la cantidad de estímulos continuos y el contacto directo con los pacientes supone un fuerte stress en las personas que se inician y es necesario cuidar y llevar la preparación del personal de forma progresiva, enseñando e informando, al mismo tiempo que se elimina la presión del trabajo diario. El personal encontrará respiro al estar en una situación de recibir más que dar durante todo el día.
- Cuando existe personal voluntario, deben ser protegidos cuidadosamente y puestos en programas de preparación dotándoles del soporte emocional necesario para afrontar aspectos que les puedan descompensar en las relaciones con los usuarios.
- En algunas instituciones se proponen trabajos rotativos con el objetivo de evitar el aburrimiento y la rutina. Un aspecto importante es como dar una salida laboral a personas que ya no están con la disposición anímica para seguir. Ayudar a desengancharse y ver que cuando el trabajo se convierte en sufrimiento se enferma y más que compensaciones hay que abrir una puerta que facilite la salida profesional.
- Transmitir confianza y esperanza en lo que estamos haciendo. Existe mucho dolor y desesperanza en algunos pacientes. Algunas personas

se encuentran en situaciones límite y la relación que mantienen con los profesionales, aún distando de ser la ideal, es la mejor que pueden tolerar. Es una responsabilidad enorme sostener esa relación y la esperanza es un importante componente de la moral comunitaria.

Un modelo integral de cuidado institucional contempla la necesidad de una supervisión clínica y de equipo como herramienta de intervención. La supervisión esta en relación con la formación continuada y el cuidado de los equipos. Cada equipo necesita de su propio espacio y tiempo. La participación de un profesional externo a la institución que ayude a los equipos a reconocer los elementos conflictivos del trabajo y facilite la comunicación entre sus miembros, aportando un plus de experiencia no es una tarea fácil. Hace falta una sintonía entre supervisor, equipo y dirección y la construcción de una estructura adecuada a las necesidades de cada institución.

### Referencias bibliográficas

- ARON, A.M. y LLANOS, M.T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, año 20 - nº 1-2, p 5-15.
- BARENBLIT V, DIAZ M. (1997) Supervisión en el campo de las drogodependencias, en AUTORES VARIOS, Supervisión clínica e institucional de drogodependencias, San Sebastián, AGIPAD.
- COMAS, D (2010) La Metodología de la Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea Grupo GID.
- FREUDENBERG, H. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30 (1) 159 Vol12 (1)
- FREUDENBERG, H.J. (1980) *Burn out: The high costs of high achievement*. New York: Anchor Press / Doubleday.
- GARCIA BADARACCO, J.E. (1990). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones.
- JONES, M. (1968). *Más allá de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Ediciones Genitor.
- KENBERG, O.F. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ediciones Manual Moderno.

- MAJOOR, B. (1986). "What is burn out?" En: KAPLAN & KOOYMAN (Eds.). *Proceedings of the ICCA 15<sup>th</sup> International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence*, Rotterdam: Erasmus University, pp. 151-155.
- ROLDAN, G. (1992). "Institucionalización en drogodependencias; Las Comunidades Terapéuticas". *Revista Intervención Psicosocial*, n<sup>o</sup>2, vol. 1, pp. 5-14.
- ROLDAN, G. (1994). "Droga, dependencia y grupo". *Clínica y Análisis grupal*, n<sup>o</sup>67, vol. 16(3), pp. 349-361.
- ROLDAN, G. (2001). Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy. London: *Therapeutic Communities*, 22(1): 29-40.
- ROLDAN, G. (2002) "La función de la Comunidad Terapéutica, ayer y hoy." en ABEIJON, J, A y PANTOJA .L. (2002) *Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- ROLDAN, G. (2008). "El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención". *Revista Española de Drogodependencias*, n<sup>o</sup>33, vol. (3), pp. 302-320.
- O'DONNELL, P. (1974). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu Editores.
- Varios autores (2005): *Inquietudes de los/las profesionales en la intervención en drogodependencias*. Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor De Drogodependencias del Gobierno Vasco.

# EL GRUPO ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE

Arturo Ezquerro

Psiquiatra. Institute of Group Analysis

## Resumen

Este artículo explora la influencia del apego, la lucha por la supervivencia y el modo de encarar la muerte, en el nacimiento de las escuelas de Bion y Foulkes sobre el trabajo grupal y la psicoterapia de grupo. La metodología es la investigación histórica y analítica, desde una perspectiva personal, basada en un abanico de experiencias vitales y de desarrollo profesional con su trasfondo socio-cultural. El trabajo concluye que los modelos propuestos por Bion y Foulkes pueden entenderse desde el enfoque del apego y que, ambos, son propicios y complementarios.

**Palabras clave:** *Bowlby, apego, Bion, mentalidad grupal, Foulkes, matriz grupal, psicoterapia de grupo, muerte, supervivencia.*

## Introducción

Nosotros somos nosotros mismos y nuestras circunstancias, ¿no es así? Sin embargo, esta simple idea no parece que hubiera sido formulada explícitamente hasta su aparición en el libro *Meditaciones del Quijote*, escrito en 1914 por José Ortega y Gasset, uno de los más influyentes y carismáticos filósofos españoles del siglo XX.

El libro formó parte de las creativas actividades de la Residencia de Estudiantes de Madrid. No es una publicación cervantista más, sino una adecuada y bella introducción al pensamiento de Ortega, a través de una exploración sugestiva de la milenaria cultura española. El hidalgo manchego representa una amalgama de rasgos del carácter español, forjado y transmitido a través de

la compleja y rica historia de un sinfín de generaciones, que Ortega se propone estudiar como una cuestión decisiva para la vida y el inconsciente colectivo de nuestra sociedad.

Nacido en Madrid en 1883, Ortega y Gasset era un adolescente cuando colapsaron los últimos restos del Imperio español en 1898. Fue una muerte simbólica de siglos de orgullo nacional y se convirtió en un aspecto importante de las circunstancias de Ortega.

En aquel año de 1898, nació Siegmund Heinrich Fuchs ('padre' del grupo-análisis), en una familia judía acomodada, en la próspera ciudad alemana de Karlsruhe... Pero volvamos a España: algunos políticos españoles, quijotescos e imprudentes, habían decidido enfrentarse en una cruenta y desigual guerra a Estados Unidos, una emergente superpotencia que amenazaba con arrebatar a España la soberanía de Cuba, Puerto Rico, Guam y Filipinas.

El riojano Práxedes Mateo Sagasta, presidente del gobierno español durante el periodo de aquel conflicto hispano-estadounidense, fue quien dio la orden al almirante de la flota española de seguir el arcaico principio de que 'más vale honra sin barcos que barcos sin honra'. La desastrosa orden estaba basada en un ideario místico de 'conquistar o morir', reflejado en la supuesta estrategia de Hernán Cortés de 'quemar las naves' para emprender la conquista del Imperio azteca. Tal ideario sería abrazado después por la Legión española en su grito ¡viva la muerte!

La guerra contra Estados Unidos fue suicida, el resultado fatídico y el coste de vidas incalculable. Muchos jóvenes de la generación de mis bisabuelos fueron enviados a morir durante ese loco conflicto. Nueve décadas más tarde, y unos días antes de que el cáncer lo matara en 1989, mi padre reflexionó sobre aquel trágico y cruel episodio. Con tristeza, compartió conmigo su pensamiento de que tomar decisiones basadas en el orgullo patrio puede llegar a convertirse en un absurdo.

El año que murió mi padre fue también el año en el que cayó el muro de Berlín, un gran logro en la reciente historia de Europa. Desde entonces, paradójicamente, se han erigido nuevos muros de vergüenza y de muerte. Nuestro contexto europeo actual incluye la muerte de miles de personas a orillas del Mediterráneo, como resultado del hundimiento de sus precarias embarcaciones, en su expedición desesperada por la supervivencia.

En esas mismas playas, muchos de nosotros obtenemos con frecuencia un buen bronceado. Ya no quedan ni barcos ni honra.

La muerte de mi padre ocurrió a los pocos meses del comienzo de mi formación como grupo analista en Londres. Malcolm Pines (mi psicoanalista) se mostró cálido y atento conmigo en el grupo; al menos esa era mi percepción, quizás en parte fruto de la intensa transferencia filial que desarrollé hacia él. En un momento de mi duelo, Pines compartió conmigo su aprecio de Ortega por su axioma, 'Yo soy yo y mi circunstancia', el cual implica que la noción de una identidad puramente individual es una abstracción (Ortega y Gasset, 1914), como después postularía Foulkes (1964).

En la década de 1950, Pines tuvo su análisis didáctico con Foulkes. A nivel simbólico, en 1989, sentí que me convertía en uno de los nietos analíticos del 'padre' del grupo-análisis. Esto acrecentó en mí un sentido de pertenencia que me ayudó a elaborar el duelo por la muerte de mi padre. De una manera sutil, al conectarse con una parte de mis raíces españolas, mi analista me estaba invitando a formar un apego con él en el grupo.

Según Ortega, la 'circunstancia' (que incluye la muerte a nuestro alrededor; la conciencia de nuestra propia mortalidad y, a menudo, el deseo de ser inmortal) es lo que nos conecta con una realidad más amplia, con los demás y con el mundo. Y éste es un mundo de relaciones, cuya ruptura puede dar lugar a problemas de ansiedad, de ira y de depresión, algo que explicó con detalle y rigor John Bowlby (1969, 1973, 1980) en su teoría del apego.

Según Bowlby, nuestro mundo interno está construido necesariamente por las representaciones mentales de nuestras interacciones y nuestros vínculos afectivos con otras personas, así como con los lugares donde nacemos y donde vivimos (Ezquerro, 2017a, 2017b). Las vidas individuales sólo pueden ser vidas grupales, una concepción que también está en el centro del pensamiento de Foulkes (1964, 1974).

### **Estrategias de supervivencia del 'padre' del grupo-análisis**

Fuchs (Foulkes) fue un niño y un adolescente muy querido y popular, tanto en su familia como en el colegio. Sus relaciones tempranas de apego fueron suficientemente seguras. Era un apasionado del deporte, especialmente del fútbol y el tenis. Pero su felicidad juvenil fue interrumpida por la Primera Guerra Mundial. A los 18 años, lo alistaron en la sección de teléfonos y telégrafos del ejército alemán. Sirvió en Francia en la retaguardia, donde descubrió el poder de la comunicación en la supervivencia humana. Esta idea se convertiría

en una de las piedras angulares de su concepción de la psicoterapia grupal (Ezquerro, 2004a).

Después de la guerra, Fuchs realizó su formación psiquiátrica en Berlín y su formación psicoanalítica en Viena. Pero su carrera y su vida familiar se vieron perturbadas por el peligro nazi. Con su primera esposa Erna y sus tres hijos, tuvo que huir del continente europeo a la relativa seguridad de Inglaterra, escapando de una orden de Hitler de entregar su pasaporte en 1933. A su llegada a Londres, cambió su nombre judío-alemán por uno fonéticamente británico, aparentemente para maximizar su supervivencia.

Sigmund Heinrich Fuchs se convirtió oficialmente en ‘S. H. Foulkes’. Además, pidió a su familia y a sus amigos que no utilizaran su auténtico nombre de pila, sino que lo llamasen ‘Michael’. Parecía haber internalizado la necesidad de modificar su identidad, acorde a las nuevas circunstancias. Su disertación para la membresía de la Sociedad Psicoanalítica Británica, dos años antes del comienzo de la Segunda Guerra Mundial, fue de hecho ‘On Introjection’.

Con el estallido de la guerra, Londres dejó de ser un lugar seguro y Foulkes se trasladó a la ciudad provinciana de Exeter, donde dirigió su primer grupo de terapia en 1940. Este grupo se formó con pacientes que él estaba tratando individualmente. Sentía curiosidad por saber qué tendrían que decirse estos pacientes, unos a otros. En el grupo, escuchaba las palabras con ‘atención libre y flotante’, mientras trataba de ser sensible a cómo se comunicaban dichas palabras. De este modo nació lo que hoy se conoce como psicoterapia grupo-analítica.

En líneas generales, Foulkes (1964) vio su papel terapéutico como el de un conductor y facilitador de la comunicación y la comprensión entre los miembros del grupo. De hecho, hizo hincapié en que lo más importante es el proceso de comunicación, por encima de la mera información que se transmite. Su punto de vista sobre esto se volvió bastante radical y llegó a sugerir que la psicoterapia consiste en mantener vivo el proceso de comunicación y, por ende, se vuelve idéntica al mismo (Schlapobersky, 2016).

En 1943, Foulkes fue movilizado como oficial médico del ejército británico para reemplazar a Wilfred Bion, y dirigir un proyecto terapéutico llamado ‘The Second Northfield Experiment’. Northfield era un hospital militar psiquiátrico cerca de Birmingham. Había sido reorganizado para ayudar al Ejército a identificar qué soldados tenían posibilidades de recuperarse de sus

problemas mentales para así volver al Frente, y cuáles debían ser dados de baja por irrecuperables. El diagnóstico habitual utilizado era el de ‘shell shock’ o neurosis de guerra.

Unos meses antes, Bion y su ex-analista (John Rickman) habían sido puestos a cargo del ala de entrenamiento y rehabilitación en dicho hospital y habían establecido el ‘Primer Experimento de Northfield’, en el que introdujeron un régimen de tratamiento radical (Bion & Rickman, 1943). La neurosis era vista como el enemigo; los soldados tenían que aprender a enfrentarse a este enemigo y a desarrollar el coraje necesario para sostener la lucha sin huir.

Parece que Bion y Rickman intentaron que la mayoría de los hombres volvieran al servicio activo, aunque en realidad muchos de ellos necesitasen ser dados de baja en el Ejército.

Por razones no del todo claras, el proyecto murió antes de despegar. Las autoridades militares decidieron cerrarlo después de sólo seis semanas. Sin embargo, Bion y Rickman sentaron las bases teóricas sobre las cuales otros construyeron. Foulkes incorporó a su programa algunas de las ideas de sus predecesores, pero utilizó la psicoterapia de grupo más específicamente para el bienestar emocional de los soldados que para hacerlos regresar a los campos de batalla y de muerte. Su actitud fue tan benigna que a menudo comenzaba las sesiones de terapia diciendo:

*“Mientras nos encontremos en este grupo de terapia, no estamos en el Ejército”* (citado en Ezquerro, 2004a, p. 203).

Aunque los dos experimentos de Northfield difirieron en ritmo, técnica y efectividad, ambos compartieron muchos conceptos subyacentes, como la responsabilidad social y el uso terapéutico del medio. Es decir, percibían el hospital como un todo y buscaban desarrollar su potencial de curación como comunidad terapéutica (Main, 1946; Bruggen & O’Brian, 1987).

En 1952, Foulkes y su círculo íntimo de colegas crearon la Group Analytic Society. Uno de sus miembros fundadores fue James Anthony, que murió en 2014 a los 98 años y continúa siendo admirado por su fructífera longevidad. Algún tiempo después de haber terminado su análisis con Foulkes, Anthony se convirtió en un destacado psiquiatra infantil y emigró a Estados Unidos. Durante uno de sus viajes a Londres a mediados de la década de 1970, Foulkes le pidió que le hiciera una revisión médica por sus dolores en el pecho.

Anthony (2010) interpretó esto como una ‘extraña inversión’ de la relación médico-paciente, pero estuvo de acuerdo en hacerle dicha revisión. Tras

la misma, le recomendó que se sometiera a una investigación médica más completa y que descansara de su trabajo profesional; consejo que, al parecer, Foulkes no siguió.

Al poco tiempo, mientras dirigía una sesión de grupo para sus colegas más cercanos, murió de repente, de una trombosis coronaria. Tenía 77 años. En su obituario, Malcolm Pines (testigo de la muerte de su analista) describió el suceso con sentimiento desgarrado, como Federico García Lorca en su canto a la muerte de Ignacio Sánchez Mejías: *‘Eran las 7.57 de la tarde, del 8 de julio de 1976, en la habitación 9 del número 88 de Montagu Mansions...’* (Pines, 1977, pp. 68-69).

Por última vez, el ‘padre’ del grupo-análisis hablaba con entusiasmo a sus colegas de sus descubrimientos y de sus convicciones...

Nadie en el grupo sabía que estaba dando su ‘discurso’ de despedida. Foulkes se fue con una frase inacabada, como a menudo había hecho en sus grupos durante toda su vida profesional. Esto permitía a los miembros del grupo pensar cómo podían terminar la frase.

Anthony (2010) también relató que, poco antes de morir, Foulkes le había confesado que quería ser enterrado al lado de su segunda esposa, Kilmeny Graham, fallecida en 1959. Sin embargo, su círculo familiar no lo permitió dado que la consideraban una ‘gentil’, al no tener ascendencia judía. El deseo de Foulkes no se hizo realidad. Sus cenizas descansan en los jardines de Golders Green Crematorium; no lejos de su último hogar y cerca de las cenizas de Sigmund Freud.

Foulkes luchó en las dos guerras mundiales y fue consciente del holocausto perpetrado por los nazis, en el que algunos miembros de su familia fueron asesinados... Pero no escribió abiertamente sobre la muerte, excepto en su último artículo sobre el concepto de resonancia (publicado póstumamente). En ese trabajo, Foulkes (1977) describió a modo de esbozo algunas ideas sobre la muerte después de que un paciente, en uno de sus grupos, le dijera que temía que iba a morir sin haber concluido su obra...

Como clínico, Foulkes fue muy cuidadoso, incluyente y compasivo. Ningún paciente en tratamiento con él se suicidó, lo que en mi opinión es un logro notable. Tal vez, fue menos silencioso sobre el tema de la muerte de lo que muchos de sus críticos hemos supuesto (Ezquerro, 2016). De hecho, había afirmado: *“El reconocimiento de las fuerzas autodestructivas y sus agentes nos ayuda a hacernos terapéuticamente más poderosos”* (Foulkes, 1964, p. 145).

En este sentido, Elizabeth Foulkes (1990, p. 38), su tercera y última esposa, relató una interesante anécdota sobre la compra que hizo Foulkes de unos tapices que pensaba usar como cortinas en su consultorio. Se trataba de unos tapices con un motivo de la antigua Persia, en el que aparecen soldados capturando, maniatando, golpeando y decapitando a sus prisioneros. El día de la compra, Foulkes había olvidado traer sus gafas y no pudo apreciar los detalles de crueldad y sadismo reflejados en el diseño. Sin embargo, le gustaron los colores y la impresión general de armonía, y se fue a casa feliz con su compra.

Por supuesto, no debemos aplicar esta anécdota literalmente a su teoría sobre la psicoterapia de grupo. Pero a algunos les ha gustado especular que, la ceguera parcial de Foulkes en la tienda, podría interpretarse como una metáfora de su predilección por ver el lado creativo de los grupos y no su lado destructivo.

### ¿Es posible pensar bajo el fuego enemigo?

Wilfred Bion (1897-1979) nació en Mathura, en el norte de la India, donde su padre trabajaba como ingeniero de alto rango para el Imperio británico en su apogeo. De niño, Bion sintió un miedo reverencial hacia su padre, con quien estableció una relación de apego de carácter predominantemente evitativo. No obstante, se identificó con algunas cualidades de su padre, como la capacidad de liderazgo y el compromiso con el trabajo bien hecho.

Bion formó un apego ansioso con su madre, quien sufría cambios bruscos del estado de ánimo. Por otro lado, sintió celos de su hermana pequeña Edna, con quien desarrolló una feroz rivalidad fraternal. A pesar de las dificultades en sus relaciones tempranas dentro de la familia, sus recuerdos de la primera infancia fueron coloreados por sentimientos cálidos y un sentido de apego a su país de nacimiento (Ezquerro, 2004a).

A la edad de ocho años, sus padres lo enviaron a un internado en Inglaterra donde le costó aclimatarse. Durante más de tres años, no vio a su madre y extrañó mucho el hogar familiar, así como los paisajes montañosos y el clima caluroso de la región de la India donde se crio. Durante el Bachillerato, se asentó y tuvo un buen rendimiento académico. Fue un ávido lector y un apasionado del deporte, sobre todo el rugby. Su fuerza física y su talento deportivo lo ayudaron a sobrevivir.

Bion se unió al 'British Royal Tank Regiment' a la edad de 17 años y se convirtió en oficial de brigada a los 19 años. Fue enviado a Francia, donde

estuvo en servicio activo hasta el final de la Primera Guerra Mundial. Esta experiencia, y la reputación que ganó, jugaron un papel importante en el desarrollo de su pensamiento carismático. En aquellos tiempos, la mayoría de las veces, los tanques eran trampas mortales de las cuales sólo sobrevivían unos pocos.

El siguiente episodio, según fue descrito por Eric Trist (1985, pp. 9-10), se convirtió en legendario. En una reunión preparatoria, Bion se opuso a la orden de sus superiores de lanzar un ataque en plena luz del día, porque consideraba que sería suicida. Sugirió atacar al amanecer o al atardecer, con poca luz y con la cobertura de la niebla. El comandante de la división respondió:

*“Wilfred, puede que seas uno de mis mejores oficiales pero todavía eres un niño... Puede que sepas más que yo sobre estas nuevas máquinas, pero sobre las batallas sabes mucho menos. Atacaremos a las 10 en punto de la mañana”.*

Con gesto pesaroso y malhumorado, Bion se levantó y dijo:

*“Mi comandante, como soldado obedezco órdenes y atacaré a las 10 en punto pero, como oficial responsable con personas a mi cargo, tengo derecho a que quede constancia escrita de mi opinión técnica en las actas de esta reunión. Lo que ocurra será su responsabilidad por haber dado la orden”.*

Todos los tanques fueron destruidos y Bion fue el único superviviente. Muchos años más tarde llegaría a escribir en un trabajo autobiográfico, ‘The Long Week-End’, que su vida había concluido en aquel momento:

*“El hecho es que el horror que sentía había llegado a tal punto que ni las mutilaciones ni la muerte misma podrían ser peor. Deseaba que me mataran” (Bion, 1982).*

Bion fue galardonado con la Medalla al Servicio Distinguido por su ‘magnífica valentía e iniciativa en una situación muy difícil’. Originalmente había sido propuesto para la condecoración militar más alta, la Cruz de Victoria, pero esta propuesta fue rechazada aparentemente debido a su comportamiento agresivo. Bion criticó e insultó públicamente a sus superiores por ‘desconocer las realidades de la guerra moderna’ (Trist, 1985).

Me pregunto si este comportamiento pudiera haber sido, al menos en parte, una expresión de su duelo no resuelto... Sin embargo, Bion no se dejó abatir, estudió medicina y psiquiatría, buscó ayuda en el psicoanálisis y se unió a la plantilla de la Clínica Tavistock. Tras algunas experiencias terapéuticas insatisfactorias, tuvo un análisis beneficioso con John Rickman hasta el comienzo de la Segunda Guerra Mundial.

En febrero de 1945, Bion se convirtió al mismo tiempo en padre y en viudo. Su esposa Betty murió, aparentemente de septicemia, después de dar a luz a su hija en un asilo de ancianos en Bournemouth, en la costa del sur de Inglaterra. Bion estaba sirviendo en el Frente de Normandía. Quedó profundamente afectado y sintió la necesidad de volver a terapia. A su regreso a la Clínica Tavistock después de la guerra, le pidió a Melanie Klein que lo tratara.

Ella lo aceptó como paciente pero no se conmovió por su dolor. Según Kraemer (2011), para Bion su análisis con Melanie Klein fue una verdadera odisea. Bion llegó a decir sobre Klein que “*su insensibilidad rallaba en lo inhumano...*”

En 1946, Bion estableció el primer programa de psicoterapia de grupo en la Tavistock. Sin embargo, Melanie Klein se mostró muy crítica con él y le dijo que su interés en los grupos era una distracción que entorpecía su análisis individual. Quizá herido por los comentarios de su analista, Bion (1961) llegó a decir en tono irónico que la idea misma de la terapia grupal le resultaba extraña:

*“Me desconcertó descubrir que el Comité Profesional de la Clínica Tavistock parecía creer que los pacientes podían curarse en grupos como estos”.*

Jock Sutherland, director de la Tavistock en aquel momento, contó una anécdota al respecto. Él y Bion estaban hablando en uno de los pasillos de la Clínica cuando, a través de la puerta de uno de los consultorios donde se reunía un grupo terapéutico, escucharon la animada conversación y las risas de los pacientes allí reunidos. Bion le dijo a Sutherland (1985, p. 51):

**“Éste es un buen grupo, no como los míos”.**

En 1952, año en el que Foulkes había creado la Sociedad Grupo Analítica, Bion abandonó por completo su trabajo con grupos de terapia y dejó el servicio en manos de Henry Ezriel. A partir de entonces, Bion dedicó la mayor parte de su trabajo como clínico a tratar individualmente a pacientes psicóticos.

## **¿Cómo se relacionan las ideas bionianas con las foulkesianas?**

En las dos guerras mundiales murieron en masa millones de seres humanos. El calibre de la destrucción y las pérdidas acrecentó la sensibilidad hacia una realidad que no era nueva, pero que hasta entonces no había sido tan explícita: la necesidad del grupo para la supervivencia.

Cuando comparamos los escritos de Bion y de Foulkes, éste pone un mayor énfasis en la solidaridad, la compasión, el humor y la empatía. En uno de sus últimos trabajos, ‘Mi filosofía en la psicoterapia’, Foulkes (1974, p. 280) aglutina varias ideas derivadas de sus más de 40 años de trabajo como psicoanalista y grupo-analista:

*“Sin lugar a dudas, necesitamos tener la capacidad de empatía con nuestro prójimo... Esta idea viene de una actitud filosófica que ve las cosas como parte del problema humano en el que todos nos hallamos continuamente involucrados... Tal actitud hará más fácil ver, ambas, la tragedia y la comedia de la existencia humana, y el absurdo de ciertos aspectos. Esta actitud también permite un sentimiento de humor; si lo logramos nos convertiremos no sólo en mejores terapeutas, sino también en mejores personas. De esta manera, nuestro trabajo se hace más interesante, más satisfactorio y más efectivo con nuestros pacientes”.*

Este pasaje me trae a la memoria una de las diferencias fundamentales entre las escuelas de Bion (1946, 1961) y de Foulkes (1948, 1975). Para el primero, el terapeuta no es un miembro del grupo, pero permanece impassible en las fronteras del mismo, al modo de un psicoanalista al otro lado del diván. Para el segundo, el terapeuta tiene permiso para mostrarse como es, espontáneamente, en el grupo (Ezquerro, 2004b).

En los seminarios durante mi formación en la Clínica Tavistock, oí comentar repetidas veces que Henry Ezriel, el principal seguidor de Bion respecto a la psicoterapia de grupo, había afirmado que ésta tiene éxito cuando logra cambiar a todos los participantes menos al terapeuta. Por el contrario, en la teoría que hube de aprender durante mi formación en el Instituto de Grupo Análisis, el conductor forma parte del grupo y como tal es susceptible de cambiar, como terapeuta y como persona (Ezquerro, 1996a, 1996b).

Bion no escribió directamente sobre la empatía aunque sí se refirió a la compasión. En *Cogitations*, una compilación de sus máximas publicada varios años después de su muerte, Bion (1992, p. 125) invoca la reciprocidad como una cualidad esencial en las relaciones humanas maduras, incluyendo las relaciones grupales, y afirma:

*“La compasión es un sentimiento que el ser humano necesita expresar. Es un impulso del que necesita tener experiencia en sus sentimientos hacia los demás. Igualmente la compasión es algo que el ser humano necesita sentir en los sentimientos de los demás hacia él”.*

Estas citas nos enseñan que también hay suficientes puntos de encuentro entre Bion y Foulkes, a pesar de la aparente disparidad de las escuelas por ellos creadas.

En líneas generales, Bion estuvo más interesado en el conocimiento como observación intelectual y en el estudio de los mecanismos destructivos inconscientes, mientras que Foulkes dio prioridad al conocimiento como encuentro emocional y al estudio de la cooperación y la solidaridad en el grupo. De este modo, sus pacientes podían sentirse suficientemente seguros en el abordaje de sus problemas más ignominiosos, sin experimentar sensaciones demasiado persecutorias o perturbadoras.

Por su parte, el método bioniano ha sido especialmente útil en el estudio de los conflictos intergrupales, donde las defensas primitivas de escisión y de proyección son más obvias. Hay una tendencia a polarizar conflictos étnicos, políticos o religiosos, donde un grupo ve la similitud en sus miembros negando las diferencias, al tiempo que ve las diferencias con otros grupos negando las similitudes.

De esta manera se crean situaciones polarizadas de todo o nada, en las que un colectivo siente una cohesión dogmática interna al tiempo que percibe al otro como algo ajeno y amenazante. En estos casos, las ideas de Bion pueden ayudar a entender los procesos más destructivos donde nos enfrentamos a ansiedades de aniquilación; a situaciones de vida o muerte, tanto física como psicológica.

Las experiencias de Bion (1997) en la Gran Guerra le sumergieron en los horrores de encarar la muerte en la primera línea del frente de batalla, lo que resultó muy traumático para él. Pero sobrevivió el estrés bélico y aprendió a explorar el lado oculto y potencialmente destructivo del grupo; nunca dejó de tener presente el miedo a la aniquilación. En contraste con ello, Foulkes sirvió en la retaguardia durante la Gran Guerra y, en su trabajo como telefonista y telegrafista, aprendió que la comunicación transmitida a personas en peligro es un arma poderosa de cara a la supervivencia.

Bion llegó a afirmar que el grupo es esencial para que el hombre pueda realizar una vida plena. Sin embargo, postuló la existencia de una 'mentalidad grupal' que describió como un reservorio inconsciente adonde irían a parar todas las contribuciones anónimas y renegadas que hacen los miembros del grupo. Advirtió que dicha mentalidad grupal interfiere con la capacidad del grupo para responder a las necesidades individuales de sus miembros. De este modo concibió al ser humano como un animal grupal que está en 'guerra' con su grupalidad (Ezquerro, 1996a, 1998b).

Según Bion (1961), la mentalidad grupal es la expresión unánime de la voluntad del grupo y constituye un mecanismo de intercomunicación diseñado para asegurar que la vida del grupo marche de acuerdo con los supuestos básicos. Para Bion, el individuo siente que, dentro del grupo, el bienestar individual es un asunto de consideración secundaria. El grupo está primero y, en su huida, al individuo se le deja de lado; la necesidad fundamental es la supervivencia del grupo, no la del individuo.

El pesimismo de Bion se entiende mejor en el contexto de su vida. A los 8 años perdió a su grupo familiar y nunca se adaptó emocionalmente al grupo escolar del internado. Cuando anhelaba formar su propia familia sufrió el doloroso revés de la muerte de su mujer (Kraemer, 2015).

Por su parte, Foulkes tuvo vínculos más estables y estrechos con su familia durante la infancia y la adolescencia. Se sintió protegido por el grupo familiar, lo que contribuyó a su popularidad en el colegio donde disfrutó de pertenecer a un grupo paritario. En contraste con el matiz peyorativo de la mentalidad grupal de Bion, la actitud de Foulkes promueve el proceso de construir y organizar lo que él denominó ‘matriz grupal’ (Ezquerro, 2004a).

Así concebida, la matriz grupal abarca una empatía y una comprensión más altruistas, además de esos otros aspectos desechados, renegados o destructivos que los miembros proyectan en el grupo. En contraste con la mentalidad grupal, la matriz grupo-analítica no está en guerra con el individuo. La amplia gama de respuestas negativas y positivas generadas en un grupo que funciona satisfactoriamente, más bien realza que disminuye el crecimiento personal.

Para extraer hipótesis o sacar conclusiones, Bion se concentró sobre todo en el uso de la contra-transferencia y la modificación de las proyecciones negativas lanzadas por sus pacientes. Su grupo terapéutico pasó a ser ‘grupo-tarea’ o ‘grupo de trabajo’. El nuevo modelo se ha aplicado con éxito en organizaciones y encuentros entre profesionales que pueden tolerar mejor los niveles de frustración y de regresión por él generados (Ezquerro, 1998a, 1998b).

Por su lado, al tener en cuenta una mayor variedad de factores terapéuticos grupales, Foulkes ofreció una perspectiva multi-dimensional. En su modelo, el grupo-analista acepta su situación transicional de líder para modificarla posteriormente; evoluciona de ser el líder ‘del’ grupo a convertirse en un líder ‘en el’ grupo. Con su actitud, estableció las condiciones necesarias para que los miembros llegasen a formar un ‘grupo de co-terapeutas’.

## Conclusión

Las historias de apego de Bion y de Foulkes, así como sus propias circunstancias en situaciones de guerra y de muerte, modelaron su concepción del grupo humano y su valor terapéutico. Desde mi punto de vista, y desde mi experiencia de formación y trabajo en las dos escuelas por ellos creadas, los dos modelos propuestos por Bion y Foulkes expresan aspectos distintos de una misma realidad. Por ello, ambos son propicios e incluso complementarios.

Por un lado, Bion nos abre los ojos a las ansiedades más primitivas y a las fuerzas destructivas presentes en todos nosotros. Por otro lado, la actitud de Foulkes añade, en mi opinión, una dimensión socializadora y humanista que la hace más asequible como terapia.

**Nota:** Una versión de este trabajo fue presentada en el Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP), el 11 de Noviembre 2017, Madrid.

## Referencias bibliográficas

- Anthony, E. J. (2010). 'My psychoanalytic and group-analytic life with S. H. Foulkes'. *Group Analysis*, 43(1): 81-85.
- Bion, W. R. (1946). 'The Leaderless Group Project'. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10: 77-81.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock.
- Bion, W. R. (1982). 'The Long Week-End 1897-1979', in F. Bion (ed.), *Life*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1992). *Cogitations*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1997). *War Memoirs 1917-1919* (2015 edition). (Edited by F. Bion). London: Karnac.
- Bion, W. R., & Rickman, J. (1943). 'Intra-group tensions in therapy'. *The Lancet*, 1943(2), 678-681.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment* (1991 edition). London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger* (1991 edition). London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression* (1991 edition). London: Penguin Books.

- Bruggen, P., & O'Brian, C. (1987). *Helping Families: Systems, Residential and Agency Responsibility*. London: Faber & Faber.
- Ezquerro, A. (1996a). 'The Tavistock and Group-Analytic approaches to group psychotherapy: a trainee's perspective'. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 10(2): 155-170.
- Ezquerro, A. (1996b). 'Bion y Foulkes: una narrativa grupo-analítica en los albores de un nuevo siglo y milenio'. *Boletín Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 4(10): 73-84.
- Ezquerro, A. (1998a). 'Gli Approcci Tavistock e Gruppoanalitico alla Psicoterapia di Gruppo'. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, 13(1): 41-57.
- Ezquerro, A. (1998b). 'Los Modelos Tavistock y Grupo-Analítico: ¿Antagonistas o Complementarios?' *Clinica y Analisis Grupal*, 20(1): 39-62.
- Ezquerro, A. (2004a). 'El grupo en la clínica primera parte: aspectos históricos', en N. Caparros (ed.), *Y el Grupo creó al Hombre* (pp. 193-211). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ezquerro, A. (2004b). 'El grupo en la clínica segunda parte: enfoques grupo-analíticos', en N. Caparros (ed.), *Y el Grupo creó al Hombre* (pp. 212-227). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ezquerro, A. (2016). 'Hovering death: a group analytic story'. *Group Analysis*, 49(1): 64-69.
- Ezquerro, A. (2017a). *Encounters with John Bowlby: Tales of Attachment*. London and New York: Routledge.
- Ezquerro, A. (2017b). *Relatos de apego: encuentros con John Bowlby*. Madrid: Psimática.
- Foulkes, E. (ed.) (1990). *Selected Papers of S. H. Foulkes*. London: Karnac.
- Foulkes, S. H. (1946). 'Group analysis in a military neurosis centre'. *Lancet*, 1946(1): 303-313.
- Foulkes, S. H. (1948). *Introduction to Group Analytic Psychotherapy*. London: Heinemann.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: George Allen & Unwin.
- Foulkes, S. H. (1974). 'My philosophy in psychotherapy', in E. Foulkes (ed.), *Selected Papers of S. H. Foulkes* (1990, pp. 271-280). London: Karnac.
- Foulkes, S. H. (1975). *Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles*. London: Gordon & Breach.

- Foulkes, S. H. (1977). 'Notes on the concept of resonance', in L. R. Wolberg & M. L. Aronson (eds.), *Group Therapy 1977: an overview* (pp. 52-58). New York: Stratton Intercontinental.
- Kraemer, S. (2011). 'The dangers of this atmosphere: a Quaker connection in the Tavistock Clinic's development'. *History of the Human Sciences*, 24(2): 82-102.
- Kraemer, S. (2015). 'Anxiety at the front line', in D. Armstrong & M. Rustin (eds.), *Social Defences against Anxiety: Explorations in a Paradigm* (pp. 144-160). London: Karnac.
- Main, T. (1946). 'The hospital as a therapeutic institution'. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10(3): 66-70.
- Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote* (edición 2014). Madrid: Alianza Editorial.
- Pines, M. (1977). 'Address given at Dr Michael Foulkes funeral'. *Group Analysis*, 10: 68-70.
- Schlapobersky, J. (2016). *From the Couch to the Circle: Group-Analytic Psychotherapy in Practice*. London: Routledge.
- Sutherland, J. D. (1985). 'Bion revisited: group dynamics and group psychotherapy', in M. Pines (ed.), *Bion and Group Psychotherapy* (1992 edition, pp. 47-86). London: Routledge.
- Trist, E. (1985). 'Working with Bion in the 1940s: the group decade', in M. Pines (ed.), *Bion and Group Psychotherapy* (1992 edition, pp. 1-46). London: Routledge.

**\*Arturo Ezquerro** nació en Logroño, La Rioja (cuna del castellano y del euskera). Estudió medicina en la Universidad de Navarra, y se formó como psiquiatra en Pamplona y en Madrid. De 1984 a 1994, trabajó en la Tavistock Clinic de Londres, donde se formó en psiquiatría infanto-juvenil (con John Bowlby), en psicoterapia psicoanalítica, y en grupo-análisis (buscando integrar las teorías de Bion y de Foulkes). Es profesor y tutor en el Institute of Group Analysis, y primer español en haber conseguido una jefatura de servicios públicos de psicoterapia en Reino Unido. Ha publicado más de 60 trabajos en 5 idiomas, y los libros 'Relatos de apego' (Psimática, Madrid), y 'Encounters with John Bowlby' (Routledge, Londres y Nueva York).



## TRABAJO COMUNITARIO CON MUJERES COLOMBIANAS VÍCTIMAS DE GUERRA

Fina Sanz Ramón

*Psicoterapeuta, sexóloga y pedagoga*

Los trabajos que voy a presentar en este artículo están enmarcados, dentro de dos Proyectos de Cooperación de la Asociación para la Cooperación Internacional, Atelier ONGD, cofinanciados a dicha entidad por la Generalitat Valenciana, dentro de los cuales se estableció un Convenio de colaboración entre Atelier y la Fundación Terapia de Reencuentro -de la que soy presidenta-, para que llevase a cabo unos talleres con mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia.

El primer proyecto se denominó: **Atención a refugiadas colombianas residentes en la Comunidad Valencianas.**

Este primer trabajo grupal con mujeres, se realizó en Valencia en la sede de la Fundación Terapia de Reencuentro y no solo abarcó a mujeres residentes en la Comunidad Valenciana, sino que se integraron mujeres colombianas exiliadas y refugiadas que residiendo en otras comunidades autónomas tuvieron oportunidad -por las fechas y horarios que se pusieron- de poder asistir. Inclusive pudo participar una mujer refugiada en Canadá.

Se realizaron 2 talleres cortos, cada uno de 6 horas de duración, el primero en el mes de septiembre y el segundo en el mes de noviembre del 2007, en fin de semana para que las mujeres -que trabajaban en días laborables- pudieran asistir. A pesar de todo, algunas pudieron participar de los dos talleres y otras solamente en uno de ellos, por las circunstancias, especialmente geográficas.

Habitualmente hay tres programas básicos que propongo para los trabajos comunitarios, adaptables a cualquier población:

1. ***Autoconocimiento para el cambio***, donde se trabaja el autoconocimiento del cuerpo: el cuerpo sexuado, la respiración, la relajación, las emociones y la transformación de las mismas, la autoescucha, etc.
2. ***Los vínculos afectivos para la convivencia, como promoción de buentrato y prevención de violencia***, donde se identifica lo que es el maltrato y el buentrato, el propio espacio personal, las relaciones de pareja y relaciones de poder o de igualdad (con respeto a las diferencias), y los procesos personales e interpersonales que se dan en los vínculos.
3. ***Las crisis y los duelos***, donde se habla de los procesos laberínticos personales, relacionales y/o sociales en los que podemos encontrarnos, cuales son las secuencias por las que pasamos, y cómo utilizar dichas circunstancias como una metáfora de transformación. Y los procesos de duelos, y sus fases, como despedidas de etapas que concluyen o han concluido, para poder abrir una nueva etapa.

Dadas las circunstancias de estos grupos de mujeres siempre empiezo por el tercer taller: las crisis y los duelos.

Partimos del dolor, de la problemática específica de las mujeres del grupo: mujeres refugiadas de una guerra, exiliadas de su país, con procesos de duelos importantes y con traumas de guerra.

Iniciamos con el concepto de los *laberintos* de la vida cotidiana: ¿qué se entiende por laberinto? ¿Qué simboliza? ¿Cómo se inicia? ¿Cómo es el camino laberíntico? ¿Cómo se sale de ahí?

La situación de estas mujeres se relaciona con el camino laberíntico. Un camino laberíntico es un camino de confusión, del que no se encuentra la salida, no se sabe salir; se dan vueltas y revueltas y da la impresión de no avanzar; volver al mismo sitio o el terror de quedar atrapada en el mismo.

Y tras explicar todo el proceso se trabaja el laberinto como símbolo de transformación personal: qué es lo que tienen que aprender de su propio proceso laberíntico, cómo adquirir conocimiento del mismo y como salir y transformarse.

Se habla de los procesos laberínticos de cada una de ellas. No se habla de su historia ni se pregunta por qué están allí; cada cual habla y cuenta lo que quiere, lo que necesita.

El segundo gran tema que abordamos son los *duelos*. Los duelos son procesos de despedida, de decir adiós a algo que hubo y que ya no está, tanto sea

real como simbólico. Los duelos suponen pérdidas y se viven como un proceso de muerte simbólica.

Estas mujeres han tenido que hacer muchos duelos: muertes de personas queridas, el abandono de su trabajo, de su casa, de sus amistadas, su familia y su país. Se encuentran en una situación nueva, un país nuevo, sin raíces ni soportes, desubicadas (situación laberíntica). Tienen que hacer el duelo de lo que había en su vida y ya no está.

Se explican los procesos de duelo y las fases de los duelos: por dónde hay que transitar, qué tienen que atravesar para elaborar el duelo y cerrar etapa para abrir una nueva etapa en su vida, empoderadas.

En tercer lugar se explicó el encuadre teórico del modelo de la *Terapia de Reencuentro (TR)* a partir del cual se realizan estos talleres comunitarios y se utiliza un marco conceptual y metodológico. La TR integra psicología, sexología y educación con una perspectiva de género, clínica y comunitaria, humanista y transpersonal. Se trabaja en tres dimensiones: el espacio social, el espacio de las relaciones y el espacio interior.

Ese taller, aunque bastante breve, permitió el espacio para que mujeres con la misma problemática -en sentido amplio, ya que los problemas que han vivido pueden ser muchos y de diversa índole, pero de tal gravedad que han tenido que refugiarse en otro país para sobrevivir- pudiesen encontrarse, hablar de sus problemas, sentir comprensión y un acompañamiento mutuo y mantener la expectativa de cuidarse personal y relacionamente, volver a estar bien.

No podemos en las situaciones traumáticas, quedarnos solo en el dolor, en el trauma, hemos de poder recuperarnos y no solo recuperarnos sino devolver a lo social lo aprendido, enseñar de nuestra propia experiencia. Hay que transformarse en mujeres resilientes. Se habla del concepto de *Resiliencia*.

Con esto nos introducimos en el siguiente taller: el Autoconocimiento para el cambio.

A partir del reconocimiento del dolor y de recursos de cómo abordarlo, se trabaja para el placer, el bienestar y el buentrato con una misma. Se trabaja con la propia energía: la recuperación erótica del cuerpo, entendiendo aquí el erotismo, fundamentalmente como la vivencia subjetiva de placer, de conexión con la vitalidad. El cuerpo erótico es un cuerpo vitalizado, energético, que busca la reintegración del bienestar. Cómo recuperar nuestro cuerpo en positivo y cómo cuidarnos y acompañarnos a través de él.

El segundo proyecto que realicé : ***Crisis, Duelos y Resiliencia*** para mujeres víctimas de guerra, en Colombia. Se configuró a través de un Acuerdo de Colaboración de la Asociación de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Atelier ONGD, con sede en Valencia (España) y la Fundación Terapia de Reencuentro, firmado el 4 de julio del 2016, se denominó:

Formación sobre “Crisis, Duelos y Resiliencia”.

Este trabajo, formaba parte del Proyecto de cooperación internacional “Apoyo al liderazgo de la Organización Femenina Popular (OFP) para la defensa de los derechos humanos de las mujeres y la búsqueda de la paz en Colombia”, cofinanciado a Atelier ONGD por la Generalitat Valenciana.

La Formación estaría dirigida a mujeres víctimas del conflicto armado de Colombia, así como a profesionales pertenecientes a la OFP.

Para la realización de esa Formación hizo falta una preparación previa por parte de la formadora, para conocer la realidad colombiana y la realidad de las mujeres con las que se iba a trabajar. Para ello, tuvimos reuniones con personal técnico de la Asociación Atelier, que además de los intercambios en las reuniones, nos facilitó *asesoramiento bibliográfico*, así como de *videos*, realizados por Atelier, algunos de los cuales ya habían sido expuestos en la Fundación Terapia de Reencuentro.

Con todo ello, y ya en Colombia, desde el 21 de julio para iniciar un conocimiento previo del contexto en el que se iba a trabajar, en compañía de la coordinadora de Atelier ONGD, y la coordinadora y técnicas de la Organización Femenina Popular (OFP), recorrimos varios municipios del Magdalena Medio para visitar algunas de las *Casas de la Mujer*, creadas por la OFP, para conocer su estructura, dinámica, historia..., así como parte de sus integrantes -algunas de las cuales estarían posteriormente en el Curso de Crisis, Duelos y Resiliencia-. Allí se vieron también algunos de los *proyectos productivos* que se realizan con las mujeres. Asimismo se habló con mujeres de varias Asociaciones para conocer la problemática general de las mujeres en situación de guerra. Y conocimos el proyecto de la Casa de la Mujer de la OFP, en una zona de Barrancabermeja: el *Proyecto Vida*, un Centro de convivencia ciudadana para personas mayores, mujeres y hombres.

### ***Desarrollo de la Formación:***

El Curso de Formación se desarrolló en forma de *talleres teórico-prácticos y vivenciales*, con una duración de 40 horas presenciales, distribuidas en sesiones

a lo largo de dos semanas y 20 horas de tutorías individualizadas on line, con posterioridad a la formación presencial y durante un periodo de seis meses.

La Formación con las mujeres se realizó a través de talleres teórico-prácticos y vivenciales durante los meses de julio (27-28-29) y agosto (3-4-5) del 2016.

Acudieron 16 mujeres, vinculadas a la OFP; la mayoría de ellas eran coordinadoras de las Casas de la Mujer de diversos municipios -algunos de ellos fueron visitados previamente al Curso-, la vicepresidenta de la OFP, dos mujeres jóvenes de 22 y 23 años, y una mujer mexicana, artista de teatro, colaboradora eventualmente con la organización.

Para el Curso se tuvo en cuenta el contexto en el que se vive actualmente en Colombia, y la trayectoria de la OFP y posible historia de estas mujeres que, aunque no se conocía -no se pregunta previamente sobre los daños-, eran víctimas de una u otra forma de la violencia de la guerra y de la violencia de género.

Todas ellas tuvieron una gran participación y una importante implicación, para poder entender los procesos y aplicarlos a su vida y a la relación de ayuda hacia las mujeres con las que trabajan y apoyan.

Los talleres se realizaban en la sede de la OFP de Barrancabermeja, en una de las salas de la organización. Se trabajaba en el suelo, sobre colchonetas y cojines, si bien también había sillas por si alguna mujer deseaba sentarse en algún momento. El trabajar en el suelo, favorece en los talleres vivenciales la horizontalidad entre participantes y formadora, así como la conexión emocional, la expresión verbal de las participantes y la movilidad en los cambios de ejercicios, de las participantes.

### **Los objetivos de la Formación eran:**

1. Que las mujeres se diesen un *tiempo para la reflexión* interna, para la reflexión *personal*, y *grupal*.
2. Que *entendieran procesos psíquicos humanos*, especialmente en procesos vitales difíciles de crisis y de duelos.
3. Que *pusieran nombre a sensaciones, emociones, pensamientos o comportamientos* que viven y que no entienden, producto de su situación y contexto vital.
4. Que entendieran la *unidad biopsicosociosexual* del ser humano, y las relaciones entre el *maltrato* o el *buentrato* personal, relacional y social con la salud o la enfermedad -a través de *sintomatologías*-.

5. Que los procesos pueden no solo entenderse, sino que también pueden manejarse, reciclarse para que no nos afecte negativamente a la salud. Para ello tenemos que conocer *herramientas de autoayuda*, para poder manejarlo.

6. Que *las dimensiones social, relacional y personal, están relacionadas* tanto en el *maltrato* como en el *buentrato*, y por lo tanto, tenemos que aprender a distinguir las características de esas dimensiones, especialmente cuando se muestran no de una manera visible, sino sutil o invisibilizada.

7. Que *el autoconocimiento y la autoayuda empoderan*, se entienden los procesos vitales y que, en la medida de lo posible, se puede manejar la propia vida.

8. Que las situaciones difíciles de crisis y duelos, por los que todas las personas pasamos -de una u otra forma- se pueden utilizar para quedarse en el victimismo -con lo que nos bloqueamos y desempoderamos- o para transformar una situación difícil en un proceso personal de *resiliencia*, de transformación, de aprendizaje y de transmisión de ese conocimiento a otras personas. Que los procesos personales se vieran relacionados con los procesos sociales y la realidad colombiana.

9. Cómo se pueden utilizar para ese proceso de autoconocimiento, cambio y empoderamiento, *diferentes herramientas y técnicas sencillas*.

10. *El género*: cómo se aprenden muchos procesos, cómo construimos nuestra identidad, cómo respondemos en función de la socialización de género y cómo afecta a las mujeres.

### ***Dinámica de las sesiones:***

Se iniciaban todas las sesiones con un *círculo de reflexión interna* sobre qué había sido más importante para ellas de la sesión anterior y cómo se habían *cuidado* -en todas las sesiones había una propuesta de *autocuidado*-.

A partir de ahí, se hacía una *ronda* o *verbalización grupal*, para compartir. A lo largo de toda la sesión se entremezclaban ejercicios que correspondían a diferentes temáticas de las áreas que queríamos trabajar, combinando *la exposición teórica, el ejercicio, la discusión en pareja, tríos o pequeños grupos, y la exposición grupal*.

En las áreas temáticas que se fueron introduciendo, si bien correspondían al tercer taller comunitario -*Crisis y Duelos*-, se introdujeron algunos conceptos y/o herramientas de otros talleres, adaptándolos a las problemáticas que iban surgiendo, de modo que se entendiesen como un todo, en un contexto :

- la *auto percepción*: cómo se veían y cómo se iban percibiendo a través de las sesiones.
- El *lenguaje del cuerpo*:
  - la lectura corporal
  - relación malestar/bienestar con enfermedad/salud, sintomatologías, etc.
  - la memoria del cuerpo
  - las sensaciones, emociones, pensamiento/imágenes, comportamientos
- *Las emociones* y el manejo de las emociones
- *La respiración* :
  - su relación con el mundo emocional y la salud
- *La relajación*:
  - su relación con la respiración, con el mundo emocional y la salud
- *El maltrato*:  
cómo se concreta en las tres dimensiones:
  - la dimensión social
  - la dimensión relacional
  - la dimensión personal, interna
- *El buentrato*:  
cómo se concreta en las tres dimensiones:
  - la dimensión social
  - la dimensión relacional
  - la dimensión personal, interna
- *El poder de la palabra*:
  - para dañar
  - para sanar
- *Los laberintos* las situaciones laberínticas de la vida cotidiana:
  - la construcción de un laberinto
  - los procesos internos y fases de un laberinto. La salida

- *Los duelos, las despedidas:*
  - las fases de los duelos
  - el tiempo del duelo
  - cuándo no se quiere hacer el duelo
  - los duelos más fáciles y más difíciles
  - cerrar etapa para poder abrir etapa
- *Los duelos y la resiliencia*
- *La muerte como proceso de duelo:*
  - el acompañamiento en la muerte
  - acompañarse para acompañar
  - vivencias de muerte natural o violenta
  - el duelo como experiencia simbólica de muerte
  - ritos personales y sociales tras el proceso de muerte

Se trabaja siempre de manera teórico-práctica y vivencial, de modo que los conceptos se entiendan no solo racionalmente sino también emocional y corporalmente, y se relacionen con aspectos de la propia vida y de la vida de otras personas con las que se trabaja.

Se introducen teóricamente muchos *conceptos en relación a los temas tratados*, e incorporamos también de manera teórica, y en ocasiones, práctica, los *conceptos que se refieren a las problemáticas que van apareciendo* en las rondas grupales a partir de las verbalizaciones de las participantes, y que en ocasiones se refieren a otros temas como la sexualidad, las relaciones de pareja, con los padres/madres, hijas/os, etc.

### **Se utilizaron diferentes tipos de técnicas:**

- de papel y lápiz (gráficas)
- visualizaciones
- técnicas de respiración
- técnicas de relajación
- técnicas orientales de estiramientos
- técnicas corporales (de lectura corporal, de contacto, etc.)
- técnicas de enraizamiento

- técnicas de reconocimiento de emociones y transformación de las mismas
- técnicas para fomentar el buentrato<sup>1</sup>:
  - personal : con el ejercicio (diario) del *autocuidado*
  - relacional: con el ejercicio (diario) del *cuidado mutuo*
  - *social*: con el concepto a trabajar de *familia afectiva*.
- ejercicios para entender el proceso de identificación y desidentificación, muy importantes para entender problemáticas personales y para poder hacer una escucha de las mujeres con las que trabajan, a la vez que trabajan su propia escucha.
- Se incluyó (diariamente) *cuentos del proyecto EscuchArte: cuentos de sabiduría para la transformación, la educación y el buentrato*.<sup>2</sup> Este es un proyecto cooperativo de la Fundación Terapia de Reencuentro donde, a través de historias de vida puede verse, en forma de cuento, metafóricamente la crisis del personaje, su dificultad y cómo se transforma en un proceso de *resiliencia*.
- Se ha propuesto también la visión de películas

Si bien habitualmente no propongo cuestionarios de Evaluación al final de los talleres, dado que se hace una evaluación continua a lo largo de los mismos -mantenemos contacto con las refugiadas más cercanas con las que hicimos los talleres, desde el 2007, esperando profundizar más en todo lo trabajado-, en esta ocasión, y especialmente para el Informe a la Generalitat Valenciana, se realizó un Cuestionario de Evaluación cualitativo al final del trabajo.

---

1 Ver en los libros de Fina Sanz Ramón: El buentrato como proyecto de vida y Los vínculos amorosos.

2 Estos cuentos forman parte de un Proyecto de cooperación internacional que realizó la Fundación Terapia de Reencuentro, dentro del Convenio de colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Los cuentos parten de una metodología de trabajo: la *Fotobiografía*, de Fina Sanz, y consiste en una síntesis de historias de vida de 19 mujeres y 2 hombres, con el objetivo de crear cuentos resilientes para poder trabajarlos en grupos comunitarios, con diversas poblaciones.

El resultado fue excelente. Hubo un cambio significativo en los cuerpos y expresiones de las mujeres. En un principio los cuerpos estaban tensos y defendidos -como un mecanismo de defensa por las circunstancias de su vida-, si bien con un gran deseo de participar. Poco a poco los cuerpos se relajaron, hubo mucha implicación y participación, conectando con su vida y con su trabajo, como multiplicadoras sociales y agentes comunitarias.

Algunos de los comentarios fueron:

- Nos ha aportado lucidez, transparencias, desahogos. Reconfortante. Fortalecimientos.
- Este taller me ha dado una enseñanza muy grande, he aprendido a conocerme , y a reconocer que tuve cosas y emociones que se manifestaban en mí y que no sabía el por qué. Y ahora, después del taller he aprendido a identificar aquello que estaba mal en mi vida.
- Taller de aprendizaje y conocimiento, importante el concepto de respiración y relajación
- Ha significado encontrarme conmigo misma, en una reparación.
- Excelente
- Espacio de aprendizaje, de transformación y limpieza personal. Me ha permitido integrar muchos sucesos de mi vida de una forma tranquila. Profesionalmente me ha brindado nuevas herramientas y conceptos para seguir desarrollando mi trabajo.
- Este taller llegó en el momento justo porque me ha servido para mi vida.
- El taller es importante porque te ayuda a sanar el alma, me forma y me estructura en la vida diaria.
- Una experiencia más en mi vida. Y un bien personal y social.
- Redescubrimiento e identificación. Herramientas para conocerte, tomar las riendas de tu vida y tus emociones
- Es descifrar tu vida para poder ayudar a que los demás puedan encontrarse.
- Bueno, lo que puedo decir es que ha formado mi vida en estos 6 días de una manera más linda, agradable, social, personal en mi autoconocimiento, para saber quién soy, amarme, cuidarme y autoconocerme. Es muy importante porque venía pasando una prueba muy difícil que

pensé que no iba a superar; pero con este taller entendí todo esto; me sentí identificada, y además pude entender cómo hacer duelos para mi vida. Gracias, de verdad, me he sentido muy bien.

- La capacidad de querer; cuidarse a sí misma. Terapéutico.
- Crecimiento personal puedo proyectar a muchos niveles (familiar-emocional-relacional).

Igualmente fueron valoradas en positivo todas las temáticas que se tocaron a lo largo de las sesiones porque aprendían a *reconocer sintomatologías, a relajarse, y a manejarlas*, etc., e iban viendo también cómo lo aprendido les ayudaba a *reinterpretar su vida*, alguno de sus problemas y a sentirse mejor.

Tanto ellas como la formadora, consideramos que sería muy importante que hubiera una continuidad que permitiera ampliar conceptos e ir recuperando su cuerpo y su vida en positivo, así como otra forma de vincularse, desde el buentrato, dado que a lo largo de los talleres se verbalizó cómo estaba normalizada la violencia, no solo en las relaciones sociales sino también como forma paterno/materno-filial de “educación”.

En una situación como la que actualmente está pasando Colombia, la paz no solo ha de expresarse en la firma de un papel, sino que hay que reconocer cómo son las relaciones de paz; hay que aprender a negociar, no solo en el afuera, sino también en el adentro, hay que cambiar los valores sociales. Y hay que *hacer todo un trabajo de educación para la paz, comunitario*. Y nadie puede enseñar lo que no sabe, no se pueden dar ejemplos a la población de lo que no se ha experimentado.

Estas son mujeres lideresas comunitarias y lo que ellas aprenden redunda en la comunidad, porque ellas son multiplicadoras sociales.

Como propuesta, considero que estas formaciones -y metodología-son necesarias para las mujeres víctimas de guerra, y en general, para el conocimiento, transformación y empoderamiento de las mujeres; y en especial también para aquellas que, como era este caso, se dedican a la escucha y acompañamiento de mujeres en situación de vulnerabilidad.

## Referencias Bibliográficas

Fina Sanz( 2013, 3ª.ed.,1ª ed.2002): *Los laberintos de la vida cotidiana*. Ed. Kairós. Barcelona.

- Fina Sanz Ramón(2017,2ª ed.; 1ª ed. 2016): *El buentrato como proyecto de vida*. Ed. Kairós. Barcelona.
- Fina Sanz (2016, 13ª ed.; 1ª ed.1995): *Los vínculos amorosos*. Ed. Kairós. Barcelona.
- Fina Sanz (2015, 10ª ed.; 1ª ed. 1990): *Psicoerotismo femenino y masculino*. Ed. Kairós. Barcelona.
- Fina Sanz (2015, 2ª ed.; 1ª ed. 2008): *La Fotobiografía*. Ed. Kairós. Barcelona.
- Fundación Terapia de Reencuentro: *Proyecto EscuchArte: Cuentos de sabiduría para la transformación, la educación y el buen trato*. Valencia

## EL PODER DEL APEGO AL GRUPO

Arturo Ezquerro

*Psiquiatra. Institute of Group Analysis*

### Resumen

Este artículo explora la correlación entre el apego y el grupo de cara a la supervivencia y a la creatividad del ser humano. Plantea que el nacimiento de la teoría del apego fue el resultado de una compleja dinámica y un fructífero trabajo grupal en la vida y la obra de John Bowlby. Para ello, el presente estudio se basa en un análisis histórico del apego de Bowlby a diversos grupos, incluido el psicoanalítico, que influyeron en la formación de su pensamiento. El artículo estudia también un ejemplo único de apego grupal que tuvo lugar como una estrategia desesperada de supervivencia, para seis niños que no pudieron establecer con anterioridad un apego con ningún adulto, en las trágicas circunstancias del holocausto durante la Segunda Guerra Mundial. El artículo concluye que el instinto de apego es la base de nuestra sociabilidad y grupalidad, y que el apego al grupo es esencial para sobrevivir y crecer como personas.

**Palabras clave:** *teoría del apego, Bowlby, Sociedad Psicoanalítica Británica, holocausto, supervivencia, apego al grupo.*

### Introducción

John Bowlby (1907-1990) está considerado como el ‘padre’ de la teoría del apego, dado que fue la primera persona en formularla con rigor científico **y clínico**. Sin embargo, en este estudio me gustaría demostrar que en realidad esta teoría fue creada por el ‘grupo’. Asimismo, voy a explorar cómo el apego, además de ser un poderoso sustrato instintivo de los vínculos afectivos y de las relaciones íntimas, es la semilla de nuestra sociabilidad y grupalidad. Sin apego no hay grupo, y sin grupo el ser humano no podría existir.

La naturaleza de las relaciones de apego al grupo ha recibido escasa atención en la literatura especializada, algo que contrasta con el imprescindible valor del grupo en la génesis, la evolución, la supervivencia y la creatividad de la especie humana. Adoptar un pensamiento grupal desde una perspectiva del apego, que es lo que propongo, significa partir del ‘individuo como grupo’ (Ezquerro & Cañete, 2012; Ezquerro, 2017b). El individuo o sujeto es un emergente del grupo humano. Nicolás Caparrós (2004) lo plantea de modo radical: ‘el grupo creó al hombre’, a la humanidad. Ahora bien, ¿qué es el grupo humano?

Desde la perspectiva de las teorías de Darwin sobre la evolución y de Bowlby sobre el apego, podemos decir que el grupo es una estructura adaptativa, propia del nivel de integración social. El grupo humano evolucionó y adquirió aspectos distintivos que lo diferenciaron de otros grupos de primates. El bipedalismo, la capacidad tecnológica, la expansión cerebral y el desarrollo de la comunicación a través del lenguaje articulado confieren al grupo humano unas características únicas, que lo diferencian de otras especies.

En los humanos, es incuestionable la necesidad evolutiva del apego y del grupo, así como del apego al grupo. Bowlby fue, sin duda, una persona de grupo (Ezquerro, 2015). Concibió la mente humana como un fenómeno social y colaboró con otros a lo largo de su vida. Su creatividad floreció gracias al apego que estableció con diversos grupos científicos y clínicos a los que perteneció. Su trabajo grupal le ayudó a crecer como una persona de mente abierta que mostró cierto escepticismo hacia las teorías, incluyendo la suya.

## **El apego: tragedia y belleza del ser humano**

Bowlby formuló el apego como un instinto y como una relación. Como instinto, está profundamente enraizado en la biología evolutiva y en la etología. Sin embargo, los instintos no son entidades que existan aisladamente. Sería más apropiado hablar de un sustrato instintivo que está interactuando constantemente con su entorno, lo cual implica una relación.

Desde el prisma relacional, Bowlby estudió el apego a partir del pensamiento psicoanalítico, así como de sus propias experiencias e investigaciones clínicas. Lo concibió como un sistema de doble recorrido, que incluye dos variables fundamentales según las circunstancias. Por un lado, el apego se puede manifestar como la búsqueda de cercanía ‘hacia’ una persona o grupo, que se constituye en una ‘base segura’, (Ainsworth, 1969). Por otro lado, el apego puede manifestarse como la exploración ‘desde’ dicha base.

La conducta de búsqueda de cercanía es obvia en situaciones de necesidad, estrés, peligro o amenaza a nuestra supervivencia. Pero el apego sano o seguro, en su sentido más amplio, implica además el desarrollo de la capacidad para regular la distancia, tanto física como emocional:

*“un equilibrio entre la cercanía a la base y la libertad para explorar”* (Ezquerro, 2017a, p. 67).

En este sentido, en 1846 (61 años antes de que Bowlby naciera), Soren Kierkegaard (‘padre’ del existencialismo) escribió un bello poema sobre lo que sin duda es un fiel reflejo de una temprana relación de apego emocionalmente seguro (citado en Sroufe, 1979, p. 462):

*“La madre amorosa enseña a su hijo a caminar solo.*

*Está lo suficientemente lejos de él, pero extiende sus brazos hacia él e imita sus movimientos para que el niño pueda creer que no está caminando solo...*

*Y, sin embargo, ella hace mucho más: su cara se ilumina como una recompensa, un estímulo.*

*De este modo, el niño camina solo con sus ojos fijos en el rostro de su madre, no en las dificultades del camino...*

*Se apoya a sí mismo gracias a los brazos de la madre, que en realidad no lo sostienen...*

*Y constantemente se esfuerza en avanzar hacia el refugio del abrazo maternal...*

*Sin suponer que en el mismo momento en que está haciendo hincapié en necesitarla...*

*Ya está caminando solo”.*

En contraste con la belleza de este relato poético de Kierkegaard, para el budismo, el apego es el origen del sufrimiento humano. Por ello, desde la perspectiva de dicha filosofía oriental de la existencia humana, se fomenta el desapego, el desprendimiento. Creo que esto también tiene sentido y es compatible con la filosofía occidental de la que se nutrió Bowlby.

Hay un apego ansioso, patológico (como en las adicciones, en la avaricia, etc.) que indudablemente implica sufrimiento. Pero también en el apego sano hay sufrimiento. De hecho, todas las relaciones de apego van a generar ansiedad y dolor en algún momento. Esto puede ocurrir por culpa de separaciones y rupturas con diverso gradiente traumático.

En cualquier caso, la ruptura de las relaciones de apego va a ocurrir siempre, antes o después. En última instancia, a consecuencia de la muerte de

seres queridos. En una conferencia que organicé en Londres, el 5 de Diciembre 2015, para conmemorar el 25 aniversario de la muerte de John Bowlby, Colin Murray Parkes (discípulo de Bowlby que se especializó en el estudio del duelo humano) llegó a decir:

*“El dolor es el precio que pagamos por el amor”.*

## **El apego al grupo en la vida profesional de John Bowlby**

El joven Bowlby tuvo dos ídolos: Charles Darwin y Sigmund Freud. Por un lado, durante sus estudios universitarios en el *Trinity College* de Cambridge, formó parte de un grupo de estudiantes y tutores con quienes se nutrió ampliamente de la teoría de la evolución, algo que posteriormente contribuiría a darle un soporte científico a sus formulaciones teóricas (Ezquerro, 2017a). Por otro lado, tuvo una compleja relación de apego al grupo donde hizo su formación como psicoanalista: la Sociedad Psicoanalítica Británica.

Bowlby fue un ávido lector de las teorías de Freud, de Melanie Klein y de otros psicoanalistas destacados de la época. Sintió especial curiosidad por entender lo que Freud (1905) quiso decir sobre el apego en sus *‘Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad’*, en los que se refirió a la presencia en los bebés y en los niños pequeños de un ‘instinto de agarre’, una especie de extensión del ‘reflejo de prensión’, a través del cual el niño intenta agarrarse a la madre o a otra persona cercana.

Freud estaba intentando conciliar sus observaciones sobre el apego con su naciente teoría de la sexualidad infantil. Inicialmente, postuló que este impulso de apego del niño era secundario a que la madre diese satisfacción a las necesidades infantiles, tanto sensuales como fisiológicas o de alimento. Sin embargo, Freud no estaba del todo satisfecho con sus postulados y en 1925 escribió:

*“No hay necesidad más urgente en psicología que la de una teoría de los instintos con un fundamento seguro, sobre el que sea posible continuar construyendo. Ninguna teoría de esta clase existe todavía”* (citado en Bowlby, 1969, p. 37).

En 1931, Freud llegó a confesar su creciente inquietud:

*“Todo lo que está en la esfera de este primer vínculo con la madre me resulta demasiado difícil de captar en el análisis”* (citado en Bowlby, 1969, p. 37).

Y unos meses antes de morir, Freud (1938) declaró que el vínculo materno-filial era:

*“único, sin igual, de permanencia inalterable toda una vida, como el primero y más fuerte objeto de amor y el prototipo de todas las futuras relaciones amorosas, para los dos sexos”* (citado en Bowlby, 1958, p. 369).

Bowlby estaba muy comprometido con el psicoanálisis y quería contribuir a dar un cariz más científico a las ideas de Freud con vistas a contribuir al crecimiento del grupo psicoanalítico. No fue fácil. Durante casi diez **años** en la década de 1930, Bowlby estuvo en análisis didáctico con Joan Riviere, una de las fieles seguidoras de Melanie Klein. Esta última fue su supervisora y puso el énfasis en el análisis de las fantasías inconscientes, dejando de lado los acontecimientos reales de la vida. Ambas fueron muy críticas cuando Bowlby presentó su teoría del apego en 1957, e intentaron expulsarlo de la comunidad psicoanalítica.

Sin embargo, en el prólogo de *‘Apego’* (el primer volumen de la trilogía sobre *‘El apego y la pérdida’*), Bowlby (1969, p. xvii) mostró su agradecimiento a Joan Riviere y a Melanie Klein, a pesar del rechazo que había sufrido por parte de ellas:

*“Estoy en deuda especialmente con mi analista Joan Riviere y con Melanie Klein, quien fue una de mis supervisoras. Aunque mis puntos de vista difieren mucho de los de ellas, continúo profundamente agradecido a ambas por introducirme en el enfoque psicoanalítico de las relaciones de objeto, con su énfasis en las relaciones tempranas y el potencial patógeno de la pérdida”*.

A mediados de la década de 1930 comenzó una batalla ideológica y política entre los seguidores de Sigmund Freud (freudianos) y los seguidores de Melanie Klein (kleinianos), que duró hasta el final de la Segunda Guerra Mundial. Edward Glover, director del programa científico de la Sociedad Psicoanalítica Británica, se opuso cada vez más a las innovaciones y a la influencia de Melanie Klein. De hecho, Glover dimitió en 1944 y describió las teorías de Klein sobre psicología infantil como un ‘sistema bio-religioso’ que depende de la fe en lugar de la ciencia, como en la doctrina del pecado original (Glover, 1966).

Sin embargo, daba la impresión de que las dificultades tenían más su raíz en las personalidades de los contendientes y en la lucha por el poder que en los desacuerdos teóricos. Melitta Schmideberg (psicoanalista e hija de Melanie Klein) luchó abiertamente contra su madre. De niña, Schmideberg había tenido como psicoterapeuta a su propia madre (algo que sería impensable que

ocurriese hoy en día) y, en su etapa de formación psicoanalítica, tuvo a Edward Glover como analista didáctico. Madre e hija jamás se reconciliaron. Cuando su madre murió, Schmideberg decidió no ir a su funeral.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Bowlby estableció intensas relaciones de apego con un grupo de profesionales de la Clínica Tavistock con quienes trabajó. A pesar de su brutal destructividad, la guerra le proporcionó una profunda experiencia de amistad y apego con los compañeros junto a quienes luchó. Este grupo Tavistock de aquellos años fue conocido como el ‘colegio invisible’.

Se le describió como una comunidad colegial, en la que todos los miembros colaboraron para maximizar la supervivencia durante la contienda, y para aprender modos efectivos de ayudar psicológicamente a una sociedad traumatizada. El grupo jugó un papel importante en la reorganización de la Clínica Tavistock después de la guerra. En una entrevista a la edad de 70, Bowlby recordó este periodo con afecto:

**“Éramos un grupo unido; la Clínica Tavistock nos sirvió de ancla. Teníamos claro que era importante aunar la experiencia de los que habían trabajado en la Tavistock antes de la guerra con la de aquellos de nosotros que no habíamos estado en la Tavistock, pero que ahora formábamos parte del grupo. Queríamos desarrollar iniciativas que fuesen útiles para una renovada Tavistock de posguerra” (citado en Van Dijken, 1998, p. 130).**

Además de Bowlby, el grupo incluía entre otros a John Rees, Ronald Hargreaves, Wilfred Bion, John Rickman, Jock Sutherland, Harold Bridger, Eric Trist y Henry Dicks. Todos ellos defendieron los principios democráticos de la justicia social, la igualdad de oportunidades y el apoyo a los más vulnerables. Estos principios contribuyeron a la creación de una “nueva psiquiatría dinámica y social” (Dicks, 1970, p. 115).

La Clínica Tavistock se convirtió en la base profesional de Bowlby desde 1940 hasta su muerte en 1990. En 1946, en competición con Donald Winnicott, Bowlby fue nombrado director del Departamento de Niños. Enseguida lo rebautizó como ‘Departamento de Niños y Padres’, para dejar claro que no se puede estudiar al niño de manera aislada, sino como parte de una constelación de figuras de apego a su alrededor. Hay un apego primario con los padres que se va extendiendo al grupo familiar; a maestros y amigos, y a otros grupos como la escuela o el colegio. En circunstancias óptimas, el niño adquiere un sentimiento de pertenencia al grupo, a la comunidad.

En su departamento de la Clínica Tavistock, Bowlby utilizó su autoridad y su estatus de modo creativo. En 1946, estableció una Unidad de Investigación sobre los efectos de la separación en la infancia. Este grupo de colegas comprometidos jugó un papel importante en la validación de las hipótesis de Bowlby sobre el apego humano. Aquí trabajó Mary Ainsworth, que contribuyó ampliamente al desarrollo de la teoría del apego y propuso el concepto de ‘base segura’. Sin embargo, a medida que Bowlby iba desarrollando su pensamiento independiente, sus colegas de la Sociedad Psicoanalítica Británica (sobre todo los kleinianos), no le permitieron tener influencia política.

En 1944, el año de la dimisión de Edward Glover, el grupo grande dicha sociedad psicoanalítica se había escindido. Se constituyeron tres subgrupos: el freudiano, el kleiniano, y el independiente, al que perteneció Bowlby.

Este **último** grupo se nutrió de la escuela de psicoanálisis húngara, particularmente de Sandor Ferenczi (1932), quien postuló que la sociabilidad humana, el ansia de compañía, la necesidad de amar y de ser amado, y de relacionarse armónicamente, son pulsiones tan primarias como la sexualidad misma. Estas ideas inspiraron en primera instancia al psicoanalista escocés Ian Suttie, que tuvo una gran influencia en la Clínica Tavistock de la preguerra y es considerado como predecesor del grupo independiente del psicoanálisis británico, en el que dejó una huella substancial.

En su libro *‘Los orígenes del amor y del odio’*, Suttie (1935) destacó que el anhelo del niño por la madre es un instinto de supervivencia, dado que una de las principales funciones maternas es la de protección. Para Suttie, el odio no es algo innato o un instinto independiente, sino una reacción ante el miedo o amenaza de perder el amor maternal. Muchos de sus conceptos son similares a las ideas y formulaciones que Bowlby desarrolló más tarde. Pero aún quedaba un largo camino por recorrer.

En los años posteriores a la prematura muerte de Suttie (a los 46 años), otros psicoanalistas del grupo independiente aportaron sus propias observaciones de la interacción entre la madre y el niño. Dentro de este grupo, cabe destacar a Michael Balint, Ronald Fairbairn, Donald Winnicott y Harry Guntrip, con quienes Bowlby tuvo una estrecha relación. Estos autores se fueron distanciando progresivamente de los puntos de vista freudianos y kleinianos sobre el desarrollo infantil. Incluso Anna Freud evolucionó y dejó atrás el énfasis de su padre en los impulsos libidinales, para concentrarse en la provisión más directa de los cuidados maternos.

En Estados Unidos, Bowlby mantuvo un diálogo intelectual con un grupo de psicoanalistas relacionales como Margaret Ribble, René Spitz, Teresa Benedeck, Erik Erikson y Harry Stack Sullivan. Este último, hijo de emigrantes irlandeses, afirmó que los bebés nacen con una necesidad primaria de cercanía con la madre y de otras relaciones humanas: básicamente, un instinto social (Sullivan, 1953). Además, introdujo el término '*significant other*' (que puede ser traducido como una importante figura de apego), concibió al ser humano como parte de una constelación de relaciones, y estudió la mente como un fenómeno grupal.

En resumen, la idea del apego se había estado gestando durante mucho tiempo. Pero nadie, con anterioridad a Bowlby, supo plasmar algo tan básico y obvio en una teoría sólidamente construida y validada científicamente. ¿Cómo pudo conseguirlo?

Indudablemente, Bowlby se benefició en gran medida del pensamiento de colegas que pertenecían a los grupos menos dogmáticos del psicoanálisis. También se benefició de su colaboración con grupos de profesionales pertenecientes a otras disciplinas (como la psicología del desarrollo, la biología evolutiva, la etología y la cibernética). Entre 1953 y 1956, tomó parte activa en un grupo de estudio formado por expertos de renombre mundial sobre 'La psicobiología del niño'. Estos científicos se reunieron mensualmente en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra. El grupo estaba integrado por Ludwig von Bertalanffy, Julian Huxley, Erik Erikson, Jean Piaget, Margaret Mead, Konrad Lorenz, James Tanner y Barbel Inhelder, entre otros.

Con vistas a ahondar en los hallazgos del grupo de la OMS, Bowlby creó en 1954 un seminario multidisciplinar que incluyó al prestigioso etólogo Robert Hinde. Este nuevo grupo se reunió en la Clínica Tavistock con frecuencia semanal (Ezquerro, 2017b). Como fruto de este trabajo de grupo continuado, Bowlby decidió dar un paso al frente y presentó en público los conceptos precursores de su teoría del apego: '*The nature of the child's tie to his mother*' (La naturaleza del vínculo materno-infantil). Esto tuvo lugar en una reunión científica organizada por la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 19 de junio de 1957.

Bowlby dejó claro que el apego es un sistema de doble recorrido que incluye estímulos y respuestas que se influyen mutuamente, tanto a nivel externo como intra-psíquico. El componente psicológico fue una parte importante de su presentación sobre el concepto del apego. Bowlby (1958, p. 371) reconoció que el término había sido utilizado por Freud y otros autores pero, en contraste con ellos, dio al apego un estatus primario emancipado de otros instintos:

“El apego y el desapego psicológicos deben ser considerados como funciones en su propio derecho, separadas de la satisfacción de las necesidades fisiológicas... Estas funciones son independientes de las necesidades de placer sensual y de alimento”.

Bowlby fue ‘excomulgado’ de la Sociedad Psicoanalítica Británica, grupo al que se sentía muy apegado. Anna Freud mantuvo una distancia cautelosa respecto a sus planteamientos teóricos. Sin embargo, apeló al sentido común para que no se rompiera su vínculo con el grupo, afirmando que Bowlby era una persona muy valiosa y que el psicoanálisis no debería perderlo. Bowlby continuó siendo miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica hasta su muerte, pero su sentido de apego con este grupo se vio seriamente afectado y tuvo necesidad de establecer apegos con otros grupos.

Con el ánimo de respirar aire fresco y de que no se acrecentara el conflicto, Bowlby decidió tomarse un año sabático. Fue el curso académico 1957-1958, durante el que trabajó en el Centro de Estudios Avanzados en las Ciencias del Comportamiento (CASBS) en Palo Alto, California.

Allí, Bowlby escribió otros dos trabajos: ‘*La ansiedad de separación*’ (Bowlby, 1960a) y ‘*La aflicción y el duelo en la infancia*’ (Bowlby, 1960, b). Estos trabajos, junto al que había presentado en junio de 1957 sobre ‘*La naturaleza del vínculo materno-infantil*’, constituyeron el embrión de los tres volúmenes de su teoría del apego, que fue en gran medida un logro cimentado en su constancia en el trabajo grupal.

Al regresar a Londres después de su año sabático, y con vistas a reunir la mayor evidencia posible para validar su incipiente teoría del apego, Bowlby creó un nuevo grupo multidisciplinar, inspirado en los métodos de trabajo del grupo de estudio de la OMS. El nuevo grupo se reunió regularmente en la Clínica Tavistock de 1959 a 1965. Contó con un distinguido grupo de científicos, psicólogos, etólogos, investigadores y clínicos como Mary Ainsworth, Anthony Ambrose, Jack Gewirtz, Harry Harlow, Robert Hindle, Thelma Rowell, Harriet Rheingold, Rudolf Schaffer, Theodore Schneirla, Peter Wolff, Heinz Prechtl y otros.

Una vez más, el trabajo de grupo fue fundamental para que Bowlby (1969, 1973, 1980) desarrollara su creatividad. Durante los próximos 15 años, escribió su trilogía sobre ‘*El apego y la pérdida*’. Para completarla, Bowlby reunió más de 50 años de estudio, investigación, práctica clínica y múltiples colaboraciones. El primer volumen, ‘*Apego*’, fue publicado en 1969; el segundo volumen, ‘*Separación: ansiedad e ira*’ en 1973; y el tercer volumen, ‘*Pérdida: tristeza y depresión*’, en 1980.

Bowlby (1969, pp. 179-180) destacó que todos los instintos, incluyendo el apego, han surgido y se han preservado a través del proceso de selección natural. De este modo, conceptualizó el apego como un elemento esencial para nuestra sociabilidad, grupalidad y supervivencia:

*“La conducta de apego es considerada como una clase de comportamiento social... Los sistemas de comportamiento de apego se desarrollan en el niño como resultado de su adaptabilidad evolutiva en la interacción con su entorno... El ser alimentado tan sólo juega una pequeña parte en el desarrollo del apego”.*

Sobre el apego al grupo, Bowlby (1969, p. 207) escribió lo siguiente:

*“Durante la adolescencia y la vida adulta buena parte de la conducta de apego se dirige comúnmente, no sólo a personas ajenas a la familia, sino también hacia grupos e instituciones aparte de la familia.*

*La escuela, la universidad, un grupo de trabajo, un grupo religioso o un grupo político pueden llegar a constituir para muchos una figura de apego subordinada, y para algunos una figura de apego primaria.*

*En tales casos, parece probable que el desarrollo del apego al grupo esté mediado, al menos en un principio, por el apego a una persona que ocupa una posición destacada dentro del grupo”.*

## **El poder del apego al grupo en situaciones límite**

Habitualmente, el niño comienza su historia de apego con la madre (o figura materna), el padre y el grupo familiar. En función de las primeras experiencias de apego con figuras cercanas, cada individuo va desarrollando la capacidad de formar apegos con otros grupos, sean de carácter escolar, deportivo, laboral, religioso, terapéutico, social o político. Pero hay circunstancias en las que el peligro o la amenaza a la supervivencia es de tal calibre que el grupo se convierte en la única posibilidad de apego.

En su autobiografía *‘El largo camino hacia la libertad’*, Nelson Mandela (1994) confesó que no habría podido sobrevivir durante 27 años en prisión si no hubiese pertenecido a un grupo de compañeros, que luchaban juntos contra el *‘apartheid’*. El grupo le hizo más fuerte y resuelto a seguir luchando por la libertad. Para una persona sola habría sido extremadamente difícil, si no imposible, resistir la supresión política y personal a la que estaban siendo sometidos.

A pesar de las pésimas condiciones de la cárcel, los miembros del grupo de Mandela se apoyaron unos a otros; compartieron cada noticia, preocupa-

ción o descubrimiento. Aunque no todos tenían la misma capacidad de resistir, en este grupo los más fuertes cuidaron de los más débiles. El apego al grupo fue clave para la supervivencia de todos.

En 1987, Bowlby me ayudó a crear y desarrollar un programa de psicoterapia de grupo para niños institucionalizados que habían sufrido abusos, abandono y otras experiencias traumáticas. Me dijo que el apego que algunos niños establecen con sus hermanos y sus compañeros, en un grupo paritario, puede ayudar a compensar las consecuencias negativas de las experiencias traumáticas y la ausencia de figuras de apego primario.

De hecho, en una de nuestras sesiones de supervisión, me dijo que el apego al grupo puede ser esencial para la supervivencia en circunstancias extremas. Para ilustrarlo, me recomendó un artículo extraordinario de Anna Freud, a quien apreciaba y con quien siempre se mantuvo en buenos términos. El artículo, titulado ‘Un experimento de educación grupal’ (Freud & Dann, 1951), es un relato espeluznante sobre la tragedia de un grupo de seis niños judíos (tres niños y tres niñas) sobrevivientes del holocausto.

Estos niños nacieron entre diciembre de 1941 y octubre de 1942. Todos ellos quedaron huérfanos durante el primer año de sus vidas, cuando sus padres fueron asesinados por los nazis en las cámaras de gas. Los seis niños pasaron más de dos años juntos en el campo de concentración de Tereszin, conocido como de tránsito hacia la muerte.

Estos niños habían llegado a Tereszin por separado, cada uno a las pocas semanas de la muerte de sus padres. Allí fueron puestos juntos y así permanecieron hasta ser liberados por los rusos en la primavera de 1945. Fueron encontrados en situación agónica. Los rusos los trasladaron a un castillo checo donde, sin ser separados unos de otros, recibieron cuidados especiales hasta su llegada a Inglaterra en agosto de 1945. Los niños pasaron dos meses en Windermere, mientras se decidía su futuro.

El plan original era que los seis niños fuesen criados en un orfanato en los Estados Unidos. Pero el plan cambió y los estadounidenses proporcionaron fondos para costear un programa de rehabilitación terapéutica en Inglaterra, durante un año. En octubre de 1945, las autoridades inglesas consiguieron para este proyecto el alquiler de una casa de campo, ubicada en un entorno tranquilo y silencioso, cerca de un bosque llamado ‘Bulldogs Bank’, en West Hoathly (Sussex), a unos 100 kilómetros de Londres.

Anna Freud fue designada para dirigir el proyecto y llevó con ella a buena parte del personal que trabajaba en su clínica infantil de Hampstead, en el Noroeste de Londres. Inicialmente, los niños se mostraron muy hipersensibles, inquietos, agresivos y difíciles de manejar. Destruían los juguetes y respondían con fría indiferencia, incluso con hostilidad activa, a los intentos de los adultos de ofrecerles afecto y cuidados.

Resultó imposible tratarlos individualmente. Se comportaban como un grupo de compañeros muy compacto que se mantuvo unido en todo momento. Cada uno de ellos demostraba con su comportamiento tener una fuerte necesidad de aferrarse al grupo:

*“Los sentimientos positivos de los niños se manifestaban exclusivamente hacia miembros de su propio grupo. Era evidente que sentían una profunda preocupación los unos por los otros, y no parecían preocuparse por nadie más ni por ninguna otra cosa. No tenían otro deseo que estar juntos y se enojaban mucho cuando se les separaba del grupo, aunque fuera por un breve instante.*

*Ningún niño aceptaba permanecer en el piso de arriba mientras los otros estaban en el piso de abajo, o viceversa, y ningún niño quería ir a caminar sin los demás. En ese tipo de situaciones, el niño separado del grupo preguntaba constantemente por los otros niños mientras que todos en el grupo preguntaban sin cesar por el niño ausente”* (Freud & Dann, 1951, p. 131).

Los terapeutas y cuidadores estaban sorprendidos por este comportamiento y tomaron notas regulares del mismo en un diario de trabajo, supervisado por Anna Freud. Como ejemplo adicional sobre la naturaleza de las relaciones de estos niños, entre ellos mismos, escribieron lo siguiente:

*“El apego que mostraban los niños entre sí era completamente inusual y se vio confirmada por la ausencia casi total de celos, rivalidades, envidias y competiciones entre ellos, algo que normalmente suele aparecer entre hermanos y hermanas o entre niños que forman parte de un grupo de contemporáneos y que provienen de familias normales.*

*No hubo necesidad de instarles a que se respetaran unos a otros y a que aprendiesen a ‘turnarse’; lo hacían espontáneamente...”* (Freud & Dann, 1951, pp. 133-134).

Sin embargo, hubo algún comportamiento observable que se desvió de ese patrón ‘armónico’. Por ejemplo, la discriminación de una de las niñas, por parte de las otras dos niñas. Resulta que la niña discriminada no había podido comenzar el programa terapéutico con el resto del grupo por culpa de una infección.

En algún momento a mediados de 1946, casi nueve meses después de iniciado el programa terapéutico, otra de las niñas comenzó a expresar sentimientos de envidia y de celos. Pero este tipo de comportamiento fue una excepción. En concreto, esta niña era la única persona del grupo que había tenido una breve relación de apego con una figura materna adulta, con anterioridad de su traslado al campo de concentración de Tereszin.

Durante las comidas, los niños se mostraban más interesados en que los otros niños comiesen que en su propia comida. Siempre insistían en que todos recibiesen los mismos alimentos. En los tres primeros meses (de octubre a diciembre de 1945), no hubo incidentes de enfrentamientos o de peleas de carácter físico entre los niños. Sí hubo algunas discusiones verbales entre ellos, ocasionalmente con algún insulto. Si uno de los cuidadores trataba de intervenir, el grupo se unía y todos los niños se enfrentaban hacia el cuidador y le gritaban.

Por otro lado, si los adultos intentaban ponerles límites o sujetarles en alguna excursión, para mantener su seguridad (por ejemplo, caso de tener que cruzar alguna carretera), se volvían muy agresivos contra ellos y a veces los golpeaban para que los dejaran sueltos.

En la primavera de 1946, después de las discusiones verbales, hubo alguna pelea física aislada entre los propios niños, algo que no es inusual a esa edad. A partir de julio 1946, las expresiones de agresividad física y verbal hacia los cuidadores se redujeron mucho.

En las etapas iniciales, los niños percibían a los adultos que los cuidaban como extraños e intentaban evitarlos. No exhibían con ellos los usuales comportamientos de apego que suelen desplegarse en la infancia. Esto contrastaba fuertemente con la conducta habitual que los niños de su edad tienden a mostrar. En el otoño de 1946, hubo un cambio significativo: estos huérfanos comenzaron a tratar al personal de manera similar a cómo ellos, los propios niños, se trataban entre sí. Comenzaron a pedir a los adultos que se turnasen en sus actividades y que tuviesen raciones alimenticias equivalentes a las que ellos tenían.

Este cambio indicó que los niños empezaban ahora a ‘incluir’ al personal como parte del grupo y tenían la expectativa de que respetaran sus reglas. Ciertamente, los adultos ya no eran vistos como enemigos o forasteros, y los niños comenzaron a establecer cierto vínculo afectivo con ellos. Sin embargo, durante el tiempo restante del proyecto terapéutico, estos lazos de los niños con

los adultos de ninguna manera alcanzaron la intensidad de los vínculos que los niños tenían entre ellos mismos.

Estos huérfanos habían sido severamente privados del desarrollo social temprano que habitualmente tiene sus orígenes en los apegos a la madre y al padre. Se presentaron con un perfil muy inusual y desigual. Por un lado, todos ellos eran emocionalmente y conductualmente inmaduros y perturbados. Por otro lado, mostraban cualidades que normalmente aparecen a una edad más avanzada, como la empatía, el sentimiento de justicia y la preocupación por los demás.

El comienzo de este proyecto terapéutico fue muy difícil. En las primeras etapas, los niños no utilizaron los juguetes que les ofrecían sus cuidadores, ni ningún otro material lúdico. En cambio, dañaron muebles, destruyeron juguetes y mostraron gran hostilidad hacia los adultos. Los cuidadores y los terapeutas fueron pacientes, comprensivos y consistentemente atentos.

Esa dinámica fue útil y, junto con el apoyo del grupo paritario y la quietud del entorno, contribuyó al desarrollo de un clima emocional propicio para ir superando gradualmente el horrible trauma que les había llevado hasta allí. Poco a poco, los niños empezaron a usar muñecos de peluche, a jugar con la arena y, a medida que se iban interesando más en el mundo de los adultos, también adquirieron un apetito por la lectura y la escritura.

Hacia el final del proyecto, el comportamiento y las emociones de los niños fueron más acordes con lo que normalmente se considera apropiado para su edad. La continuidad del apego al grupo, el entorno favorable y la calidad de la atención del personal permitieron a estos huérfanos formarse nuevos apegos, menos ansiosos, y encontrar una senda de desarrollo más equilibrado. El ritmo de su progreso se aceleró. Recuperaron la capacidad de aprender y nivelaron en gran medida su desarrollo psicosocial, que hasta entonces había sido muy irregular.

Estos niños mostraron que, cuando la supervivencia está en juego, el grupo se puede percibir como más fuerte, más sabio y más capaz de lidiar con el mundo, como una base segura. Para estos niños el apego al grupo los salvó de la muerte psíquica. En el grupo paritario desarrollaron una capacidad de cuidado mutuo y de protección psicológica. A diferencia de otros casos de privación severa, estos huérfanos de Tereszín no se volvieron deficientes, ni delincuentes, ni psicóticos. Se agarraron a lo único que les quedaba disponible para sobrevivir. El grupo fue su tabla de salvación.

## Conclusión

La teoría del apego nació gracias al trabajo grupal continuado de Bowlby durante toda su vida profesional. Entre sus premisas fundamentales cabe destacar que el instinto de apego es la base de nuestra sociabilidad y grupalidad, y que el apego al grupo es esencial para sobrevivir y crecer como personas.

Los seres humanos tienen distintas capacidades y responden de manera diferente a situaciones extremas. En circunstancias excepcionales, es posible que el apego a un grupo paritario pueda establecerse en ausencia de relaciones de apego previas con padres o con otros adultos, como una estrategia desesperada de supervivencia.

## Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.
- Bowlby, J. (1958). 'The nature of the child's tie to his mother'. *International Journal of Psychoanalysis*, 39: 350-373.
- Bowlby, J. (1960a). 'Separation Anxiety'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41: 89-113.
- Bowlby, J. (1960b). 'Grief and mourning in infancy and early childhood'. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 9-52.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment* (1991 edition). London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation, Anxiety and Anger* (1991 edition). London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression* (1991 edition). London: Penguin Books.
- Caparrós, N. (2004). 'Introducción', en N. Caparrós (ed.), *Y el Grupo creó al Hombre* (pp. 13-20). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dicks, H. V. (1970). *Fifty Years of the Tavistock Clinic*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Ezquerro, A. (2015). 'John Bowlby: The Timeless Supervisor'. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 9(2): 165-175.
- Ezquerro, A. (2017a). *Encounters with John Bowlby: Tales of Attachment*. London and New York: Routledge.

- Ezquerro, A. (2017b). *Relatos de apego: encuentros con John Bowlby*. Madrid: Psimática.
- Ezquerro, A., & Canete, M. (2012). 'Bipolar Affective Disorders and Group Analysis'. *Group Analysis* 45(2): 203-217.
- Ferenczi, S. (1932). 'Confusion of the tongues between the adults and the child: The language of tenderness and passion', in M. Balint (ed.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis* (1960 edition, pp. 156-167). London: Karnac.
- Freud, A., & Dann, S. (1951). 'An experiment in group upbringing'. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 127-168.
- Freud, S. (1905). 'Three Essays on the Theory of Sexuality', in *Standard Edition: Vol. 7. The Complete Works of Sigmund Freud* (1953 edition). London: Hogarth Press.
- Glover, E. (1966). 'Psychoanalysis in England' in F. Alexander, S. Eisenstein, & M. Grotjahn (eds.), *Psychoanalytic Pioneers* (pp. 534-545). New York, USA: Basic Books.
- Mandela, N. (1994). *Long Walk to Freedom: The Autobiography of Nelson Mandela*. London: Little Brown and Company.
- Sroufe, L. A. (1979). 'Socioemotional development', in J. Osofsky (ed.), *Handbook of Infant Development* (pp. 462-515). New York, USA: Wiley.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Collected Works of Harry Stack Sullivan: Vol. I*, in H. S. Perry, & M. L. Gavel (eds.). New York: Norton.
- Suttie, I. D. (1935). *The origins of love and hate*. London: Kegan Paul.
- Van Dijken, S. (1998). *John Bowlby: His early life. A biographical journey into the roots of attachment theory*. London and New York: Free Association Books.

\*email para correspondencia: arturo.ezquerro@ntlworld.com

© 2018 Arturo **Ezquerro**

## “SI BUSCAS RESULTADOS DISTINTOS, NO HAGAS SIEMPRE LO MISMO; APRENDER DE LA EXPERIENCIA, CUIDAR AL GRUPO”.

M. Ayerra y I. Narbaiza

*Centro de psicoterapia individual y  
grupoanalítica. Bizkaia.*

### Resumen

Esta propuesta se sostiene sobre la extendida creencia de la importancia de ir acompañado/a —y, por tanto sentirse cuidado/a— en la conducción de un grupo. Este acompañamiento significa cuidarse como terapeuta. Es un proceso de creación del VÍNCULO TERAPÉUTICO, que construye una malla de confianza y seguridad básica propia que se resume en “Cuidar del Cuidador”. La labor de coterapia, a través de un observador participante, resulta ser de gran interés para poder cuestionar nuestras propias intervenciones: analizar la psicodinámica grupal, los emergentes grupales, el clima grupal, los supuestos básicos o ansiedades primitivas emergentes, las resistencias grupales, las identificaciones múltiples y los procesos grupales adaptativos (duelos, despedidas, nuevas incorporaciones, etc). En definitiva, nos permite analizar cualquier emergente previsto o imprevisto de la vida, actuando como un campo experimental de entrenamiento.

Pretendemos así repensar en el proceso de evolución de la psicodinámica grupal, desde dos ángulos de visión: desde la conducción y la observación participante y desde la visión procesal e histórica del análisis de cada una de las sesiones grupales, contrastando y recuestionando la praxis grupal de forma permanente, teniendo en cuenta la subjetividad de la experiencia terapéutica, para poder interrogar nuestras transferencias y contratransferencias.

## VISIÓN DE PROCESO O VISIÓN HISTÓRICA

Todo lo que hacemos tiene una dimensión procesual y relacional, tiene su historia que permite entender lo que acontece en el aquí y el ahora. (Elias, 1897)

Este trabajo se enmarca dentro del CENTRO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPOANALÍTICA, pero este no es el lugar de partida sino un lugar de llegada.

Todo empieza antes de que ni si quiera yo fuera consciente, En MI INFANCIA, con mi padre psiquiatra y mi madre pediatra, pasábamos las tardes en el antiguo manicomio, acompañando a mi padre de guardia y conviviendo con una realidad invisible de personas sufriendo que mis amigos llamaban locos y así salvaguardaban la brecha de su propia cordura..., brecha que siempre he considerado, más bien, un límite difuso.

En este clima no es casual, que yo viera el mundo desde la óptica de las relaciones humanas. Me quedo con una frase de mi padre de tantas:

“ SI METES A UN CUERDO EN UN CONTEXTO LOCO, ENLOQUECE. SI METES A UN LOCO EN UN CONTEXTO SANO MEJORA”. El Yo tiene un sentido que trasciende dentro del Nosotros.

Posteriormente el paso por los Servicios de Salud Mental adultos e infantiles de Ginebra, mi experiencia en los equipos psicosociales dentro de un contexto de desprotección infantil, la labor docente en el master de grupoanálisis de Barcelona, generaron capas de experiencia superpuestas que fueron sedimentando en conceptos y aprendizaje, que me permitieron crear el Centro de Psicoterapia individual y grupoanalítica.

Los conceptos que para mi han resultado clave, en mi forma actual de entender la Psicoterapia son los siguientes:

- LA NECESIDAD DE INTEGRAR Y NO ESCINDIR de trabajar con la familia de que la psicopatología no es un fenómeno individual sino grupal familiar y en último término social. La necesidad de integrar las diferentes escuelas y abordajes psicoterapéuticos en una comprensión integral del paciente.
- TEORÍA DEL ESPEJO. “En la mirada de un niño, está la huella de la mirada de su madre, padre y familia” (Lacan, J.). El ser humano es incapaz de verse a sí mismo más que a través del espejo del otro. Nuestra mirada en el trabajo psicosocial en infancia se basa en

CORRELACIONAR, la interrelación entre seres humanos, padres o cuidadores principales, menor y hermanos como objeto de valoración y de tratamiento.

- LA PERCEPCIÓN DE UNO MISMO Y SU IDENTIDAD se construye en una red psicodinámica de interrelaciones familiares.
- La necesidad de un EQUIPO COHESIONADO, la necesidad de SUPERVISIÓN y de PSICOTERAPIA PERSONAL, LAS DIFICULTADES EN LA INSTITUCIÓN Y LAS DIFICULTADES INTERINSTITUCIONALES, fueron experiencias de aprendizaje fundamentales, para entender que PARA CUIDAR HAY QUE ESTAR CUIDADO Y QUE LA INSTITUCIÓN SOMOS TODOS.
- Mi experiencia EXPERIENCIA VITAL de mi proceso de divorcio, me permitió entender que NO TODO LO DECIDIMOS EN LA VIDA aceptar mi SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA, DE VULNERABILIDAD Y MIEDO, al que tuve que escuchar. De esta experiencia personal, que me ha servido en mi que hacer profesional, aprendí: QUE CON MALAS CARTAS SE PUEDEN HACER BUENAS PARTIDAS.

### **EL CENTRO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPOANALÍTICA:**

En esta comunicación queremos describiros, LA DIMENSIÓN PROCESUAL, del GRUPO 2, iniciado en el centro de Psicoterapia Individual y Grupoanalítica de noviembre 2017 a junio 2018.,

Hoy entiendo la terapia grupoanalítica, como un proceso en constante evolución y por lo tanto el APRENDIZAJE Y CUESTIONAMIENTO constante como profesionales es inevitable.

EL CENTRO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPOANALÍTICA, es una institución con una metodología y práctica clínica que se ajusta a mi manera de entender el sufrimiento psíquico, como individual y grupal al mismo tiempo. La metodología o la forma de mirar la vida es como una experiencia de aprendizaje, el problema no es caerse, es no levantarse, el problema no es confundirse, es no cuestionarse.

Así que de aquí aprendí LA NECESIDAD DE CUESTIONARME, desde mi experiencia psicoanalítica como paciente, desde la supervisión, desde

la mirada y el acompañamiento del OBSERVADOR, y desde la perspectiva holística que me a dado el máster de Grupoanálisis de Barcelona entendiendo, los lugares asistenciales, como COMUNIDADES TERAPÉUTICO PEDAGÓGICAS.

El trabajo con personas en situaciones vulnerables y de sufrimiento psicológico, ha sido para mi siempre una tarea apasionante.

Hoy entiendo LA TAREA ANALÍTICA, como un proceso secuencial de evolución y aprendizaje, cuyas fases serían:

## **Metodología**

### Fases

Concibo la Psicoterapia Análítica, como un proceso de crecimiento, maduración y evolución, que transcurre en las siguientes etapas del proceso, en la que se promueve gradualmente una mayor autonomía funcional del individuo, en un contexto de dependencias vinculares.

#### *1. Inicio: anamnesis e historia clínica*

El objetivo es analizar el motivo de consulta y la historia psicobiográfica del paciente, se realiza en un promedio de 5 sesiones, que son las sesiones de toma de contacto en el vínculo terapéutico.

La anamnesis puede ser anterógrada o retrograda, de manera que la libre elección del paciente da datos para la comprensión global. De manera frecuente el motivo de consulta, va más allá de lo que ellos pensaban: la ansiedad, su hijo, su pareja, una fobia específica, sintomatología depresiva, patología psicosomática, comportamientos autolesivos, etc. Sin embargo, no existe conciencia más allá de este aspecto emergente sobre el que se desplaza como único motivo de consulta : el síntoma emergente de una patología latente.

El proceso de anamnesis concluye con la devolución al paciente de una comprensión multidimensional de su sintomatología actual y del tipo de terapia ( individual, familiar o de pareja) y de la frecuencia.

La historia clínica es relevante para el analista, el paciente lo olvida no puede integrarlo y se aferra a la causalidad del síntoma, sin poderse cuestionar más allá.

La anamnesis supone –si se me permite–: “ meter mano consentido en las entrañas de otro ser humano”. Todos tenemos una dosis de negación de la

realidad y el derecho a querer seguir negándola, es una fase movilizadora, que despierta miedos y que hay personas que abandonan en barco sólo habiéndose presentado y sin iniciar la travesía.

## *2. La psicoterapia individual:*

Primero mostrar mi disconformidad con el nombre, que para mí denota una visión unipersonal, que no se sostiene, en la psicoterapia individual, no hay uno, es un vínculo a dos, recreando de manera trasferencia la relación madre e hijo.

Pero ni siquiera es un vínculo a dos, en las primeras sesiones vinculares de anamnesis e historia clínica: Se dibujan vínculos familiares trasgeneracionales que crean un escenario en el que está el paciente el analista y otras personas dibujadas desde el vínculo personal con el paciente.

Por lo que no es individual sino que es el dibujo de una ESCENA VÍNCULAR COMPLEJA Y MULTIPERSONAL.

El inicio de la travesía por la psicoterapia individual, es una experiencia terapéutica que reactualiza la presentación que el paciente realiza de su vida en las sesiones de anamnesis, en el aquí y el ahora del acontecer de su vida y en el vínculo terapéutico que establece con el terapeuta.

Como el paciente sigue con su película de niño, hay que acompañarle a sentir y consentir y luego a desmontar poco a poco, porque las defensas son potentes y están ahí al servicio de sostener al Yo. A toda esta fase yo le denomino: LA TOMA DE CONCIENCIA y dura mucho tiempo y muchas pruebas, LA CONFIANZA NO SE DA, SE GANA. A menudo se abandona en el camino, a menudo las personas preferimos no ser conscientes, porque ser consciente pasa por sufrir.

Con nuestros pacientes, la toma de conciencia es sólo posterior a la creación de un VÍNCULO SUFICIENTEMENTE SEGURO. Los aspectos emocionales íntimos y la posibilidad de revisión analítica aparecen cuando las personas –y nuestros pacientes– se sienten emocionalmente seguros y contenidos en el vínculo.

## *3. Psicoterapia grupal-el tratamiento combinado*

Tras una relación en un binomio de exclusividad, como en la relación madre e hijo, aparece la existencia de un tercero grupo familiar, social, institucional..... que abre otras posibilidades de mirarse a uno mismo en la relación

con los otros. En el grupo el individuo es el objeto de tratamiento, el grupo el agente de cambio.

Cuando existe en el paciente una toma de conciencia, cuando el guión ha cambiado, las personas no son las mismas. La psicoterapia grupal, dota de una experiencia terapéutica de entrenamiento en un contexto de seguridad y confianza que permite reactualizar, revisar y dar movimiento a su película en el aquí y el ahora de las transferencias grupales.

Las personas siguen con su película, a pesar de sentir que ya no les cuadra, porque aunque ahora tienen una explicación racional más clara, siguen sintiendo como ese niño, perdiendo la perspectiva real actual –en la que no son niños– en la que la escena ha cambiado y en donde no son actores secundarios de sus propias vidas, sino protagonistas y responsables de las mismas.

### **El vínculo terapéutico como eje vertebral del proceso**

La CREACIÓN DEL VÍNCULO DE CONFIANZA Y SEGURIDAD con el paciente y en la coterapia, es el eje sobre el que se sostiene la posibilidad de cambio. CUIDANDO EL VÍNCULO NOS CUIDAMOS TODOS.

Es por tanto necesario Cuidar estas dos dimensiones del Vínculo:

#### **1. EL PROCESO DE LA CREACIÓN DEL VÍNCULO TERAPÉUTICO CON NUESTROS PACIENTES:**

Con nuestros pacientes la relación se inicia bajo la siguiente premisa: la confianza no se da, se gana.

En nuestros pacientes, la toma de conciencia es sólo posterior a la creación de un VÍNCULO SUFICIENTEMENTE SEGURO. Los aspectos emocionales racionales o analíticos, sólo pueden aparecer cuando me siento emocionalmente seguro. Lo racional es lo último que se adquiere y lo primero que se pierde cuando nos desbordamos. Cuando el vínculo se siente como suficientemente seguro y el paciente toma una cierta conciencia de los fenómenos causales y multidimensionales de su sufrimiento es cuando se da, realmente, el inicio del proceso de psicoterapia analítica.

El vínculo con nuestros pacientes, es un caminar con diferentes etapas:

- **EL NO VÍNCULO:** El vínculo terapéutico se inicia, en un no vínculo en una situación de relación psicólogo-paciente, una situación de asimetría que remueve ansiedades profundas de dependencia, de am-

bivalencia, de confusión, etc. Tras la labor terapéutica en las etapas iniciales conduce a un VÍNCULO AMBIVALENTE, que ya es que existe el vínculo, por lo menos para tener ambivalencia.

- **EL PASO POR EL VÍNCULO AMBIVALENTE:** el paso por esta etapa es imprescindible, es una etapa que genera grandes cuestionamientos para el terapeuta que tiene que sostener su propia ambivalencia, sus miedos, sus inseguridades, reactivándose las dudas, el tolerar la sensación de incomodidad necesaria que supone el análisis y el cuestionamiento. Aquí, más que en ningún lugar, me parece subrayar lo necesario que es **SOSTENERSE EN EL VÍNCULO** y en caso de despedida y duelo que lo realice restituyendo el vínculo aceptando la gratificación y la frustración, que es lo que le va a permitir llevarse la experiencia y no robarla. Los pacientes te ponen a prueba, son tus mejores maestros, si quieres cuestionarte y aprender con ellos, los mejores libros. Los pacientes te **MIDEN:** aumentando la barra de salto, cuestionando tu coherencia, la aceptación de tus limitaciones, tu paciencia para tolerar que se muestre como es, sus resistencias al cambio, sus comportamientos autodestructivos, pasivo agresivos y agresivos al vínculo terapéutico.
- **LA CREACIÓN DEL VÍNCULO DE CONFIANZA: INICIO DE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA y LA CREACIÓN DE LA MATRIZ GRUPAL :**La resolución exitosa de la ambivalencia, conduce a la creación de un vínculo de confianza que sostiene el cuestionamiento que supone el análisis. Es por tanto necesario, **Sostener y entender, las CRISIS** en el vínculo, como la única manera de posibilitar una experiencia terapéutica correctora del vínculo familiar primario. El que el terapeuta se sostenga en esta etapa de emociones y comportamientos encontrados que generan resistencias en el tratamiento y la falta de avance, **LA SUPERVIVENCIA DEL TERAPEUTA. Y LA SUPERVIVENCIA DEL GRUPO.** Esta situación, se podría reflejar en la fase de construcción de la identidad, en la que el adolescente desde una contradependencia, te pone a prueba para ver tu tolerancia a la frustración, frente a su miedo al abandono. Así que resistir y de Nuevo supervisarse e ir en coterapia permite garantizar una contención emocional que permite la evolución en el vínculo terapéutico.

## 2. EL PROCESO DE LA CREACIÓN DEL VINCULO CO-TERAPEUTICO:

*¿Porque creo en la importancia de el vínculo de Co-terapia?*

La motivación implícita de la necesidad de la Coterapia, viene de mi historia profesional de la necesidad de ir arropada en los equipos y en las instituciones, frente a momentos de ambivalencia y/o de crisis. A menudo la institución me resultaba inhóspita y alejada de la realidad, encontrándome con personas que muchas veces no era el equipo oficial pero si el mío...el que a mi me hacia sentir segura y en confianza para cuestionar mis miedos.

Al mismo tiempo la coterapia permite integrar y no escindir, ampliando la visión de la psicodinámica grupal y de nuestras propias trasferencias.

Esto me recuerda a mis inicios, con poca formación y mucha ilusión. Aceptando que no sé nada y que quería saber de todo, roté por diferentes servicios, para permitirme entender diferentes patologías, diferentes instituciones, diferentes modelos de abordaje Psicoterapéuticos: psicoanalítico, grupoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico, psicomotriz.....etc. Con esto me permito ver la cantidad de posibilidades de ver al ser humano, en múltiples dimensiones y desde diversas ópticas, ilusionada con la posibilidad de integrar esas partes en un todo.

Esto en mi mente tan sencillo, era una tarea milenaria, cada escuela o corriente teórica que a mi ya en la carrera me parecían aspectos parciales complementarios, eran grandes feudos defendidos unos de otros, escindidos cada uno con su verdad, como los pacientes a los que deseamos ayudar a integrar.

Yo también quise pertenecer a alguien, sentirme de alguna escuela, me acerque al psicoanálisis y amplíe con el grupoanálisis, pero fundamentalmente fue aprendiendo lo que si y lo que no, haciendo “un made in yo” y un aprendizaje de la mano de mi propia experiencia y de los profesionales que me han acompañado y han sido para mi referentes. Decidí aceptar y complementarme con la diferencia que me aporta el otro.

*¿ De donde surge en mi esa necesidad?*

La necesidad no parte de un planteamiento racional, sino de un sentimiento personal de soledad en la práctica privada. Este aspecto de soledad es el que ha motivado, mi búsqueda de contraste y por lo tanto la posibilidad de esta experiencia grupal.

Cuando inicie mi práctica privada, me enfrente a la gran soledad de no sentirme acompañada, la sensación de soledad del terapeuta y las dificultades y ansiedades que esto me suponía. Así que como primera opción reinicio mi psicoterapia psicoanalítica, la supervisión de mis pacientes y grupos, fueron los pasos, para poder seguir viendo el proceso y poder sostener la ansiedad del aquí y el ahora de los procesos de psicoterapia, para no verme sobrepasada por las emociones y poner razón al sentido dentro del proceso.

### *La creación de creación del vínculo Coterapéutico*

Este grupo que se inició el año pasado, partió de una primera experiencia en la que sólo tenía conductor y no observador, ya que no me fue fácil encontrar a alguien disponible en ese momento, LA VIDA SE HACE CON LO POSIBLE Y NO CON LO DESEABLE.

Así que así fue, sin embargo volví a sentir la necesidad de ir acompañando, de tener un contraste sobre la experiencia subjetiva que toda grupo nos moviliza, analizando nuestra propia transferencia y contratransferencia. Este año este deseo ha sido posible y compartimos la coterapia, en la función de conductora Maite Ayerra y observadora con Idoia Narbaiza.

En un inicio somos personas desconocidas con un interés común y un objetivo que nos une la tarea terapéutica en grupo. Como bien describió Bion W., debajo del grupo de tarea, se da el grupo de supuesto básico, ya que toda relación moviliza ansiedades primitivas.

La relación de COTERAPIA, se inicia bajo la misma premisa que con nuestros pacientes: la confianza no se da, se gana.

### FASES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO COTERA- PÉUTICO:

El vínculo Co-terapéutico se inicia en UN NO VINCULO EN LA COTERAPIA, este no vínculo en una situación de relación psicólogo y psicólogo observador en prácticas, una situación desconocida y nueva, en una situación de asimetría, remueve ansiedades profundas de dependencia, de ambivalencia, de confusión, que tras el análisis de estas dificultades en las Sesiones pre y post- grupo, permite ir cuestionando y haciendo conscientes las dificultades en el vínculo. En las sesiones iniciales de nuestro grupo, la observadora no participó en las 2 primeras sesiones, a pesar de ser una observadora participante y haber sido

explicativa dicha posibilidad. La relación se movía en un supuesto básico de dependencia, en una idealización del conductor y en un sentimiento incómodo de infantilización del observador, una dependencia sin voz: No siendo dos sino uno. La posibilidad de verbalizar las dificultades en el vínculo, nos hizo conscientes de la ambivalencia de tolerar ambas voces.

EL PASO POR EL VÍNCULO AMBIVALENTE: EN LA COTERAPIA, ya existe el vínculo, por lo menos para tener ambivalencia. El paso por esta etapa es imprescindible, es una etapa que genera grandes cuestionamientos, los coterapeutas comienzan a DIFERIR Y DISSENTIR poniendo en cuestión su VÍNCULO DE CONFIANZA, activando sus miedos, sus inseguridades. En las sesiones pre y postgrupo, vamos verbalizando las discrepancias y los diferentes sentires, que si pueden ser integrados y no escindidos generan una confianza que conduce a una, COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA. Es un etapa de emociones y comportamientos encontrados que generan CONFUSIÓN en los profesionales, resistencias en el tratamiento y la falta de avance. Aquí más que en ningún lugar me parece subrayar lo necesario que es SOSTENERSE EN EL VÍNCULO, aceptando la GRATIFICACIÓN Y LA FRUSTRACIÓN DEL VÍNCULO COTERAPÉUTICO. Resulta vital, Sostener y entender, las CRISIS en el vínculo de coterapia, creando poco a poco un VÍNCULO CONTINENTE Y CONTENEDOR, una malla de SEGURIDAD Y CONFIANZA. Para enfrentar juntos las situaciones de CRISIS grupales. La resolución exitosa de esta etapa conduce a LA CREACIÓN DEL VÍNCULO COTERAPÉUTICO DE CONFIANZA, empezamos a vernos como diferentes a ajustar, la voz, los ritmos los tiempos : A Empezar a hablar, cada una con su propia voz. EN ESTOS AJUSTES SURGEN DESAJUSTES: momentos en los que los terapeutas, nos hemos podido identificar introspectivamente con el grupo, ya que han movilizado situaciones personales similares perdiendo la perspectiva y analizando esto en el postgrupo, la forma en la que los terapeutas nos sentimos son fundamentales de cara a poder trabajar y contener entre nosotros lo nuestro. Empezamos a tolerar la diferencia y paulatinamente a integrarla como forma de aprendizaje, evolución y crecimiento. La existencia de una malla de confianza, nos permite SER DOS, TRATANDO DE NEGOCIAR NUESTRAS DIFERENCIAS.

## Construyendo el grupo

### 1. LA MATRIZ HISTÓRICA DEL GRUPO:

Esta experiencia tiene una historia previa siendo el segundo grupo dentro del Centro de psicoterapia Individual y Grupoanalítica.

Es la segunda parte de la matriz grupal de un grupo creado en octubre 2016 y que se ha reiniciado en noviembre 2017, seguía tratando de CUIDARME y tuvimos la oportunidad de llevar el grupo en COTERAPIA, con Idoia Narbaiza que realizaba la función de observadora participante, dentro del contexto de practicas para la realización del trabajo de fin de Grado. Desde aquí parte este trabajo de reflexión sobre la construcción de nuestro grupo de psicoterapia grupoanalítica y del proceso de psicoterapia com eje de sostén del terapeuta.

### 2. AJUSTANDO Y CUESTIONANDO LA EXPERIENCIA

Este grupo parte de la experiencia del grupo anterior o grupo matriz. A partir del cuestionamiento de esta experiencia inicial, se se han realizado modificaciones que tratan de ajustarse más a la realidad grupal observada, dando peso a los Criterios de Realidad.

El modelo inicial en el grupo matriz será un abordaje únicamente grupal, siendo para todos los pacientes una experiencia nueva, ya que no existía ni matriz, ni historia.

A posteriori, analizando la experiencia consideré, que en este estadio embrionario en la historia grupal, el abordaje psicoterapéutico grupal como tratamiento único podía no ser suficientemente continente para permitir la digestión y elaboración de las ansiedades primitivas que moviliza el grupo, generando en los pacientes una reactivación de sus propias angustias originales, con el miedo a sentirse de nuevo mal, pudiendo ser considerado por el paciente como un un retroceso generando movimientos grupales de resistencia y ambivalencia, que impiden la evolución, el crecimiento y el cambio.

### 3. EL TRATAMIENTO COMBINADO

Sacando conclusiones de la experiencia, hemos considerado el encuadre técnico de tratamiento combinado: psicoterapia grupal semanal y psicoterapia individual quincenal o mensual. Como un modelo que pudiera responder a la

realidad observada, entendiendo desde nuestro pensamiento y correlacionándolo con el el pensamiento de Kaplan (1996).

En la psicoterapia combinada, el terapeuta ve a los pacientes individualmente y, estos, a su vez, toman parte de las sesiones de grupo, siendo el terapeuta la misma persona.

Se trata de un plan de seguimiento, en el que la experiencia grupal interactúa significativamente con las sesiones individuales y en las que la retroalimentación recíproca ayuda a formar una experiencia terapéutica integrada. El grupo ofrece a los pacientes una diversidad de personas con las que puede tener relaciones transferenciales. En el MICROCOSMOS del grupo, los pacientes pueden realizar una recapitulación correctora del grupo familiar primario.

Teniendo en cuenta a Bion: “En el grupo terapéutico los analistas, son los líderes del grupo de trabajo, cuyo objetivo es la evolución y el crecimiento psíquico del grupo”.

Los analistas movilizan las emociones primitivas o asociadas a un supuesto básico, sin poner en peligro el grupo de trabajo que garantiza la evolución y crecimiento psíquico del grupo.

Asegurando la libertad del individuo para seguir siendo individuo siendo miembro del grupo, pudiendo separar la identidad individual de la colectiva.

El grupo es un grupo lentamente abierto reflejando el ciclo de la vida en la que serán despedidas y se dan encuentros y las pudiendo trabajar con las ansiedades que ambas generan.

#### 4. OBJETIVOS DEL GRUPO QUE PRESENTAMOS

Esta propuesta tiene como objetivo responder a la necesidad de pensar en el proceso de evolución de la psicodinámica grupal, desde dos ángulos de visión, desde la conducción y la observación participante, poniendo en contraste y recuestionando la experiencia.

Parte por tanto de una necesidad, personal y profunda de pensar, planificar y cuestionar teniendo en cuenta el componente ineludiblemente subjetivo de la experiencia terapéutica pudiendo interrogar en la coterapia nuestras transferencias y contratransferencias. En nuestra experiencia creemos importante destacar los siguientes aspectos:

## 5. ENCUADRE Y METODOLOGÍA DEL GRUPO:

**ANAMNESIS DE CADA PACIENTE:** La anamnesis del paciente supone una comprensión de los factores multidimensionales y multicausales del paciente. Con ella nos acercamos a una mirada sobre su película y su protagonista, correlacionando y estableciendo vínculos entre ambas realidades. Analizando las modalidades vinculares, los mecanismos de defensa, las resistencias, los conflictos transgeneracionales, la identidad familiar, etc.

**FICHA REGISTRO DE CADA SESIÓN GRUPAL:** La ficha representa una doble mirada, desde el conductor y el observador, permitiendo contrastar, integrar aspectos parciales, confrontarnos con nuestra diferencia, en definitiva poder madurar y crecer, como personas y como grupo. Al mismo tiempo recoge, la relación y el vínculo en la coterapia y sus dificultades, en relación al momento del grupo. Estableciendo un paralelismo entre el vínculo grupal y sus etapas evolutivas e hitos y el vínculo en la coterapia.

**FICHAS DEL PROCESO DE LA PSICODINÁMICA GRUPAL.:** Las fichas de proceso, se componen de todas las sesiones que han constituido el grupo, muestran la imagen del desarrollo evolutivo del grupo. En esta ficha se recogen de forma muy escueta aspectos básicos representativos que permiten entender las fases por las que pasa el grupo a lo largo de su historia.

**FICHAS DE EXPERIENCIAS DE CONTRASTE HOMBRE FRONTERA.** A lo largo de la vida del grupo, contamos con la presencia de una persona en frontera, que nos sirve de termostato del clima grupal y que realiza un feedback y devolución a los conductores, de manera que existe una nueva visión de contraste. En relación a los pacientes, el hombre frontera es un agente evocador, aunque pueda vivirse como provocador y movilizar ansiedades. Al ser una figura idealizada, los miembros del grupo desplazan sobre él sus proyecciones y la conductora y observadora ven al grupo intercalando con él, teniendo una visión más nítida cuando las proyecciones no están dirigidas hacia nosotras. La posibilidad de ver los toros desde la barrera.

## Conclusiones

Dado que es un proceso de un grupo vivo, en el que sobre la realidad, vamos tratando de entender los fenómenos grupales que van sucediendo, pudiendo realizar sólo a posteriori el análisis y descripción del proceso vivido. De

forma paralela sucede en la vida, en la que primero uno siente y vive, proceso primario y a menudo pasan años hasta que uno entiende lo vivido, proceso secundario. Este es nuestro objetivo, tratar de entender lo vivido y generar, una experiencia de aprendizaje que en mayo compartiremos en el Simposium de la SEPTG.

## Referencias Bibliográficas

- Ayerra, J.M. (1996). *Del individuo al grupo*. Boletín 5:3-11.
- Ayerra, J.M. (2002). *De la socialización del individuo a la humanización de lo social*. Revista de psicoterapia analítica grupal. 1:27-56.
- Bion, W.R (1980). *Experiencias en grupo*. Barcelona: Paidós.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Dalal, F. (2009). *Integrando y desintegrando diferencias*. Revista de psicoterapia analítica grupal. 5:9-26.
- De Maré, P. (1997). *El grupo mediano: amistad, parentesco y Koinomía*. Boletín 7: 17-27.
- Elias, N. (1987). *El proceso de la civilización*. edit. Fondo de cultura económica.
- Foulkes, S.H. (2005). *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegao-ppress.
- Foulkes, S.H, Anthony, E.J. (2006). *Psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegao-ppress.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapia de grupo. Tipos modelos y programas*. Madrid Ed. Biblioteca Nueva.
- Grotjahn, M. (1977). *El arte y la técnica de la terapia grupoanalítica*. Paidós.
- Kaplan, H.I. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. edit. médica panamericana. pág.862.
- Nitzun, M (2000). *El antigroppo*. Boletín. 19:17-20.
- Pichón-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. México. Nueva Visión.
- Pines, M. (2014). *El fenómeno del espejo en grupoanálisis, como un proceso en desarrollo y terapéutico. Teoría y práctica grupoanalítica Vol.4:195-216*.
- Sunyer, J.M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. El proceso de co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Vinogradov, S, Yalom, I.D. (1996). *Guía Breve de psicoterapia de grupo*. Paidós Ibérica.

# TERAPIA GRUPO-ANALÍTICA CON PACIENTES PSICÓTICOS

María Cañete

*Psiquiatra, psicoterapeuta, y grupo analista*

Arturo Ezquerro

*Psiquiatra. Institute of Group Analysis*

## Resumen

Este artículo describe algunas ideas, tanto teóricas como clínicas, concernientes al tratamiento grupo-analítico de pacientes psicóticos, en el contexto de un Hospital de Día de frecuencia semanal, en un barrio multi-étnico y con un índice relativamente alto de pobreza, en el Este de Londres. Los siguientes ejemplos clínicos representan diferentes etapas en el desarrollo de la vida de uno de los grupos psicoterapéuticos dentro de este proyecto. Una de las dificultades que suelen presentar los pacientes psicóticos en un grupo de terapia es la desconfianza hacia los demás. A veces tratan de ignorar la misma existencia del grupo. Para ellos, paradójicamente, la ‘cronicidad’ les da una sensación de ‘estabilidad’. Con frecuencia, esto hace que el proceso grupal parezca estancado. Una de las tareas cruciales del terapeuta es ayudar al grupo a transformar la situación de estancamiento en una de desarrollo. Podemos concluir que, a pesar de las dudas y temores iniciales, tanto los terapeutas como la mayoría de los pacientes acabaron manifestando un mayor entusiasmo hacia la experiencia terapéutica grupal. De hecho, los pacientes de este proyecto valoraron especialmente los siguientes factores terapéuticos: 1) contar con oportunidades para comunicarse y relacionarse con otras personas que tienen problemas similares, 2) mantenerse en contacto con la realidad, 3) aprender estrategias para gestionar mejor sus ansiedades, y 4) sentirse apoyados para ser más independientes y lidiar con la vida cotidiana.

**Palabras clave:** *Psicoterapia grupo-analítica, psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenia.*

## Introducción

La ‘esquizofrenia’ y otras ‘psicosis’ son diagnósticos que, por desgracia, se han utilizado a menudo para excluir a algunas personas o para tratarlas de manera diferente. Después de haber trabajado en salud mental durante cuatro décadas, compartimos la opinión de que la psicosis es parte de un continuo. Cualquier persona puede tener potencialmente experiencias psicóticas. En nuestro trabajo, hemos visto que muchos pacientes psicóticos son capaces de utilizar sus recursos para recuperarse y elaborar creativamente dichas experiencias psicóticas.

Este proceso de recuperación mejora cuando se establece una alianza terapéutica adecuada, en la que el paciente colabora activamente en su propio tratamiento. Este es uno de los desafíos con los que nos hemos encontrado en nuestra práctica como psicoterapeutas de grupo: motivar a los pacientes a colaborar con nosotros y, también, con los otros miembros del grupo.

Hace ya bastante tiempo, uno de nosotros (AE) estaba ansioso por las dificultades en la comunicación con uno de sus pacientes: un joven con un diagnóstico de ‘esquizofrenia paranoide’. El paciente parecía retraído y desconfiado. Decidí hacerle una pregunta ingenua: “¿*Qué es la psicosis para ti?*” Me conmovió la respuesta espontánea del paciente:

*“La psicosis es una incapacidad abrumadora para sobrellevar la vida cotidiana”.*

Como profesionales de la salud mental, somos responsables de hacer todo lo posible para mitigar el sufrimiento de nuestros pacientes y para crear las condiciones óptimas que les permitan desarrollar sus recursos y relacionarse de manera satisfactoria con otras personas. Esa es la fuerza impulsora detrás del trabajo que vamos a presentar. Primero, nos referiremos brevemente a algunas publicaciones que hemos considerado relevantes. Luego describiremos nuestra propia experiencia clínica.

## La literatura

Los métodos grupales en el tratamiento de la esquizofrenia se han utilizado durante casi un siglo. Lazell (1921) utilizó técnicas educativas presentadas a sus pacientes a modo de charlas informales, seguidas de un coloquio grupal. En las décadas siguientes, autores como Semrad (1948), Standish & Semrad (1951) y Spontitz (1957) publicaron sus experiencias de tratar a pacientes psicóticos en grupos de orientación psicoanalítica. Llegaron a la conclusión de que el trabajo puramente introspectivo resultaba demasiado estresante para muchos

de sus pacientes, que requerían un apoyo más explícito y unas sesiones grupales más estructuradas. Sullivan (1953) defendió un modelo interpersonal que enfatizaba los problemas de relación en la psicosis y animaba a los pacientes a interactuar en el ‘aquí y ahora’ de las sesiones grupales.

Gradualmente, en los años setenta y ochenta se puso un mayor énfasis en los enfoques eclécticos, que combinaban de manera flexible los modelos educativos, psicodinámicos e interpersonales. Uno de los principales exponentes de este enfoque ‘integrador’ ha sido Kanas (1986, 1996). Este autor concluyó que los enfoques que fomentan la interacción obtienen mejores resultados terapéuticos que los basados en las interpretaciones psicoanalíticas.

Otros autores (Meltzer, 1979; Parloff & Dies, 1977) resaltaron que la psicoterapia de grupo es especialmente efectiva de cara a mejorar el funcionamiento social de los pacientes psicóticos, dado que les ayuda a superar su desconfianza en otras personas cuando se crea una atmósfera favorable.

Desde principios de la década de 1990, ha habido un crecimiento significativo de los enfoques grupo-analíticos para el tratamiento de pacientes psicóticos (Canete & Ezquerro, 1999, 2012, 2017; Chazan, 1993, 1999; Correale, 1999; Hummelen, 1994; Koukis, 2009; Lefevre, 1994; Milders, 1994; Prior, 2007; Resnik, 1999; Sandison, 1991, 1994; Smith, 1999; Urlic, 1999, 2010, 2012). Todos estos autores coinciden en que, para involucrar a los pacientes y hacer que el tratamiento sea efectivo, es necesario aplicar los principios grupo-analíticos de manera flexible.

Una serie de estudios de investigación recientes han concluido que la psicoterapia de grupo con pacientes psicóticos puede ser tan efectiva como la psicoterapia individual (González de Chávez et al., 2000; González de Chávez, 2009; Rico & Sunyer, 2001; García-Cabeza & González de Chávez 2009; García-Cabeza et al., 2011). Entre los resultados terapéuticos más reseñables, estos autores destacan que aquellos pacientes que mantienen la continuidad en el tratamiento grupal se vuelven más optimistas, superan su aislamiento, mejoran el autoconocimiento y logran una mayor autonomía personal. En otro importante estudio, Kapur (1999) concluyó que la terapia grupal es más efectiva cuando se combina con otros métodos de tratamiento.

## **El encuadre terapéutico**

A finales de la década de 1990, se creó una Unidad de Día en un barrio multi-étnico y con un índice relativamente alto de pobreza, en el Este de Lon-

dres, con el fin de ofrecer psicoterapia de frecuencia semanal para pacientes psicóticos. Uno de nosotros (MC) obtuvo la dirección del programa de psicoterapia de grupo dentro de este proyecto.

El programa de terapia grupal se combinó con una variedad de intervenciones terapéuticas individuales y familiares, incluyendo algunas sesiones de carácter psicoeducativo. La mayoría de los pacientes eran remitidos al proyecto por sus psiquiatras. En primer lugar, les ofrecíamos una valoración individual extensiva de su historia de relaciones de apego, desde la infancia y adolescencia hasta el momento presente. En esta valoración inicial exploramos con cada paciente la posible influencia que las rupturas traumáticas y otras adversidades tenían en sus dificultades presentes. También proporcionamos información sobre el proyecto y acordamos con los pacientes objetivos terapéuticos realistas.

Después de la valoración inicial, los pacientes son invitados a asistir a reuniones informales durante cuatro semanas, en las que tienen oportunidades de conocer al equipo y a los otros pacientes. Tras este periodo de familiarización con el proyecto, los pacientes nuevos tienen la posibilidad de decidir por sí mismos si quieren unirse al programa de terapia formal.

Todos los pacientes tienen designado un miembro del equipo con quien se reúnen regularmente para monitorizar su progreso terapéutico. En estas reuniones, los pacientes también pueden expresar sus dudas, preocupaciones o inquietudes. Todos, profesionales y pacientes, almorzamos juntos y participamos en un grupo grande de estilo comunitario, llamado ‘noticias y opiniones’.

Se trata de un foro donde todos pueden hablar sobre eventos y sucesos a nivel regional, nacional o internacional. El grupo grande también permite compartir novedades personales, intercambiar mensajes, así como tomar decisiones democráticas y consensuadas que puedan afectar al proyecto en su conjunto.

Durante el periodo de valoración, para la mayoría de los pacientes, parece claro que una de las secuelas más resaltantes después de su crisis psicótica es la manera de percibir e interpretar los avatares cotidianos. En general, existe un fuerte rechazo a introducir o aceptar cualquier tipo de cambio por temor a la descompensación y al deterioro psicótico. Las fluctuaciones normales del estado de ánimo y otras respuestas emocionales son interpretadas a veces como un presagio de catástrofe. El miedo al rechazo y al abandono se manifiesta con mayor intensidad en las situaciones sociales. Esto hace que los pacientes eviten relaciones significativas de apego, lo que les lleva al aislamiento.

Para un buen número de los pacientes remitidos a nuestro proyecto, la ‘cronicidad’ representa una forma de ‘estabilidad’ a la que ellos se aferran. Esto les impide mantener una actitud abierta y negociadora hacia los cambios impuestos por la vida misma.

En una de las sesiones del grupo grande, un paciente dijo que ya no esperaba en su vida nada que lo alegrase o enorgulleciese. Cuando algunos pacientes, que llevaban más tiempo en el proyecto, intentaron hacerle ver que su postura era demasiado pesimista, él contestó que le parecía más real aferrarse a una visión fatalista de la vida que a la quimera de una esperanza fútil. En otra sesión, otro paciente dijo que la esquizofrenia se había convertido en su ‘profesión’ ya que el estado le pagaba, a través de los beneficios de la seguridad social, un salario para continuar ejerciendo como ‘ciudadano esquizofrénico’.

El ayudar a estos pacientes a establecer un diálogo entre ellos mismos, y con los terapeutas, es un requisito indispensable para poder disminuir la defensa del ensimismamiento afectivo. El comprobar que los otros miembros del grupo saben lo que es vivir con una enfermedad psicótica, les ayuda a validar la propia experiencia, que de esta manera puede ser re-definida e integrada como parte de la experiencia de vida, y no como algo que deba ser excluido u ocultado.

## **El grupo de psicoterapia**

A continuación vamos a describir el grupo que uno de nosotros (MC) llevó durante 16 años sin solución de continuidad, en colaboración con co-terapeutas. Estos colegas se encontraban en periodo de formación y solían cambiar cada dos años, como parte de su programa clínico de rotaciones.

El grupo comenzó con cuatro pacientes y, en los meses siguientes, fue creciendo gradualmente hasta alcanzar el máximo de ocho miembros. Todos nos sentábamos en sillas iguales, organizadas en un círculo. En el proyecto había un total de 24 pacientes, y existían otros dos grupos de estas características.

Después de revisar la bibliografía sobre la psicoterapia de grupo con pacientes psicóticos, y de analizar con el equipo las ventajas y los inconvenientes sobre la posible duración de las sesiones, decidimos que éstas durasen una hora, en lugar de la hora y media tradicional de los grupos analíticos. Consideramos que de esta manera disminuiríamos el riesgo de que los pacientes perdiesen concentración e interés.

En las etapas iniciales de nuestro grupo, no nos encontramos con esos largos silencios que suelen citarse en algunas publicaciones. Buena parte de los pacientes se mostraban ansiosos por contar su historia personal. Sin embargo, a menudo, las historias eran repetitivas, carecían de dinamismo y daban la impresión de estar congeladas en el tiempo. Generalmente, los relatos iban dirigidos a los terapeutas. Llamaba la atención la falta de curiosidad e interés que mostraban por establecer un diálogo con los demás miembros del grupo; como si de esta manera quisiesen evitar la tensión creativa que se desprende de la interacción.

Tampoco se interesaban por saber qué ocurría con los miembros que estaban ausentes. El recordar a los ausentes, e interesarse por las razones de su ausencia cuando éstos volvían al grupo, era una tarea totalmente delegada en los terapeutas. En una ocasión, al preguntarle a un paciente con un diagnóstico de personalidad esquizoide por qué no nos había llamado para hacernos saber que no asistiría al grupo, éste nos contestó que no se le había ocurrido llamar ya que pensaba que su ausencia pasaría desapercibida, y que no tendría ninguna repercusión en el grupo.

Durante los primeros meses, algunos pacientes no toleraban permanecer sentados por mucho tiempo debido a su estado de agitación. En esas circunstancias, se les permitía que se pusiesen de pie; pero les pedíamos que permaneciesen dentro de la sala del grupo y les alentábamos a pensar en los motivos de su ansiedad. Era frecuente que la atribuyeran a los efectos secundarios de la medicación. Otros se mostraban preocupados por los ruidos o las voces que venían del exterior.

*Enrique, un contable de 41 años con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, expresó en la primera sesión su expectativa de recibir directivas de los terapeutas acerca de cómo funcionar en su vida, ya que su psiquiatra solía darle consejos en ese sentido. Nosotros interpretamos su necesidad de tener a alguien que tomara las decisiones por él, pero nos abstuvimos de decirle lo que tenía que hacer. En medio de la siguiente sesión, Enrique se levantó y abandonó la sala.*

Como estrategia clínica en el proyecto existe un profesional del equipo disponible que ejerce el papel de 'portero', mientras pone al día sus anotaciones clínicas. De esta manera, si un paciente abandona la sala del grupo, el profesional se encargará de hablar con él, o con ella, para averiguar las razones por las que abandonó el grupo y para ayudarle a contener la ansiedad o el enojo,

e invitarle a regresar al grupo. Esta estrategia permite que los terapeutas permanezcan en la sala y continúen trabajando con los otros miembros del grupo.

Enrique le explicó a nuestro colega ‘portero’ que había abandonado el grupo porque creía que existía un complot para hacerle creer que los demás miembros del grupo eran pacientes, cuando en realidad eran profesionales que se hacían pasar por pacientes. Enrique se mostraba inexorable en su decisión de no volver al grupo y pidió un enfoque terapéutico más directivo. En el equipo, tuvimos en cuenta su deseo y le ofrecimos sesiones individuales de terapia cognitivo-conductual. A la vez, le pedimos que aceptase participar en el grupo comunitario y en el resto del programa, de modo que mantuviese contacto con los demás pacientes del proyecto.

Este acuerdo le permitió a Enrique permanecer en el proyecto y responder favorablemente a una terapia más estructurada donde sus ideas de persecución y sus trastornos del pensamiento pudieron ser confrontados y entendidos. Siguió asistiendo regularmente al proyecto durante dos años y medio. Luego le ofrecieron una plaza para trabajar en un taller protegido fabricando marcos para cuadros. Sintió la suficiente confianza para aceptar dicha plaza y despedirse del proyecto.

Hubiese sido muy difícil contener las ansiedades paranoides de Enrique en un grupo de psicoterapia sin la estructura y el apoyo adicional del proyecto. El encuadre de comunidad terapéutica a su alrededor, aunque de carácter semanal, contribuyó a un resultado terapéutico positivo.

Mientras tanto, los miembros que permanecieron en el grupo fueron desvelando poco a poco detalles más íntimos de su experiencia personal. Sin embargo, la comunicación interpersonal en los dos primeros años de vida del grupo seguía dirigida mayoritariamente a los terapeutas y no a los otros miembros. Durante esa etapa, los temas más comunes tratados en el grupo pueden ser resumidos como sigue:

- La difícil relación con el padre o los padres ausentes.
- La experiencia traumática de la crisis psicótica.
- La falta de motivación.
- La relación con los hermanos.
- La experiencia escolar y con amigos.

Es interesante resaltar que, en los periodos iniciales, los pacientes raramente hablaban de la relación con la madre. Nos preguntamos si a un nivel menos consciente existía una necesidad de proteger a la madre o figura materna de los pensamientos y sentimientos hostiles. A veces los pacientes describían situaciones de abandono o negligencia, en las cuales las madres no pudieron hacerse cargo de ellos. Sin embargo, esta experiencia no iba asociada abiertamente a sentimientos de enojo o de rabia. Más bien, los pacientes tendían a percibir a sus madres como víctimas que habían sobrevivido a crisis y circunstancias adversas. Además, tendían a defenderlas de toda crítica y a justificar su conducta.

En mi posición de mujer terapeuta, no pude por menos que considerar el contenido transferencial de esa actitud hacia la figura materna. Ellos casi nunca expresaban sentimientos críticos o de enfado hacia mí que, como sus madres, debía trabajar en condiciones difíciles. De hecho, tendían a mostrarse ‘protectores’ hacia mi persona. En una ocasión, varios miembros del grupo se sintieron ofendidos porque el acompañante de un paciente nuevo me preguntó al llegar al proyecto si yo era paciente o terapeuta. Ellos dijeron no entender cómo se le pudo ocurrir a esta persona que yo podría ser una paciente.

En esta etapa del desarrollo temprano del grupo, consideré necesario abstenerme de hacer interpretaciones transferenciales directas. Me daba cuenta de que ellos necesitaban reproducir en la terapia algunos elementos de la situación de apego temprano con la madre, o figura materna, que es percibida como imprescindible para su propia supervivencia, por más desfavorable que este apego hubiera podido ser.

A pesar del esfuerzo de cada miembro por establecer una relación con los terapeutas, el grupo era percibido por algunos de los pacientes como si de un ‘extraño’ se tratase. El revelar experiencias íntimas no siempre significaba que el paciente hubiera desarrollado un sentido de pertenencia grupal, o una capacidad de confiar en los otros miembros del grupo. En general, esto indicaba una dificultad para regular la distancia emocional, o para establecer relaciones interpersonales basadas en la reciprocidad y la mutualidad.

*José, un carpintero de 23 años con una marcada personalidad esquizoide, contó en el grupo que había ofrecido alojamiento a un desconocido sin techo. A la mañana siguiente, José descubrió con asombro que el desconocido le había robado sus posesiones más valiosas. Esta fue una experiencia devastadora que le despertó una ansiedad persecutoria muy intensa.*

*José reveló en el grupo que había decidido llevar siempre consigo un cuchillo. A pesar de haber hablado abiertamente de esta experiencia traumática, lo que nos hizo albergar cierta esperanza en cuanto a su integración, José se mantuvo emocionalmente distante e inaccesible. Al poco tiempo dejó el grupo.*

Hacia los ocho o nueve meses de vida, los bebés que tienen un apego o vínculo emocional seguro con los padres (o figuras parentales) comienzan a mostrarse cautos hacia los desconocidos. Este cambio es una manifestación de la creciente capacidad de regular la distancia emocional y de discernir entre las personas familiares y los extraños. Esta fase del desarrollo es fundamental para establecer la base de futuras relaciones satisfactorias y para protegerse de amenazas externas (sobre todo en este mundo lleno de vicisitudes y peligros, en el que vivimos).

En circunstancias favorables, el niño aprenderá progresivamente a confiar en las personas que le resultan familiares y que despiertan su confianza. También aprenderá a mostrarse cauteloso y a mantenerse al margen de los desconocidos. Esto le ayudará a disminuir el riesgo de abusos o explotaciones. La capacidad de regular la distancia puede ser severamente perturbada, sobre todo si el vínculo inicial con las figuras de apego primordiales es abusivo o está ausente. En estas circunstancias traumáticas, el niño o la niña tenderán a formar vínculos inapropiados que perpetuarán el círculo vicioso de daño emocional y aislamiento (Bowlby, 1988; Ezquerro, 2010, 2017a, 2017b).

## **El desarrollo de una cultura grupal**

Nosotros intentamos fomentar una cultura que favorezca la verbalización, la comprensión y la integración de la experiencia psicótica, con el objetivo de permitir que los pacientes abandonen gradualmente su tendencia a encapsular los aspectos difíciles y perturbadores de su personalidad.

En este sentido, es sumamente importante que los pacientes psicóticos puedan percibir el grupo como un espacio benigno donde hablen sin temor de sentirse perseguidos. Si esto se consigue, los pacientes aprenden progresivamente a relacionarse entre ellos de modo más directo, sin tener que delegar esta función en los terapeutas.

Una manera de lograr este objetivo es a través del uso de metáforas, las cuales constituyen una manera útil y efectiva de comunicar tanto pensamientos como sentimientos. Las metáforas permiten una aproximación a la reali-

dad pero manteniendo cierta distancia. Esto facilita que los pacientes puedan establecer conexiones y reflexionar sobre sus sobrecogedoras realidades, sin sentirse demasiado amenazados o expuestos. Podríamos decir entonces que las metáforas ayudarían de manera indirecta a restaurar y desarrollar la capacidad de regular las distancias.

Cox & Theilgaard (1987) ofrecen una descripción de su experiencia en el uso de lo que ellos llaman ‘metáforas mutativas’, en la terapia grupal de pacientes con trastornos delictivos serios. Sus ideas son originales y reveladoras y su libro se ha convertido, a nuestro criterio, en un clásico en este campo. Cox y Theilgaard explican cómo una metáfora puede ayudar a alcanzar la profundidad antes de alterar la superficie. En contraste con el efecto que tendría una interpretación más aguda y directa. Dicho de otro modo, las metáforas estimulan el esfuerzo hacia una mayor comprensión pero sin amenazar demasiado las defensas que los pacientes psicóticos erigen, contra la toma de conciencia de aquellas experiencias que les resultan intolerables.

*En el centro de la sala donde se reúne el grupo, hay dos mesas de café adosadas. Encima hay una maceta con una ‘planta araña’. Al comienzo de una sesión, Gregorio y Darío se enfrascaron en una conversación al tiempo que trataban de alinear y juntar perfectamente las dos mesas. Se me ocurrió comentar que ambos parecían querer acomodar las mesas en nombre de todo el grupo. Darío respondió: “Soy un perfeccionista y el espacio entre las mesas me trastorna”.*

*Gregorio agregó que él también era un perfeccionista, y le inquietaba la idea de que, si la ranura se hacía mayor, la maceta se caería al suelo y se rompería. Jaime expresó interés en esta conversación y dijo: “Si la maceta se rompe la tierra caería al suelo y mancharía la sala, y alguien tendría que limpiarla”.*

*En ese momento todos los miembros del grupo se mostraron involucrados. Julio agregó que no le preocupaba tanto la suciedad como lo que le pasaría a la planta si ésta perdía la tierra que la alimentaba. Sofía comentó con ansiedad: “La planta morirá si pierde su continente y su alimento”. Gregorio, que había estado escuchando atentamente, añadió: “La planta araña es muy tenaz que puede sobrevivir sin que se la cuide mucho”. Pilar le respondió que a pesar de ello la planta necesitaría de un nuevo continente, a lo que Julio respondió diciendo que las macetas (continente) podían ser reemplazadas pero la vida no...*

Durante el transcurso de este diálogo, mi co-terapeuta y yo nos sorprendimos de que los miembros del grupo estuviesen participando activamente sin requerir nuestra intervención. Siguiendo las reflexiones de Julio acerca del con-

tinente y la vida hubo una pequeña pausa; tras la cual dije que las vicisitudes de la planta podrían ser entendidas como una metáfora de sus experiencias psicóticas en las que sufrieron pero sobrevivieron. Todos escucharon mi comentario con atención.

La metáfora de las mesas adosadas y la planta araña permitió que los miembros del grupo explorasen más abiertamente los factores que contribuyeron a su enfermedad. Durante varias sesiones éste fue el tema principal. La mayoría manifestó un fuerte sentimiento de pérdida. Algunos explicaron que sentían como si sus vidas hubiesen sido separadas en dos partes con una brecha entre ellas (como las dos mesas en la sala). Otros dijeron que la brecha la constituían todos esos años de enfermedad o crisis, en los que deambulaban por la vida sin rumbo, y sin poder integrar sus actos y pensamientos de una manera coherente.

La mayoría de los pacientes habían tenido su primer episodio psicótico en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta. Esto supuso un ‘arresto’ de su desarrollo que les impidió lograr metas como hacer una carrera, casarse y tener hijos, según sus propias palabras. Su potencial fue dañado por la enfermedad psicótica y este sentimiento de pérdida estaba particularmente arraigado en los miembros de más edad. A pesar de su pesimismo mostraban, la mayoría apreciaba la oportunidad de recuperar un sentido de pertenencia grupal; y de poder apoyarse y comprenderse mutuamente.

El trabajo que realizaron en el grupo sobre estos temas, de manera continuada, les ayudó a mejorar su auto-estima. Gradualmente, se sintieron más esperanzados de poder establecer relaciones significativas con otras personas dentro y fuera del grupo. Algunos comentaron que si hubiesen tenido un grupo como éste muchos años atrás, tal vez les habría protegido de la descompensación psicótica y les habría ayudado a aprovechar mejor sus oportunidades. Este material clínico nos hizo pensar en la importancia de los programas de intervención terapéutica temprana en la psicosis.

### **Desarrollos recientes: el proceso de separación-individuación**

A través de los dieciséis años de la vida de este grupo, ha habido llegadas y salidas. Un miembro del grupo falleció de manera repentina, pero nadie en el grupo expresó abiertamente sentimientos de pérdida por su muerte. El expresar sentimientos en relación a las ausencias o las despedidas continúa siendo una tarea difícil para los miembros del grupo. Sin embargo, hemos observado

desarrollos positivos en la capacidad del grupo para lidiar con las idas y venidas (tanto de pacientes como de profesionales).

La reacción más frecuente sigue siendo la del silencio. Pocos miembros se aventuran a hacer explícitos sus sentimientos acerca de los encuentros y de las separaciones. Parece que necesitasen ignorar de manera defensiva todo lo asociado con el abandono o la rivalidad, corroborando el refrán: 'ojos que no ven corazón que no siente'. Sin embargo, en los cuatro o cinco últimos años, las reacciones a la llegada de nuevos miembros al grupo se han hecho más evidentes, sobre todo cuando el nuevo miembro presenta aspectos que parecen discrepar de la norma grupal. Este fenómeno pudo verse con claridad en los momentos de la partida de Martín y la llegada de Luis.

*Martín, de 36 años, tuvo su primera crisis cuando estaba a punto de terminar la carrera de arquitectura a los 24 años. El psiquiatra que lo trató, le diagnosticó una psicosis maniaco-depresiva que él hasta entonces había tratado de controlar bebiendo en exceso. Las fluctuaciones de su estado de ánimo se sucedían con frecuencia y no le permitieron terminar la carrera.*

*Martín asistió al proyecto durante cuatro años. Inicialmente, su interacción con otras personas estaba caracterizada por la expectativa de lograr un alto nivel de comunicación intelectual; y por su intolerancia hacia lo que consideraba largas e inútiles discusiones. En más de una ocasión Martín abandonó la sala del grupo de manera abrupta porque, según su criterio, la conversación era circular y no llevaba a ninguna parte.*

*Esta conducta era una reactivación de su dificultad para establecer relaciones estables. Con mucha frecuencia había tenido altercados con sus amistades y enfrentamientos con los servicios públicos. El problema se agudizó al no aprobar su último examen en la universidad, lo que le impidió terminar sus estudios y marcó el inicio de su 'carrera' como enfermo mental. Le llevó bastante tiempo entender que su intolerancia hacia los demás era en parte un reflejo de su lucha por alejar de su conciencia su propio sentido de fracaso y estancamiento.*

*Durante los dos últimos años de su terapia Martín trabajó con empeño para reconducir su energía hacia sus estudios y consiguió terminarlos, casi una década después de su primera crisis psicótica. Su relación con el grupo y con el mundo externo mejoró llamativamente. El éxito en sus metas académicas le dio la suficiente confianza para finalizar su tratamiento de una manera planeada y positiva.*

La partida de Martín fue elaborada por el grupo, pero sólo en cierta medida. Los otros miembros sintieron que era un paso positivo para él y lo despi-

dieron con buenos augurios para el futuro. Sin embargo, la mayoría se abstuvo de explorar sus propios sentimientos. Un miembro comentó que el tema de la separación le producía angustia y tristeza. Aceptamos que le resultaba difícil indagar en sus propios sentimientos, pero le sugerimos que sería importante abordarlos cuando se sintiese mejor preparado.

Poco tiempo después de la partida de Martín, los pacientes exploraron la relación con figuras de autoridad y aparecieron sentimientos de competición y rivalidad entre ellos mismos. Esto se hizo aún más evidente con la llegada de Luis, un ex-funcionario de 39 años con una historia de psicosis maniaco-depresiva y una marcada personalidad narcisista. Nada más llegar Luis, él y Julio comenzaron una fuerte lucha por la supremacía intelectual en el grupo. En esos momentos, Julio era el miembro que llevaba más tiempo en el grupo (casi seis años).

Habitualmente, cuando se establecía una batalla verbal entre el miembro más antiguo y el recién llegado, el resto del grupo permanecía en silencio y se resistía a involucrarse en la confrontación. Mi co-terapeuta y yo estábamos preocupados por la nueva dinámica establecida en el grupo y tratábamos de crear un espacio para que los miembros silenciosos pudiesen expresar sus sentimientos acerca de lo que estaba ocurriendo en la sesión.

*Jaime un bañil de 28 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, comentó que el no siempre podía seguir la conversación porque el lenguaje empleado por Julio y Luis era demasiado sofisticado. A continuación dijo que le resultaría embarazoso tener que interrumpir la conversación para preguntar el significado de algunas palabras. La intervención de Jaime fue acogida con simpatía por otros miembros del grupo que lo instaron a que continuase explicando cómo se sentía. Entonces Jaime dijo que no quería tener ninguna discusión. Tras una pausa agregó que siempre que había una discusión escondía la cabeza debajo de la tierra como el avestruz.*

*Gregorio comentó que el grupo había cambiado; para él, la atmósfera en la habitación se había vuelto tensa y eso hacía que ya no se sintiese a gusto en el grupo. Además, Gregorio sentía que tanto él como los demás miembros del grupo habían dejado de hablar de las cosas que eran importantes para ellos, porque ya no se sentían seguros.*

Tras la sesión pensamos que esos sentimientos tensos podrían estar enmascarando la dificultad que el grupo tenía para elaborar el duelo por la partida de Martín quien, a pesar de un comienzo conflictivo, se había convertido en una persona valorada, cálida y solícita con los demás. El grupo sólo era capaz de percibir sentimientos positivos hacia Martín, mientras Luis parecía generar y absorber la mayor parte de la hostilidad grupal.

Esta dinámica de ‘chivo expiatorio’ nos obligó a los dos co-terapeutas a intervenir activamente durante las semanas siguientes; hasta que los demás pacientes aceptaron que también sentían algo de hostilidad hacia Martín por haberlos ‘abandonado’. Este cambio permitió que Luis fuese aceptado como miembro de pleno derecho.

## **Conclusión**

Los pacientes psicóticos a menudo tienen antecedentes de experiencias traumáticas y rupturas de sus vínculos afectivos primarios, lo que dificulta su capacidad para confiar en las personas y establecer futuras relaciones de apego satisfactorias. Su capacidad de comunicación, intimidad y participación en la matriz social generalmente se ve afectada. Los grupos terapéuticos ofrecen buenas oportunidades para que estos pacientes mejoren su capacidad de relacionarse.

Una de las ventajas de la terapia de grupo con pacientes psicóticos es que les permite participar en la medida en que se sientan cómodos. Los pacientes más retraídos pueden inicialmente dedicarse a escuchar la contribución de los otros miembros, incluso durante semanas, hasta que se sientan lo suficientemente seguros para expresar sus ideas. El terapeuta tiene que intervenir con más frecuencia que en grupos con pacientes neuróticos y tiene que estar muy alerta ante aquellas situaciones que amenacen la supervivencia del grupo.

En contraste con la terapia individual, el grupo provee muchas oportunidades para que los pacientes se ayuden mutuamente y se conviertan en agentes activos de su propio tratamiento. El darse cuenta de que su contribución es útil y valorada por los demás constituye un gran aliciente, que les da un voto de confianza y de bienestar. Esto es especialmente importante para los pacientes psicóticos, quienes muchas veces sienten que no tienen nada que ofrecer a los demás.

Para valorar si una intervención terapéutica es apropiada, hay que tener en cuenta el estado de desarrollo grupal. Una intervención que resulta provechosa en un grupo maduro puede amenazar la estabilidad de un grupo recién iniciado y frágil. De la misma manera una intervención que resulta necesaria para aumentar la cohesión en las etapas iniciales del grupo, puede resultar redundante en un grupo bien establecido y maduro.

Cuando se trabaja con pacientes psicóticos, incorporar la terapia de grupo dentro de un programa terapéutico más amplio (como en la filosofía de la comunidad terapéutica) hace que éste sea más efectivo. En ese sentido, el trabajo en equipo juega un papel esencial. Es importante que el propio equi-

po de profesionales trabaje también sus sentimientos ‘contra-transferenciales’ con el propósito de convertirse en un grupo cohesivo, para asegurar tanto la supervivencia del equipo como la de los pacientes. Las reuniones de supervisión regulares con un profesional externo al proyecto son una gran ayuda para conseguir este objetivo.

En nuestra experiencia de los últimos dieciséis años, un modelo grupo-analítico flexiblemente modificado resulta beneficioso y productivo para la mayoría de estos pacientes. Las adaptaciones del modelo requieren una participación más activa del conductor del grupo de la que habitualmente tiene con pacientes no-psicóticos. Esto incluye estimular de modo específico la interacción entre los pacientes a fin de que se relacionen mutuamente dentro de unos niveles tolerables.

Como la transferencia de los pacientes psicóticos no es siempre psicótica, el conductor ha de decidir cuándo es factible utilizar interpretaciones transferenciales, en términos psicoanalíticos, y diferenciar cuándo y cómo otros tipos de intervención puedan ser más seguros y efectivos.

Las metáforas son una parte substancial del repertorio grupo-analítico. Los pacientes psicóticos pueden hacer buen uso de ellas para entender sus propios problemas desde una cierta distancia, sin sentirse desbordados por emociones demasiado personales. Nuestro colega grupo-analítico Andrew Powell (1982) nos inspiró al decir que, cuando una metáfora es asimilada y entendida, la reflexión y el darse cuenta se realzan, el pensamiento abstracto se ensancha y la necesidad de funcionamientos defensivos disminuye.

La continuidad y la estabilidad de nuestro proyecto a largo plazo, en el contexto de un enfoque de comunidad terapéutica, ayudaron a la mayoría de nuestros pacientes a progresar hacia una vida más autónoma y plena. La tarea fue desafiante y, a veces, desalentadora; pero la experiencia general resultó ser satisfactoria y gratificante.

**Nota:** El material clínico ha sido anonimizado, según las estrictas pautas del ‘General Medical Council’, Reino Unido. Se han cambiado nombres y circunstancias para proteger la confidencialidad de los pacientes. En la publicación de este artículo, los autores no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias Bibliográficas

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Canete, M., & Ezquerro, A. (1999). Group-analytic psychotherapy of psychosis. *Group Analysis*, 32, 507–514.
- Canete, M., & Ezquerro, A. (2012). ‘Bipolar affective disorders and group analysis’. *Group Analysis*, 45: 203–217.
- Canete, M., & Ezquerro, A. (2017). ‘Developing a group-analytic culture in a day project for psychotic patients’. *Psychosis*, 9: 149-156
- Chazan, R. (1993). ‘Group analytic therapy with schizophrenic outpatients’. *Group*, 17: 164–178.
- Chazan, R. (1999). ‘The group as therapist for psychotic and borderline personalities’, in V. L. Schermer & M. Pines (eds.), *Group Psychotherapy of the Psychoses* (pp. 200–220). London: Jessica Kingsley.
- Correale, A. (1999). ‘Empathy with psychotic states in the institutional group’. *Group Analysis*, 32: 525–534.
- Cox, M., & Theilgaard, A. (1987). ‘Mutative metaphors in psychotherapy’. London: Tavistock Publications.
- Ezquerro, A. (2010). ‘Cohesion and coherency in group analysis’. *Group Analysis*, 43: 496–504.
- Ezquerro, A. (2017a). *Encounters with John Bowlby: Tales of Attachment*. London and New York: Routledge.
- Ezquerro, A. (2017b). *Relatos de apego: encuentros con John Bowlby*. Madrid: Psimática.
- García-Cabeza, I., Ducaju, M., Chapela, E., & Gonzalez de Chavez, M. (2011). ‘Therapeutic factors in in-patients groups with psychosis’. *Group Analysis*, 44: 421–438.
- García-Cabeza, I., & González de Chávez, M. (2009). ‘Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia’. *Psychosis*, 1: 134–144.
- González de Chávez, M. (2009). ‘Group psychotherapy and schizophrenia’, in Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A-L. S. Silver, & B. Martindale (eds.), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychosis* (pp. 251–266). New York: Routledge.
- González de Chávez, M., Gutiérrez, M., Ducajú, M., & Fraile, J. C. (2000). ‘Comparative study of therapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients’. *Group Analysis*, 33: 241–264.
- Hummelen, J. W. (1994). ‘Group analysis and the psychoses’. *Group Analysis*, 27: 389–391.

- Kanas, N. (1986). 'Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies'. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(3): 339–351.
- Kanas, n. (1996). *Group therapy for schizophrenic patients*. WA: American Psychiatric Press.
- Kapur, R. (1999). 'Clinical interventions in group psychotherapy', in V. L. Schermer & M. Pines (Eds.), *Group Psychotherapy of the Psychoses* (pp. 280–300). London: Jessica Kingsley.
- Koukis, A. E. (2009). 'Depression in psychosis and the therapeutic impact of the group-analytic group'. *Psychosis*, 1: 167–177.
- Lazell, E. W. (1921). 'The group treatment of dementia praecox'. *Psychoanalytic Review*, 8: 168–179.
- Lefevre, D. C. (1994). 'The power of counter-transference in groups for the severely mentally ill'. *Group Analysis*, 27: 441–447.
- Meltzer, M. (1979). 'Group treatment to combat loneliness and mistrust in chronic schizophrenics'. *Hospital Community Psychiatry*, 30: 19.
- Milders, C. (1994). 'Kernberg's object-relations theory and the group psychotherapy of psychosis'. *Group Analysis*, 27: 419–432.
- Parloff, M. B., & Dies, R. R. (1977). 'Group psychotherapy outcome research'. *International Journal of Group Psychotherapy*, 27: 281.
- Powell, A. (1982). 'Metaphor in group analysis'. *Group Analysis*, 15: 127–135.
- Prior, J. (2007). 'Psychosis and the therapeutic potential of group analytic psychotherapy'. *Advancing Practice in Bedfordshire*, 4: 6–14.
- Resnik, S. (1999). 'A biography of psychosis: individuals, groups and institutions', in V. L. Schermer & M. Pines (eds.), *Group Psychotherapy of the Psychoses* (pp. 97–128). London: Jessica Kingsley.
- Rico, L., & Sunyer, M. (2001). 'Análisis Comparativo de los Factores Terapéuticos Grupales en la Esquizofrenia II): Resultados y discusión'. *Psiquis*, 22: 57–72.
- Sandison, R. (1991). 'The psychotic patient and psychotic conflicts in group analysis'. *Group Analysis*, 24: 73–83.
- Sandison, R. (1994). 'Working with schizophrenics individually and in a group: understanding the psychotic process'. *Group Analysis*, 27: 73–83.
- Semrad, E. V. (1948). 'Psychotherapy of the psychosis in a state hospital'. *Diseases of the Nervous System*, 9: 105–111.

- Smith, J. (1999). 'Five questions about group therapy in long-term schizophrenia'. *Group Analysis*, 32: 515–524.
- Spotnitz, H. (1957). 'The borderline schizophrenic in group psychotherapy: The importance of individuation'. *International Journal of Group Psychotherapy*, 7: 155–174.
- Standish, C. T., & Semrad, E. V. (1951). 'Group psychotherapy with psychotics'. *Journal of Psychiatric Social Work*, 20: 143–150.
- Sullivan, H. S. (1953). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Ulic, I. (1999). 'The therapist's role in the group treatment of psychotic patients and outpatients: A foulkesian perspective', in V. L. Schermer & M. Pines (eds.), *Group Psychotherapy of the Psychoses* (pp. 148–180). London: Jessica Kingsley.
- Ulic, I. (2010). 'The group psychodynamic psychotherapy approach to patients with psychosis'. *Psychiatria Danubina*, 22: 10–14.
- Ulic, I. (2012). 'Group psychotherapy for patients with psychosis: A psychodynamic (Group-Analytic) approach', in J. L. Kleinberg (ed.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy of the Psychoses* (pp. 547–570). Chichester, UK: John Wiley.

**\*María Cañete**, psiquiatra, psicoterapeuta psicoanalítica, y grupo analista, es profesora en el *Institute of Group Analysis* y, durante dos décadas, ha sido directora del programa de psicoterapia de grupo en el London University College Hospital, y en un centro de día para pacientes psicóticos en un populoso distrito en el Este de Londres. Es autora de numerosas publicaciones sobre psicoterapia grupo-analítica en inglés, castellano y alemán. Email: maria.canete@ntlworld.com

**\*\*Arturo Ezquerro** se formó en la Tavistock Clinic de Londres como psiquiatra infanto-juvenil, psicoterapeuta psicoanalítico, y grupo analista. Es profesor y tutor en el *Institute of Group Analysis*, y durante tres décadas fue Jefe de los Servicios Públicos de Psicoterapia en el distrito londinense de Brent. Ha publicado más de 60 trabajos en 5 idiomas, y los libros 'Relatos de apego' (Psimática, Madrid), y 'Encounters with John Bowlby' (Routledge, Londres y Nueva York). Email: arturo.ezquerro@ntlworld.com

## Reflexiones Teórico-Prácticas



## Ecós del Grupo Grande de Santander

Concha Oneca y Francisco del Amo  
*Psicoterapia individual y grupal.*  
Pamplona

Nos reunimos este año bajo la leyenda de Babel. Una parte importante de la humanidad de la época se concentra en una zona geográfica próxima a la cuenca de los ríos Eúfrates y Tigris. Tienen en común una experiencia traumática. Todos han probado lo que es huir de una catástrofe natural aterradora: aquello que llamaron diluvio y que interpretaron como castigo de los dioses. Seguramente forma parte de un instinto que ya se manifiesta en los cardúmenes de peces, las bandadas de aves y los rebaños de mamíferos. Parece que formar parte de algo más grande nos protege y, quizás en los humanos pueda tener un incentivo adicional de orden espiritual.

Sin embargo, cuando inician un proyecto común, aparece el símbolo de la diversidad de lenguas como impedimento que arruina el proyecto, siendo interpretado como castigo de Dios.

Resulta encantador asistir a las asambleas de los pájaros en los árboles al atardecer. Los egipcios decían que los dioses hablaban la lengua de los pájaros. La lengua de la sabiduría y Toth representado como un ibis fue quien creó un lenguaje por el que pudiéramos acercarnos a esa sabiduría. Un lenguaje que nos permite compartir bajo el Roble sagrado las inquietudes de la tribu. Y no es fácil porque, podemos ver en las alegorías de los alfabetos de los árboles, que cada tribu ha encriptado sus sabidurías para evitar el robo de las mismas y la desactivación, en consecuencia, de sus poderes mágicos o divinos. De esta manera, cada lenguaje dice lo que dice obviamente, más lo que quiere decir, más lo que encubre fuera incluso de la comprensión consciente de quien lo usa. Patrick De Mère decía que había que escuchar la música del grupo y seguramente se refería a algo parecido a aquél murmullo de las hojas de los

árboles movidas por la brisa que anunciaba el paso de Merlín con su sabiduría. Entonces había que buscar el roble que pudiera cobijarnos a todos y comenzar nuestra asamblea.

Buscar un roble adecuado es ya un problema. Nosotros lo experimentamos cuando en 1986 tuvimos que ubicar aquél grupo grande del Symposium de Pamplona con Patrick De Mère y lo hemos revivido en cada nueva ocasión en que hemos tenido el privilegio de escuchar a nuestros grupos grandes. Siempre recordamos los minutos que preceden al comienzo del grupo corriendo poniendo y contando sillas. Y esos minutos siempre son menos que los que prevé el programa como espacio entre el final de una actividad y el comienzo del Grupo Grande.

Nosotros hemos organizado y colaborado con la organización de varios de los encuentros de la S.E.P.T.G. y tenemos una idea de lo que supone. Cuando se prevé que se ha de reunir un grupo de tantas personas hay que pensar dónde y cómo hacer para que en el momento de iniciar el grupo esté el espacio disponible y las sillas esperando a los participantes. Y esto tiene una importancia capital a la hora de comprender los contenidos que formarán parte del dialogo que tratará de abrirse paso a continuación.

Por ejemplo, en esta última experiencia, preparando la primera reunión del Grupo Grande, nos encontramos en una carrera frenética por colocar las sillas en un espacio que no era suficiente para todos los inscritos. Concretamente, poniendo las sillas absolutamente encajadas unas con otras y reservando un espacio de puerta mínimo, vimos que, las pusiéramos como las pusiéramos, no cabían las 10 sillas que faltaban. Nos planteamos volver a empezar la ubicación en otro espacio pero ninguno parecía ofrecer mejores condiciones. Por fin decidimos empezar el grupo en esas condiciones y hubo dos contenidos que nunca podremos asegurar que se correspondían al propio devenir del dialogo grupal en la experiencia de grupo grande o a la realidad de su mala ubicación.

El primero fue que alguien saco su teléfono móvil y pareció que fotografiaba o filmaba la sesión, desarrollándose una reacción de protesta por la posible transgresión del principio de confidencialidad que los conductores habíamos solicitado como acuerdo básico del grupo. Bien es verdad que se gestionó en términos de confianza y desconfianza y el grupo lo elaboró pero el hecho es que fuera del grupo, estuvieran o no, había 10 personas a quienes no habíamos podido recibir en el grupo, que tendrían derecho a disponer de la información íntegra de lo que estaba pasando allí.

El segundo ocurrió hacia el final de la sesión. Aparecieron contenidos de inquietud relacionados con sensaciones de opresión y deseos de marcharse. Sí que es cierto que en este tipo de experiencias aparecen estas sensaciones, pero en este caso, cabía dudar si la realidad de la ubicación podría ser suficiente razón para generar una claustrofobia.

Para el siguiente encuentro descubrimos que los tabiques eran móviles y se podía generar una sala de mayor tamaño. Teníamos dos opciones: una sala muy larga y sin columnas y otra más cuadrada pero con columnas por medio. Las columnas eran muy gruesas y amenazaban con complicar la visión global del grupo y su espacio vacío dentro, así que optamos por la sala larga. El resultado fue un óvalo excesivamente largo. No sabemos si las columnas habrían limitado la visión mutua tanto como lo hicieron las dos largas líneas rectas que resultaron, pero el grupo toleró bien la distancia entre los extremos, se corrigieron los problemas de volumen de voz y se generó una rica comunicación.

Para el siguiente encuentro decidimos repetir este formato. Entonces descubrimos que el Hotel tenía un protocolo de actuación escrito que preveía que empleado tenía que estar haciendo qué a qué hora y dónde. Tras la anterior sesión del grupo, La Organización del Symposium había establecido el protocolo con la Dirección del Hotel cosa que fue vital y hubiera sido venturosa si todas las actividades que precedían al grupo grande hubieran terminado a tiempo. No fue así de manera que a la hora de iniciar el grupo faltaban de colocar un buen montón de sillas y los operarios que tenían encomendada la labor ya tenían que estar en otras cosas. Nos confiamos en que faltarían muchos participantes que habrían partido a sus lugares de procedencia y no fue así. El resultado fue que uno de nosotros estuvo ejerciendo de acomodador durante un buen rato acarreando las sillas que no se trasladaron en su momento.

También este hecho generó un artefacto en el proceso grupal, apareciendo la atribución de la incomodidad a la falta de puntualidad de los que iban llegando. Nos parece que fue una buena idea el haber cortado de raíz esto asumiendo que nos equivocamos no colocando todas las sillas previstas.

Hemos querido aportar estos hechos para facilitar la labor de quienes tomen en adelante el cuidado de estos grupos. Se dudaba últimamente del interés de seguir explorando este mundo de los grupos grandes en el marco de nuestros encuentros. La asistencia a las sesiones de grupo grande en Santander ha sido masiva y la participación muy activa y enriquecedora.

Es un tópico de nuestra Sociedad que el grupo grande es una experiencia tremenda que asusta a quienes nos contactan por primera vez. No tenemos esa impresión. Los jóvenes participan muy activamente. Quizás haya que considerar dos factores. Por una parte los jóvenes que nos llegan vienen mejor formados y quizás los adultos tengamos el Narcisismo, como diría Fernando Arroyave, mejor analizado de manera que todos estemos más proclives a compartir y a explorar juntos esta opción de la humanidad. Nuestra experiencia de grupo grande de Santander nos ha parecido derivar en este sentido.

Volvamos a Babel. Cuando la experiencia comunitaria fracasa por la dificultad para entenderse, se mantiene el liderazgo de Nemrod cuyo currículum es el poder. Siempre ha sido así. Y seguimos sin renunciar a la omnipotencia infantil, generando héroes que la personalicen. Pero no olvidemos que las exploraciones arqueológicas que han buscado La Torre De Babel no la han encontrado. Lo que han encontrado son cientos de mastabas de dos o tres pisos en cientos de ciudades de esa época en ese entorno, culminadas por el templo de alguna deidad protectora. Parece que el objetivo de llegar al cielo se sustituyó por entronizar mediadores en el diálogo con los dioses. Estas mismas construcciones han aparecido en muchas culturas de todo el mundo y, en la misma línea, hemos llenado las cumbres de nuestros montes de ermitas de la protectora contra tormentas, Santa Bárbara y del conductor de almas al cielo, San Miguel entre otros mediadores.

Nos deseamos seguir apostando por esta predisposición humana a aprender compartiendo la experiencia y las reflexiones que genera posteriormente. Quizás el Arbol sea un buen símbolo del lugar de reunión y diálogo entre humanos escuchando la algarabía de los dioses hablando la lengua de los pájaros.

# TRATANDO LA PSICOSIS DESDE UN NUEVO ENCUADRE GRUPAL

Adolfo García de Sola Márquez

*Psicólogo Clínico*

*U.G.C. Salud Mental. Área de Gestión  
Sanitaria Sur de Sevilla.*

*Servicio Andaluz de Salud*

## Resumen

Tratamos sobre un encuadre terapéutico grupal, desarrollado en dispositivos asistenciales de Salud Pública, que utiliza determinadas técnicas relacionadas con el manejo de los estados de conciencia.

Trabajando con la psicosis, los planteamientos psicoterapéuticos más convencionales no suelen mostrar un éxito claro y la medicación, aunque pueda ayudar, no logra, normalmente, resultados óptimos y es causa, además, de efectos secundarios signifi-

cativos.

En cuanto a los métodos que buscan alterar el estado de conciencia con un propósito terapéutico, tienen una larga y extensa historia a través de diversas culturas, con enfoques muy diferentes, algunos discretos en su fenomenología y otros más espectaculares, y con distintos grados de profundización en el trabajo de trance utilizado.

Estudiar estas experiencias nos lleva a plantear nuestros grupos desde puntos de vista peculiares en cuanto a lo práctico y a lo teórico. Por otra parte, la literatura ha demostrado que terapeutas con una larga experiencia, tienden a tener buenos resultados al utilizar técnicas alternativas cuando actúan con personas afectadas de psicosis.

Nuestras intervenciones son flexibles, sin que ello signifique que no se siga cuidadosamente el desarrollo de la sesión, las sugerencias de quienes participan y el ritmo que marcan. Para ello es esencial mantener una escucha constante.

En los grupos utilizamos algunas líneas que ayudan a abrir el camino a otros estados de conciencia diferentes a los normales; por ejemplo, los sueños o el revivir los sentimientos experimentados en el momento en que alguien alucina o delira. También es efectivo recordar y reavivar situaciones en las que alguien se siente especialmente bien, o hacer entrar y salir de los diversos estados que se experimentan mientras se desarrolla la inducción, etc.

En nuestro enfoque, el concepto de Disociación es fundamental para la comprensión y el manejo de los estados de conciencia como instrumento terapéutico, sobre todo por lo que tiene que ver con los procesos de Atención y Concentración.

**Palabras clave:** *Estados de Conciencia, Inducción, Disociación, Psicosis.*

## Reflexiones teórico-prácticas

Una sala vacía, en penumbra. Varias sillas descolocadas ocupan el espacio. Puede haber otros elementos, pero no son necesarios: quizás una mesa a un lado, alguna estantería, cuadros, un sofá, un sillón... Una o dos ventanas con las persianas medio bajadas. Se abre el telón, o la puerta, en nuestro caso, y comienzan a entrar diferentes personajes, hombres y mujeres de distintas edades, cada uno de ellos con historias largas y complejas, personas que en un momento dado se han acomodado a un modo de vida que, sin embargo, no les satisface demasiado, o que siguen perdidas en extraños pensamientos y modos de ver la vida de los que no encuentran escapatoria o no quieren encontrarla a causa de motivos oscuros.

Esto no quiere decir que hubieran podido pasar ‘a escena’ otros personajes con vidas ricas, acostumbrados a navegar por diversos mares y ríos caudalosos donde buscan y encuentran islas inesperadas u orillas de césped verde, o quizás azul...

Porque nuestros grupos empezaron a funcionar desde el juego que nos daban las diversas psicosis de quienes tratábamos, pero posteriormente hemos visto que son un fértil encuadre para tratar otro tipo de trastornos de los llamados neuróticos, o de personalidad, o para plantear nuevos retos y metas a personas que se sienten más o menos satisfechas con el trayecto vital que han

decidido seguir, es decir, de las que solemos denominar como “sanas” (dentro de lo que cabe), pero “buscadoras”.

El grupo comienza con instrucciones para que cada cual se coloque donde quiera, busque un lugar determinado, sentándose, manteniéndose de pie, tumbándose en el suelo, en movimiento o no, con los ojos abiertos o cerrados... Lo importante es sentirse cómodo, buscar siempre una mayor comodidad, un mínimo cambio corporal que pueda llevar a hallarse mejor, con una mayor relajación o sosiego...

Medio en serio, medio en broma, se indica: Este es el único grupo donde alguien puede dormirse y no pasa nada... pero en realidad no te duermes, sigues escuchando, de alguna manera no pierdes la atención... También puedes tener un sueño, en esa frontera de la vigilia, del dormir o no, y si lo tienes, cuéntalo, vamos a escucharlo... qué sientes, cómo te encuentras... Tampoco hay obligación de comunicarlo a las demás... lo que quieras, siéntelo...

Las palabras que utiliza quien ejerce como terapeuta nunca son las mismas, se adaptan a lo que empieza a ocurrir, porque enseguida aparecen situaciones y, si no es así, se busca que lo hagan: Muévanse, cambien de lugar, seguramente les salga el impulso de hacerlo aunque no lo ejecuten; las instrucciones que les estoy dando no son muy comunes y puede costar que vaya desplegándose esa sensación de libertad en cuanto a moverse, en cuanto a decir lo que se viene a la cabeza, sin pensar si es correcto o no, si está contextualizado o son ideas que aparecen sin saber muy bien por qué... a lo mejor hasta hablar del tiempo podría ser un buen comienzo...

La luz disminuida ayuda a que todo vaya ocurriendo y fácilmente se transmite ese participar mutuo en cuanto alguien rompe la tensión del principio.

La única regla que se da al grupo es que cuando alguien habla, el resto debe esperar a que esa persona termine sus palabras para intervenir después. Esta regla rompe la manera en que acaecen los diálogos en la vida común, donde quienes intervienen pueden cortar las frases de quien conversa, acabar por su cuenta lo que otro dice, darse conversaciones paralelas... Y esto también ayuda a cambiar el ‘tempo’ cotidiano, lo cual ya ha empezado a ocurrir mediante las instrucciones previas del comienzo de la sesión.

Esta manera de empezar, que parece discreta y suave, enseguida crea un clima en el que vemos acaecer situaciones sorprendentes. Algo que nos llamó la atención desde el principio de los grupos, fue que transcurrieran sesiones en-

teras sin que personas con trastornos crónicos y con delirios activos, hablaran sobre éstos. Las conversaciones se hacían mucho más cotidianas, bromeaban, se desarrollaban situaciones interpersonales complejas, hablaban de su pasado, de sus antiguas actividades laborales, de su infancia, de sus familias, de sentimientos genuinos. E incluso si comentaban sobre sus ideas delirantes o alucinaciones lo hacían desde otro lugar, como si los vieran desde fuera, con una objetividad que sorprendía. Lo interesante es que este tipo de conversaciones no solían darse de manera espontánea en la Comunidad Terapéutica donde trabajamos, antes del comienzo de los grupos.

Además, el sentimiento predominante durante las sesiones era de tranquilidad, de distensión y, aunque pudieran ocurrir situaciones complicadas, alguna discusión, alguien que expresaba un malestar profundo o un enfado, tales intervenciones se toleraban con otra actitud.

Lo que estaba ocurriendo tenía que ver, a mi parecer y al de diferentes profesionales que han participado en los grupos, con la libertad de expresión, con la tranquilidad que puede sentirse ante la no crítica, quizás con “el libre albedrío” como decía una compañera, y con la atención flotante que predomina en el ambiente de nuestros grupos. En las sesiones tienen cabida conversaciones totalmente triviales, monólogos, risas, canciones, suspiros, el silencio activo o pasivo, la dramatización, la improvisación, el desarrollo de acciones premeditadas, los sonidos sin sentido aparente... Y todo esto lleva, de manera bastante inmediata, al “sentido común”, al “sentimiento común”, a una alta capacidad de escuchar a los demás y de interesarse por sus discursos, por lo que cada cual vive o ha vivido.

Las técnicas utilizadas en los grupos se basan en las que durante siglos han desarrollado personas dedicadas esencialmente a la curación o al replanteamiento de situaciones tanto individuales como sociales, métodos en los que incidir en cambiar los estados de conciencia es primordial. Hablamos de técnicas empleadas por chamanes y curanderos o curanderas tradicionales, pero también nos referimos a todo el cuerpo de conocimiento desarrollado por las teorías y la práctica de la hipnosis clínica y de algunas escuelas de psicoterapia donde el cuerpo y la espacialidad toman especial importancia. Aunque se den explicaciones muy diferentes, enraizadas en la cultura en que se desarrollan tales actuaciones, lo que se promueve siempre, de una manera más o menos explícita y consciente, es un descuadre del modo de ver los acontecimientos que rodean a la persona o al grupo, o incluso de percibirse a sí mismo o a los demás, permitiendo este movimiento mental una reevaluación de la situación

y de las conductas factibles dentro de tal situación. Es decir, alguien atrapado o atrapada en un momento personal y social que produce malestar, encuentra una posibilidad de respuesta que le hace desenvolverse de otra manera y cambiar su situación vital y la percepción de ésta.

La flexibilidad de nuestros grupos permite utilizar diversas herramientas de acción que mantienen un proceso de inducción permanente en el que los individuos, y el grupo en sí, pasan por distintos momentos donde se desarrollan variadas escenas que tienden hacia la apertura del pensamiento y de la acción y a la consideración de nuevas alternativas ante nuestro propio sufrimiento y manera de estar en el mundo, incluso replanteando una noción de realidad estereotipada que puede estar haciendo la propia existencia más complicada de lo que ya lo es por sí misma.

El papel de la persona que ejerce como terapeuta es muy activo, pues debe estar siempre atenta al devenir grupal, al material que se presenta desde los diversos niveles de comunicación implicados en una situación colectiva. Podríamos decir que su principal tarea es abrir constantemente nuevas posibilidades de comunicación interna y relacional, aumentar el campo percibido sobre un problema en particular, sobre las diferentes significaciones que puede tener lo traído a escena, a la sesión terapéutica.

Si utilizo palabras referidas al teatro es porque me parece una imagen muy esclarecedora de lo que ocurre en el espacio mental del sujeto, pero también en el grupo, proyección en muchos momentos de situaciones internas recurrentes. Como lo explicaba C. Tart, estado de conciencia es “todo lo que está en la mente de una persona en un momento determinado. Un momento dinámico o configuración de las estructuras psicológicas”. Esa configuración se crea a través de la emergencia e interacción de varios elementos que entran y salen continuamente en el escenario que supone la conciencia y que influyen, como un cristal coloreado o como un prisma de cristal, en la visión e interpretación de lo que nos rodea y de lo que situamos dentro del sí mismo. Estos elementos-personajes se afectan mutuamente y se muestran jerarquizados en cuanto a la presencia e importancia que mantienen temporalmente en la escena.

Si detectamos tales elementos, nos será más fácil manejarlos, saber cuándo entran o salen de esa escena o incluso invitarlos a que actúen o hagan mutis en un momento concreto. Así podremos conocerlos mejor y aumentar o disminuir su influencia en nuestra propia percepción o en la de lo que nos rodea.

El terapeuta o la terapeuta, también han de entrar en un estado parecido al que se invita a los demás miembros del grupo: por eso te mueves, te sientas, te levantas, escuchas tu propia espontaneidad, aunque a la vez no dejas de adaptar lo que digas a la función terapéutica y cuidadora, que siempre debe estar ahí. Así, la propia percepción de las situaciones que emergen se hace más abierta y aumenta la habilidad para tener en cuenta diversos niveles de comunicación verbales, corporales y espaciales.

Creo que el límite temporal es esencial: quienes participan han de saber que se empieza a una hora determinada y se finaliza puntualmente. Esto provee de un marco concreto donde se desarrollará toda la acción, lo cual se convierte en elemento contenedor del encuadre grupal. Si sumamos a ello la consigna de esperar a que quien se esté expresando termine de hacerlo antes de que participe otra persona, nos encontramos con las dos premisas que constituirían los ejes delimitadores principales de dicho encuadre.

En ocasiones y, dentro de la dinámica emergente, el grupo puede dividirse en subgrupos que funcionan durante un tiempo de manera autónoma. Por ejemplo, dos personas se ensalzan en una charla mutua ante la mirada más pasiva de los demás y continúa más bien por el interés especial que tienen ambas que por el colectivo. Es interesante y podemos separar a estos dos sujetos para que continúen con ella, mientras el resto trata otro tema paralelo. Incluso se puede hacer un cierto transvase y que a ese pequeño grupo de dos se sume alguien que mostraba un cierto interés o que pensemos, como terapeutas, que podría aportarle algo. Usualmente, volvemos posteriormente al grupo grande, en el cual puede explicarse la situación surgida si se viese conveniente.

Comparo el funcionamiento dividido del grupo con situaciones mentales donde ocurren simultáneamente procesos de pensamiento y emocionales de manera disociada y que a la vez se influyen mutuamente hacia el “resultado final” de la conciencia vivida. Tener en cuenta estos procesos paralelos es también una manera de aceptar partes ocultas de lo mental que casi no podemos reconocer pero que elicitán a su vez nuestros sentimientos y comportamientos externos.

Estas son solamente algunas de las reflexiones a las que puede dar lugar el trabajo continuado con nuestros grupos y los marcos teóricos en que se basan nuestras maneras de hacer como terapeutas. Podría continuarse de manera ilimitada y, cada día, además, encontramos más referencias que aumentan las posibilidades de trabajo sobre estos grupos. Esto lo facilita el propio encuadre

que hemos desarrollado. Desde septiembre de 2011, fecha de su comienzo, se han realizado cientos de sesiones, en grupos pequeños, medianos, grandes, tratando patologías diversas o en contextos de formación. Pero algo que no queremos dejar de señalar, antes de finalizar, es la importancia teórica y práctica del concepto de Atención: en qué está puesta la atención, hacia dónde se dirige, de dónde se aparta, en qué se concentra la persona que actúa como participante, a qué atiende quien ejerce como terapeuta. La atención ilumina o ensombrece personajes y partes de la escena, enaltece o aclara, da la voz cantante o hace callar. Determinar el punto de atención y vislumbrarlo es tarea esencial del terapeuta o la terapeuta y orienta el importante proceso psicoterapéutico que sigue un grupo de personas unidas en un tiempo y un espacio vitales.

### **Bibliografía relacionada**

- Babić D, Babić R. (2009) Complementary and alternative medicine in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr. Danub.*
- García de Sola, A. (1999). La hipnosis como instrumento de investigación de los fenómenos de curanderismo. En Rodríguez, S. (coord.) *Religión y cultura*. Sevilla: Signatura.
- García de Sola, A., Briones, R. (2001). Curanderismo y trance. Curanderas de Kazajistán. *Gazeta de Antropología*, 17, texto 17-18. [http://www.ugr.es/~pwlac/G17\\_18Adolfo\\_Garcia-Rafael\\_Briones.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G17_18Adolfo_Garcia-Rafael_Briones.html)
- García de Sola, A. (2014). Communication and consciousness states: examples in a psychotherapeutic group with psychotics, *Proceedings 12th International Symposium Communication in the Millennium*, p. 426-445 Pdf file, CD.
- García de Sola, A. (2015) Groupes pour patients psychotiques: des outils hypnotiques adaptés. *Hypnose et Thérapies Brèves*, 37
- Izquierdo de Santiago A, Khan M. (2008) Hipnosis para la esquizofrenia *Cochrane Plus Library*, N. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Translated from *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Kokoszka, A. (2007) *States of Consciousness: Models for Psychology and Psychotherapy (Emotions, Personality and Psychotherapy)*
- Rodrigues, V. (2010) On consciousness-modifying: transpersonal psychotherapy. *Journal of Transpersonal Research*, 2010, Vol. 2



## MÉTODO TATADRAMA. JUGAR CON MUÑECAS ES UNA COSA SERIA

**Elisete Leite Garcia**

Desde que fue creado en el 2002, ya hace 15 años, el Método Tatadrama contribuye para rescatar identidades entumecidas, utilizando la simplicidad de jugar con muñecos de trapo.

Los muñecos son inseridos en dinámicas de grupo, organizados a partir de técnicas de Psicodrama y de Sociodrama. Los mismos son elaborados artesanalmente, por un grupo de mujeres de Crato ( una pequeña ciudad ubicada en la provincia de Ceará, en el noreste brasileiro), que ganan vida y actuan en la yuxtaposición de ilusión y realidad, facilitando al participante la expresión de sus sentimientos más profundos, y de sus secretos petrificados por el tiempo, abriendo entonces, caminos para la transformación.

Dar vida, voz, personalidad y acción a muñecos personales e individuales, en un ambiente lúdico y descontraído, torna al acto de jugar, en un espacio de reflexión y aprendizaje, que constituye el centro del Tatadrama.

A final de cuentas, como decía Platón,

*“... es posible descubrir más sobre las personas, en una hora de juego que en un año de charla “.*

La idea de utilizar muñecos de paño en trabajos terapéuticos, surgió en el 2002, durante un viaje que realicé a la ciudad de Recife, capital de la provincia de Pernambuco, Brasil. Visitando el mercado local de artesanías, reencontré muñecas de trapo, como las que yo usaba durante mi infancia, despertando todo los recuerdos infantiles, en un acto impulsivo compré todas las muñecas

disponibles y corrí ansiosamente hasta al hotel, donde luego, en mi habitación, reviví los juegos de cuando era niña. Sobre la cama armé una linda mandala de muñequitas, y en ese preciso lugar, iniciamos una longa charla.

A medida que este inusitado diálogo evolúía, empecé a darme cuenta que las muñecas, estabam actuando como instrumentos de rescate de mis emociones más profundas: a partir de ese momento, decidí integrarlas a mi trabajo.

Esta es la raíz, del método que resolví llamar de Tatadrama, una palabra compuesta de Tata (en la lengua indígena brasilera Tupí significa transformación) + drama = acción, es decir, Transformación en Acción.

Actualmente, el método Tatadrama ya fue aplicado en “Talleres de Vida” en Brasil, México, Cuba, Perú, Ecuador, Colombia, España, Italia y Alemania, sumando un contingente de aproximadamente 5 mil personas. Su práctica, se viene mostrando como una herramienta terapéutica eficaz, en procesos de transformación, en los más variados contextos sociales. El diálogo personal y estrecho con los muñecos, proporciona una reflexión abierta sobre el papel que cada uno representa en suas variadas ecologías, trayendo a la luz, nuevas perspectivas, y mobilizando deseos de enfrentar y transformar sus realidades.

El arco social de los participantes en los grupos de Tatadrama es bastante diversificado. Cabe destacar: grupos de mujeres con foco en el universo femenino; niños en edad pre-escolar; adolescentes; universitários; competidores en carreras de largo percurso; profesionales de la salud; cuidadores; psicólogos; jubilados; presos; gestantes; dependientes químicos; etc. El método llegó a utilizarse en una capacitación con obstetras, en la cual la vivencia con los muñecos, ayudó a los futuros médicos a verse en el lugar de sus pacientes.

En un testimonio del Prof. Dr. Adriano Dantas de Oliveira, doctor en psicopedagogía y coordinador del curso de Pedagogía de la Facultad European en São Paulo, ilustra el alcance del método:

*“... al participar de las actividades junto con mis alumnos, pude proyectar otras perspectivas de mi “yo” (una mirada desde “afuera”), proporcionando la percepción de posibles cambios (inminentes) en mi vida, y los rumbos a tomar.*

*Finalmente, los cambios vinieron (de verdad), y el jugar me ayudó a percibir y actuar frente a las demandas que la vida me trajo.”*

El Tatadrama, ya fué presentado en varios congresos internacionales e incorporado en los procedimientos terapéuticos de muchos profesionales. En los 166 Workshops de Vida realizados, aproximadamente 99% de los partici-

pantes, concluyeron todas las actividades propuestas, entregándose al acto de jugar, venciendo a sus resistencias.

El método se sustenta en cuatro pilares fundamentales: el Psicodrama, el Sociodrama, la Teoría del Juego y la Psicología Reichiniana, por medio del recorte de la curva orgásmica. Su aplicación, sigue las tres etapas del Psicodrama: precalentamiento, dramatización y el compartir. En el proceso vivencial, para poder alcanzar la acción transformadora es necesario trabajar en los grupos: meta, foco y objetivo. Los talleres pueden durar de 3 a 40 horas, en un ambiente de reflexión y auto-conocimiento, y tienen como principal instrumento, los muñecos de paño, de Crato.

En el transcurso de las actividades, los participantes son convidados a elegir un muñeco entre decenas de estos, puestos a disposición. Todos son diferentes. Luego, los participantes son estimulados a efectuar una transformación en la apariencia, ropas, adornos, y características del muñeco de trapo. La personalización establece un vínculo entre los personajes muñeco y participante, la cual produce formas de identidad y crea oportunidades para re-elaborar y resignificar los contenidos, las sensaciones y los sentimientos.

*“La muñeca representó el rescate de lo lúdico de mi esencia, así como también una forma de compartir emociones con las mujeres que las fabrican artesanalmente. Por ser sencilla y de la Cultura Popular brasilera, nos permite entrar en contacto con nuestra singularidad. Por medio de las muñecas, viajamos hasta Crato; fuimos reyes y plebeyos, adultos y niños, sentimos infinitas sensaciones. Fué la mejor forma de volver al caminho de la simplicidad!”*

*(Islawia Rodrigues – Formación en Tecnología de la Información y Estudiante de Psicología )*

Inclusive, la falta de cuidado con el muñeco puede ser reveladora. La psicanalista Kátia Maslov, que participó de dos encuentros, relata que la primeira vez, durante un taller direccionado a asuntos del universo femenino, rechazó a su muñeca.

*“Yo no me veía en esa muñeca...La percepción sobre mi misma y sobre el mundo estaba tan condicionada y rastrera. Engaveté la muñeca.”*

Solamente en una segunda oportunidad, casi diez años más tarde, cuando estaba terminando un tratamiento contra un cáncer de mama, comprendió lo que había sucedido. Kátia escogió una muñeca con ropa y cabello blanco, en el transcurso de las actividades, la muñeca fué ganando habla y movimiento.

*“Ella se transformó en una hoja de papel en blanco, lista para ser escrita y coloreada nuevamente, representando el deseo de incluirme en la vida, de tener un lugar en el mundo”.*

Es a partir del vínculo establecido en la etapa de transformación del muñeco, que el participante puede expresar sus sentimientos. Quien vive esas escenas, las emociones, son los muñecos. De esa manera, el participante se siente protegido y, por medio de la dramatización, puede entrar en contacto con su historia, y al mismo tiempo, mantenerse a una distancia segura.

*“Muchas veces me vuelve a la memoria el recuerdo de tu taller con muñecas y me quedo soñando alrededor de algunas cosas que sentí con profundidad. Una de ellas fue la relación existente entre la seducción y la espacialidad. Nunca lo había visto de esa manera. Ampliar la propia espacialidad no sólo tiene efectos en la propia subjetividad sino que es perceptible para el observador, y seduce, tal vez por la amplitud y la libertad que deja entrever”. “La muñecas representan pequeñas mujeres de tela fabricadas con manos llenas de necesidad pero también de ternura”.*

*(Rosa Gremes – Psicóloga y Psicodramatista)*

El muñeco es el objeto intermedio, que facilita la superación de las dificultades específicas de la comunicación, favorece la reflexión y la busca de alternativas para una acción transformadora. Son análogos, conceptualmente, a las marionetas de Jaime Rojas Bermúdez, y por medio de ellas, se proyectan sueños, ilusiones y fantasmas, al mismo tiempo en que se crea una atmósfera que soporta y acoge a cada participante. Este apoyo es fundamental durante el proceso, porque las emociones y los sentimientos surgen con tal velocidad, que presente, pasado y futuro son vivenciados simultáneamente.

*“No me sentí cómoda con la muñeca...eso me hizo reflexionar sobre mi postura de seriedad y de constatar que no juego más. Me quedé preocupada con mi postura seria delante de la vida. Necesito librarme de las amarras, para que pueda volver a jugar.”*

*(Rosálía S. Rodríguez – Psicóloga)*

Jugando y jugando, el Tatadrama también puede enorgullecerse de ser uno de los responsables por el rescate de la tradición muñequera, una actividad en extinción. Con el método, y con la demanda de muñecos, nació el Grupo de Bonequeiras no Pé de Manga, constituido por mujeres sencillas de la ciudad de Crato, que se reúnen en la sombra de un árbol de mangos, equipadas con retazos, relleno de algodón, agujas, hilos, y mucha imaginación para crear muñecos.

Al principio, no recordaban la antigua arte. Poco a poco, los recuerdos fueron apareciendo y así resurgió la práctica de una manifestación de la cultura popular brasileira que estava perdiéndose. Hoy, en la ciudad de Crato hay un grupo de veinte mujeres que se apropiaron de esta arte y la transformaron en una fuente de ingresos para su familia, además de haber recuperado su identidad social, su auto-estima y su lugar en la comunidad por su nueva actividad: muñequera artesanal.

El Tatadrama busca fomentar ese gesto en todas las regiones y países donde está desarrollándose, estimulando la creación de muñecos referenciados en la cultura popular local. De esta forma, con su expansión geográfica, empezaron a surgir muñecos rubios, negros, indios, orientales, gestantes, ancianos, adolescentes, todos con múltiples expresiones y tipos de sentimientos.

Quien sabe, tal vez un día tendremos muñecos activistas del medio ambiente, ó muñecos ocupados en movimientos sociales comunitarios, o envueltos en programas que trabajan para la armonía y la paz de toda la humanidad.

El Tatadrama es un método que integra ciencia, filosofía, tradición y arte. Su objetivo, como el de toda terapia es la salud plena. Por lo tanto, se propone también a contribuir para la cura de nuestro querido planeta, por medio de la transformación del ser humano: la transformación en acción, en busca de un mundo mas justo, mas feliz y acogedor.

### **Referencias Bibliográficas**

- BENJAMIN, W. Reflexões: a criança, o brinquedo, a educação. São Paulo: Summus, 1984.
- BUCHBINDER, M. J. A poética do desmascaramento: os caminhos da cura. São Paulo: Ágora, 1996.
- GARCIA, E. L. & MALUCELLI, M. I. C. Tramas e dramas: do boneco de pano no Tatadrama. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2010.
- GARCIA, E. L. Tatadrama: a violência mantida em segredo que emerge na boneca de pano. Revista Brasileira de Psicodrama. São Paulo: v. 21, n. 1, p. 165-172, set. 2013.
- KISHIMOTO, Tizuko M. (organizadora) O Brincar e Suas Teorias. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- MORENO, J. L. Psicodrama. 12. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

ROJAS-BERMÚDEZ, J. G. Títeres y psicodrama: el objeto intermediário. Buenos Aires. Argentina: Genitor, 1970.

ROMAÑA, M. A. Crônicas e conversas psicodramáticas. São Paulo: Ágora, 1998.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a Realidade. Rio de Janeiro IMAGO, 1993.

\*Elisete Leite Garcia, brasileira, psicóloga clínica, interventora grupal; psicodramatista didata supervisora/ABPS - FEBRAP/SP; idealizadora de la metodología Tatadrama; Supervisora Institucional de la Unidad Recomeço Helvética; socia-directora del Espaço Cultural Events; Autora de los libros y Artículos - Tramas y Dramas del Muñeco de trapo en el Tatadrama (Garcia, E. L. & Malucelli, M. I. C., 2010) 1ª Ed., 196 pag. (Editora Livre Expressão), GARCIA, E. L.; ROMAÑA, M. A., ARROYO, M.G. Rumbo a la línea de llegada – Pluralidades de la São Silvestre. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2012. Artículos publicados en la Revista “La hoja de Psicodrama AEP – Espanha, Junio 2013: El Método Tatadrama: Jugar para encontrarse”, Revista Brasileira de Psicodrama Vol. 21, N° 1 Año 2013: Tatadrama: La violencia mantenida en secreto que emerge en la muñeca de trapo PG 165 y Revista Psique Año IX N° 119 Año 2015: Los cambios del Método TATADRAMA’ El Método Tatadrama alía Psicodrama y Sociodrama, abriendo caminhos para la auto-comprensión y el desenvolvimiento personal”. Filiada a ABPS - FEBRAP/ SP - Brasil, ABRAP, IAGP, ABRATF e APTF - [www.tatadrama.com.br](http://www.tatadrama.com.br).

## EVOLUCIÓN Y MENTE, LA MADRE Y EL PROGRESO

Víctor Ortega Zarzosa.

Médico Psiquiatra. Vitoria (Álava)

La hembra es el modelo base de los seres vivos y el macho es una variante derivada aleatoriamente, importante para posibilitar el intercambio genético que facilita una mejor adaptabilidad, dada la inestabilidad del medio natural. La reproducción asexual, menos complicada, es menos adaptable a los cambios, menos evolutiva por tanto. En nuestra especie la madre es el modelo base y sin duda la evolución sigue dependiendo fundamentalmente de las hembras. Se habla de la selección natural, adaptabilidad al medio, y de selección sexual como variante específica de la evolución, por ejemplo el tamaño del pene humano en relación al de nuestros primos los simios, tiene que ver posiblemente con que a partir de la aparición en la mente de la idea de padre, la pulsión reproductiva marcó la tendencia general, sin embargo y por ejemplo, quedando empatadas la tendencia a los pechos grandes, mayor atractivo secundario, con la de pechos pequeños, mejor alimentación de la prole. La hembra humana además de más completa que el macho, una variante menos compleja en sus atributos femeninos de mamífero, disponía de dos ventajas preferentes adicionales en su rol dentro de los grupos, ser o no consentidora con los pretendientes y un plus de dominio sobre los hijos por su especial vinculación durante el embarazo y la lactancia, reconocimiento de la descendencia por línea materna que el patriarcado vino a complicar, al aparecer la idea de padre en la mente, de la misma forma que del simple mundo de los espíritus reencarnables por el cuerpo de las mujeres, se pasó a pensar en la otra vida en el más allá, como teoría sustitutoria de la negación de la muerte definitiva. El macho se atendía a sí mismo en lo posible y como mucho podía es-

tar dispuesto a compartir con la hembra consentidora ocasionalmente, no tenía un empleo estable en el servicio al otro hasta fin de obra, por así decir, como si la hembra, que con su esfuerzo relacional conseguía ser más centro de atención preferente de los otros, descendientes y candidatos. Una vez superado lo peor del trauma del nacimiento, intentar atraer la atención de la madre y controlarla agudiza el funcionamiento mental contribuyendo a su organización. La frustración del segundo trauma de separación por el tabú incestuoso, la prohibición del no, rápidamente provoca en las hembras mejor dotadas como tales una identificación consoladora, pero los machos, más simples, tardamos en reaccionar, en madurar para alcanzar esa identificación. La presión hormonal empuja en diferentes direcciones. Desde los tiempos ancestrales, lo más parecido a la función maternal es la cría y cuidados de otras especies animales, como hijos sustitutos también de los machos, imitadores del oficio o función original. Primero como mascotas o socios, lobos y de ahí perros, más tarde ganado y animales domésticos. Posteriormente la agricultura, Caín primero y luego Abel. La madre lo es de todos los oficios y profesiones, y en cada descendiente del propio y su forma de ejecutarlo. Ella es el modelo transformador de nuestro material genético, el troquel, en su manera de acompañar y ayudar a organizar nuestra mente en el paso de la posición esquizo paranoide a la posición depresiva reparadora, para superar la envidia, inevitable mecanismo de defensa que nos permite sobrevivir y nos puede condenar en vida. La envidia a la madre, especialmente en éste área de la relación con los objetos intermediarios, si esta nos ayuda bien a procesarla, nos sirve para adquirir habilidades reparadoras que serán los cimientos de nuestra vocación profesional, y forma de llevarla a la práctica, luego como a todo, lo intentaremos vestir de razonamiento.

La madre

¡Dios, la madre que te parió!

Ella coge el barro, el ADN, el polvo, el hardware, la chatarra, y mientras lo amasa y hornea en su vientre, empieza a imprimirte su lengua materna, su software, su alma. Cuando nacemos y durante los primeros años, ella es la que organiza nuestra mente, siguiendo la misma técnica de impresión mimética relacional, la sonrisa del tercer mes, cuando creemos reconocerla, la angustia del octavo mes, cuando tememos perderla, y el dominio del no a los quince meses, cuando nos impone su ley, el freno que nos humaniza.

Como modelo base de cualquier especie, la hembra que dispone de un ADN (XX) más completo que el macho (XY) que es una variante aleatoria, es la principal transmisora de los rasgos o mutaciones evolutivas, con su hardware genético y con su software comportamental. Si nos diferenciamos de nuestros parientes genéticos más cercanos, los chimpancés y los bonobos, posiblemente fue porque ellas, por presión de supervivencia, fueron haciendo una selección de los machos distinta a las emprendidas por las otras parientas. La hembra selecciona al macho por dos procedimientos, al elegirle como pareja y al criarle como descendiente. El macho más hábil y generoso y que además le sea dócil a ella como pareja, y dócil-izando a su manera al descendiente, haciéndole dependiente para servirse de él, vocación de servir a la madre



## ANOTACIONES DE UNA PSICOTERAPEUTA DE GRUPO: IN-DEPENDENCIAS O INTER-DEPENDENCIAS, PODER ESCUCHARNOS.

**Beatriz Miralles Corredor**  
*Psicóloga y Psicoterapeuta de Grupo*

Barcelona, Viernes 27 de Octubre del 2017.

Llegué a Barcelona con un poso de tristeza. Me duelen las heridas abiertas, quizás atravesar una crisis implique eso, abrir heridas para poder sanarlas. En estos días me duele Cataluña, como también me duele España. Me viene como un poso de tristeza que parece haberlo embargado todo. Así con esa tristeza y expectante voy al encuentro de Zona y me voy preguntando algunas cosas. Cataluña como síntoma Social que va mas allá de un territorio, y que nos habla de la profunda crisis social, económica, política y también de valores que en estos momentos estamos viviendo.

Y el preguntarse, ¿de qué nos está hablando todo esto?

Tal vez son los síntomas de un fenómeno mundial al que le han llamado Globalización, en donde se ha ido generando un eje local-global a veces difícil de comprender y articular, entre lo particular de cada territorio y lo general de las leyes económicas que marcan sus propias dinámicas de poder a nivel internacional.

Atrapadas en este fenómeno mundial, las instituciones políticas y los Estados parecen haber perdido su sentido y van entrando en una profunda crisis de legitimidad, al no poder dar respuesta a los desafíos actuales de una economía globalizada y abrumadoramente interconectada e interdependiente.

Esta crisis tal vez nos habla de una gran necesidad de cambios en las actuales estructuras de Poder, que pueden apuntar en distintas direcciones. La emergencia en todo el Mundo, de los movimientos de extrema derecha, y los fundamentalismos religiosos, ponen en evidencia la radicalización de las posiciones políticas, y muestran el descontento generalizado de una parte importante de la población.

Una globalidad que además parece también amenazar las distintas identidades, con el peligro de arrasar con lo local o singular de los territorios. Ante este sentimiento de amenaza, emerge en sentido contrario una necesidad de subrayar lo identitario a modo de formación reactiva para no dejarse engullir por el fenómeno de la "Mundialización". ¿Como defender las propias identidades culturales en un mundo homogéneamente globalizado?. Seguramente, los movimientos sociales identitarios van a estar muy presentes, queramos o no, en este actual siglo. ¿Como trabajar con ello.?

Y a nivel de inconsciente social, ¿Como están viviendo las jóvenes generaciones su necesidad de "independencia" de su grupo parental.?. La actual dificultad para poder acceder al mundo del trabajo y la creciente inestabilidad laboral dificulta la autonomía y alarga artificialmente una dependencia emocional y económica hacia los padres, contribuyendo a perpetuar actitudes propias de la Adolescencia hasta edades muy avanzadas, y retrasando enormemente los procesos de madurez personal. ¿Que va a pasar con estas nuevas generaciones? ¿Como puede estar influyendo todo esto a nivel inconsciente en la emergencia de los distintos movimientos sociales?.

¿Sera verdad que estamos viviendo un cambio de época y de subjetividad humana, una nueva manera de vivirnos como sujetos?. ¿Nos sirven las viejas etiquetas para hablar de los actuales movimientos sociales?. La enorme extensión de las tecnologías están generando nuevas formas de comunicarnos y relacionarnos, la intersubjetividad está atravesada por la inmediatez de los contactos, la hiperconexión de las comunicaciones y la extensión de las Leyes del Mercado a todos los ordenes de la vida, contaminando la intimidad humana de los mismos planteamientos que rigen la economía: todo es susceptible de comprarse y venderse y de exhibirse como un producto mas de mercado. Hay quien habla de una verdadera " mutación" de la subjetividad humana. Y ¿Como tenemos que trabajar con esos nuevos sujetos?.

Me doy cuenta de que la vida como vivencia es lo que nos va sucediendo cuando no estamos pendientes del televisor, de internet, del móvil...todo lo demás que nos acontece en nuestra vida cotidiana cuando el foco de atención está puesta en otras cosas que suceden en nuestro día a día. En el sonido de la música, en el olor que nos remueve, en las cosas que nos conmueven, en las miradas que nos hacen sentirnos vivos, amados u odiados, olvidados, queridos, deseados. Miradas que nos acercan o nos alejan, que no nos son indiferentes.

Hoy viernes por la tarde paseando por las Ramblas, repletas de gente, de turistas, la vida bullía por todas partes. No muy lejos de allí, escuchábamos la música de fondo, alguien nos contaba que estaban declarando la República Catalana. Miradas de expectación, preocupación, de alegría, de tristeza. Toda una amalgama de sentimientos y de presencias y ausencias, que parecen hablar de que algo en el interior de esta sociedad se está moviendo. No sabemos muy bien en qué dirección vamos.

Me quedé con la imagen de los vendedores de banderas, jóvenes con cara amable y tono festivo, vendiendo banderas esteladas, del mismo modo que al día siguiente vendían las banderas españolas, casi en la misma esquina. Pensaba, si pudieran hablar las banderas, ¿de qué nos hablarían, qué historias nos contarían?. También me preguntaba ¿Que pensarán estos vendedores ambulantes de todo esto? ¿Cómo nos ven los Otros?.

En un momento dado me doy cuenta de que yo también llevo algo en mi mano, un rollo de papel, quizás desde fuera pueda parecer una bandera enrollada o una pancarta., no es más que un papel en blanco que compré para el Taller de nuestro encuentro de la SEPTG de mañana, y sin pretenderlo está protagonizando un hecho muy singular de nuestra historia. De qué sentidos nos hablará también este rollo de papel cuando mañana sea escrito, dibujado, pintado, contemplado. Ya veremos...

Barcelona, Sábado 28 de Octubre del 2017.

Por la Mañana comenzamos el Encuentro de Zona Este de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupos (SEPTG), al que acudimos profesionales que trabajamos en la psicoterapia Grupal de distintos puntos de Cataluña, Aragón, Valencia, algunos de ellos

profesores de la Universidad, y una compañera que viene de Montpellier. Todos estamos muy interesados en trabajar los acontecimientos sociales que estamos viviendo. El lugar, la Biblioteca de Humanidades Orego, un lugar acogedor y muy apropiado para nuestro encuentro.

Desde el principio se hace muy palpable necesidad de expresar nuestras vivencias y emociones.

*Se plantea : ¿Cómo estamos ahora, cómo nos sentimos en el momento presente.?*

Surgen distintos temas: Las heridas del pasado, la memoria olvidada, el miedo, la rabia, la crisis, la violencia y las pulsiones thanáticas ( agresivas ), la esperanza, la necesidad de cambio, la incertidumbre, la necesidad de expresar, la espiritualidad y la libertad.

¿Dé dónde venimos y cuál es nuestra identidad profesional?- ¿Cuál es nuestra historia? ¿Quiénes somos?, ¿Qué es lo que me ha hecho llegar a ser quien soy ahora?.

Después de dos horas hablando y expresándonos, se formula la siguiente pregunta como emergente del Grupo: *¿De qué necesito separarme y qué necesito integrar para construirme una nueva identidad.?* . En torno a esta pregunta se plantea una propuesta de trabajo con una pancarta en blanco., pinturas, rotuladores, recortes de fotografías collages, etc.

Van surgiendo palabras, frases, imágenes: separarme del Odio, la competitividad, el miedo, la incertidumbre, la timidez, las heridas del pasado, la intolerancia, los prejuicios, la discriminación, el sentimiento de impotencia.

Por otro lado, emergen palabras u gestos integradores: La curiosidad, el respeto, el Amor, el Compromiso, La Amistad, El Gozo, El Placer, la Solidaridad, El Buentrato, la Escucha, las Raíces que nos dan arraigo, los nuevos sentidos.

Sobre el tema de la Intersubjetividad, se plantea la duda sobre las Dependencias Humanas ¿Cómo nos relacionamos?, ¿De qué hablamos cuando nos referimos a Dependencia y Co-dependencia, a la Independencia y a la Interdependencia?. ¿De qué dependo y de qué me quiero independizar?-

Para poder reconstruir nuestra identidad, necesitaríamos ir integrando nuestras diferencias, internamente y externamente, con respecto a los Otros. La escucha respetuosa de las diferencias como cuidado del Otro y también como camino para construir nuevas identidades Grupales. La necesidad de abrirnos a lo nuevo y a lo diferente: los jóvenes, los Otros.

El miedo, la tristeza, la esperanza, las emociones intensas. La necesidad de integrar el pasado en el presente. Retomando la pregunta que surgió en Ayerbe ( Anterior encuentro de nuestra Sociedad), ¿ La SEPTG tiene Futuro?. Cabría preguntarse ahora ¿De qué y cómo tendríamos que hablar y que tendríamos que abordar para poder crear un futuro?

Cuando acabo el encuentro de la SEPTG en la Biblioteca, ya por la tarde, salgo contenta, quizás porque me ha resultado intenso y cálido. El lugar muy acogedor y la compañía muy buena. El haber podido expresar , el buen trato, los sentimientos y pensamientos compartidos tienen un efecto liberador, creo que para todas y todos. Nos han faltado más hombres, solo había uno y los y las jóvenes. Quizás otra vez pueda ser.

Voy paseando, primero en muy buena compañía, y después sola por las calles de Barcelona, llenas de viandantes y de bullicio. Sus edificios señoriales, su aire cosmopolita de ciudad internacional. Me paro junto a un enorme muro alrededor de un museo. Gigantescas fotografías a modo de murales sobre la pared, presentan un conjunto de lugares entre sórdidos e inquietantes: Llevan por título FRONTERAS. Voy fotografiándolas una a una, y pienso en las fronteras terribles, en los muros de la vergüenza en Norteamérica, Europa, y en otros lados del Mundo, en los naufragos y en los miles de muertos. Pienso también en los territorios, en esos límites necesarios para delimitar nuestro espacio vital y garantizar nuestra seguridad, y que sin embargo han perdido su capacidad de hacernos sentir seguros. Pienso en qué está pasando con nuestros sentimientos de identidad y de pertenencia, de cómo podemos transformar esa inquietud en algo que nos devuelva una mirada distinta, algo que nos permita una cierta estructura, pero que contemple también un lado más humano y menos rígido. Ayer escuchaba en la calle cantos de Paz y también palabras de Guerra. De momento solo tengo algunas preguntas pero no tengo ninguna de las respuestas. Quizás tendremos que hablarnos y escucharnos más, cara a cara, habrá que buscar una forma de cuidado en las Relaciones Humanas, que nos permita expresar respetuosamente nuestras diferencias.

Encuentro ZONA ESTE BARCELONA.



# ENCUENTRO SEPTG ZONA ESTE EN BARCELONA. IN-DEPENDENCIAS O INTER- DEPENDENCIAS: PODER ESCUCHARNOS.

Beatriz Miralles Corredor  
*Psicóloga y Psicoterapeuta de Grupo*

## RESUMEN DEL ENCUENTRO

28 de Octubre del 2017.

## VERBALIZACIONES

La necesidad de expresar nuestras vivencias y emociones.

- Cómo estamos ahora, cómo nos sentimos en el momento presente.

Las heridas del pasado, la memoria olvidada, el miedo, la rabia, la crisis, la violencia y las pulsiones tanáticas, la esperanza, la necesidad de cambio, la incertidumbre, la necesidad de expresar, la espiritualidad y la libertad.

- De donde venimos y cual es nuestra identidad profesional. ¿Cuál es nuestra historia? ¿ Quiénes somos?. ¿ Qué es lo que me ha hecho llegar a ser quien soy ahora?.

TALLER : Propuesta de trabajo con una pancarta en blanco., pinturas, rotuladores, recortes de fotografías collages, etc.

Después de dos horas hablando y expresándolos , se plantea la siguiente pregunta como emergente del Grupo: ¿De qué necesito separarme y qué necesito integrar para construirme una nueva identidad? :

Van surgiendo palabras, frases, imágenes: separarme del Odio, ,la Competitividad, el miedo, la Incertidumbre, la timidez ,las heridas del

pasado, la intolerancia, los prejuicios, la discriminación, el sentimiento de impotencia.

Por otro lado emergen palabras y gestos integradores: La curiosidad, el respeto, el Amor, el Compromiso, la Amistad, el Gozo, el Placer, la Solidaridad, el Buentrato, la escucha, las raíces que nos dan arraigo, los nuevos sentidos.

Sobre el tema de la Intersubjetividad, se plantea la duda sobre las dependencias humanas, ¿Cómo nos relacionamos?: ¿De qué hablamos cuando nos referimos a dependencia y co-dependencia, a la Independencia o la Inter-dependencia? ¿De qué dependo y de que me quiero independizar?.

Para poder reconstruir nuestra identidad necesitamos ir integrando nuestras diferencias, internamente y externamente con respecto a los otros.

La escucha respetuosa de las diferencias como cuidado del Otro y también como camino para construir nuevas identidades grupales.

La necesidad de abrimos a lo nuevo y a lo diferente: los jóvenes, los Otros.

El miedo la tristeza, la esperanza, las emociones intensas. La necesidad de integrar el pasado en el presente. Retomando la pregunta que surgió en el encuentro de Ayerbe ¿La SEPTG tiene futuro? Cabría preguntarse ahora: ¿De qué y cómo tendríamos que hablar y qué tendríamos que abordar para poder crear un futuro?.

## **ECOS DE BARCELONA:**

### **NOTAS PERSONALES DE UNA PSICOTERAPEUTA DE GRUPO.**

Barcelona, Viernes 27 de Octubre del 2017.

Llegué a Barcelona con un poso de tristeza. Me duelen las heridas abiertas, quizás atravesar una crisis implique eso, abrir heridas para poder sanarlas. En estos días me duele Cataluña, como también me duele España. Me viene como un poso de tristeza que parece haberlo embargado todo. Así con esa tristeza y expectante voy al encuentro de Zona y me voy preguntando algunas cosas. Cataluña como Síntoma Social que va mas allá de un territorio, y que nos habla de la profunda crisis social, económica, política y también de valores que en estos momentos estamos viviendo.

Y el preguntarse, ¿de qué nos está hablando todo esto?

Tal vez son los síntomas de un fenómeno mundial al que le han llamado Globalización, en donde se ha ido generando un eje local-global a veces difícil de comprender y articular, entre lo particular de cada territorio y lo general de las leyes económicas que marcan sus propias dinámicas de poder a nivel internacional.

Atrapadas en este fenómeno mundial, las instituciones políticas y los Estados parecen haber perdido su sentido y van entrando en una profunda crisis de legitimidad, al no poder dar respuesta a los desafíos actuales de una economía globalizada y abrumadoramente interconectada e interdependiente.

Esta crisis tal vez nos habla de una gran necesidad de cambios en las actuales estructuras de Poder, que pueden apuntar en distintas direcciones. La emergencia en todo el Mundo, de los movimientos de extrema derecha, y los fundamentalismos religiosos, ponen en evidencia la radicalización de las posiciones políticas, y muestran el descontento generalizado de una parte importante de la población.

Una globalidad que además parece también amenazar las distintas identidades, con el peligro de arrasar con lo local o singular de los territorios. Ante este sentimiento de amenaza, emerge en sentido contrario una necesidad de subrayar lo identitario a modo de formación reactiva para no dejarse engullir por el fenómeno de la "Mundialización". ¿Como defender las propias identidades culturales en un mundo homogéneamente globalizado?. Seguramente, los movimientos sociales identitarios van a estar muy presentes, queramos o no, en este actual siglo. ¿Como trabajar con ello.?

Y a nivel de inconsciente social, ¿Como están viviendo las jóvenes generaciones su necesidad de "independencia" de su grupo parental.?. La actual dificultad para poder acceder al mundo del trabajo y la creciente inestabilidad laboral dificulta la autonomía y alarga artificialmente una dependencia emocional y económica hacia los padres, contribuyendo a perpetuar actitudes propias de la Adolescencia hasta edades muy avanzadas, y retrasando enormemente los procesos de madurez personal. ¿Que va a pasar con estas nuevas generaciones?¿Como puede estar influyendo todo esto a nivel inconsciente en la emergencia de los distintos movimientos sociales?.

¿Será verdad que estamos viviendo un cambio de época y de subjetividad humana, una nueva manera de vivirnos como sujetos?. ¿Nos sirven las viejas etiquetas para hablar de los actuales movimientos sociales?. La enorme extensión de las tecnologías están generando nuevas formas de comunicarnos y relacionarnos, la intersubjetividad está atravesada por la inmediatez de los contactos, la hiperconexión de las comunicaciones y la extensión de las Leyes del Mercado a todos los ordenes de la vida, contaminando la intimidad humana de los mismos planteamientos que rigen la economía: todo es susceptible de comprarse y venderse y de exhibirse como un producto mas de mercado. Hay quien habla de una verdadera " mutación" de la subjetividad humana. Y ¿Como tenemos que trabajar con esos nuevos sujetos?.

Me doy cuenta de que la vida como vivencia es lo que nos va sucediendo cuando no estamos pendientes del televisor, de internet, del móvil... todo lo demás que nos acontece en nuestra vida cotidiana cuando el foco de atención está puesto en otras cosas que suceden en nuestro día a día. En el sonido de la música, en el olor que nos remueve, en las cosas que nos conmueven, en las miradas que nos hacen sentirnos vivos, amados u odiados, olvidados, queridos, deseados. Miradas que nos acercan o nos alejan, que no nos son indiferentes.

Hoy viernes por la tarde paseando por las Ramblas , repletas de gente, de turistas, la vida bullía por todas partes. No muy lejos de allí, escuchábamos la música de fondo , alguien nos contaba que estaban declarando la República Catalana. Miradas de expectación, preocupación, de alegría, de tristeza. Toda una amalgama de sentimientos y de presencias y ausencias, que parecen hablar de que algo en el interior de esta sociedad se esta moviendo,. No sabemos muy bien en qué dirección vamos.

Me quedé con la imagen de los vendedores de banderas, jóvenes con cara amable y tono festivo, vendiendo banderas esteladas, del mismo modo que al día siguiente vendían las banderas españolas, casi en la misma esquina. Pensaba, si pudieran hablar las banderas, ¿de qué nos hablarían, qué historias nos contarían?. También me preguntaba ¿ Que pensarán estos vendedores ambulantes de todo esto? ¿ Cómo nos ven los Otros?.

En un momento dado me doy cuenta de que yo también llevo algo en mi mano, un rollo de papel , quizás desde fuera pueda parecer una bandera enrollada o una pancarta., no es mas que un papel en blanco que

compré para el Taller de nuestro encuentro de la SEPTG de mañana, y sin pretenderlo está protagonizando un hecho muy singular de nuestra historia. De qué sentidos nos hablará también este rollo de papel cuando mañana sea escrito, dibujado, pintado, contemplado. Ya veremos...

Barcelona, Sábado 28 de Octubre del 2017.

Cuando acabo el encuentro de la SEPTG en la Biblioteca, ya por la tarde, salgo contenta, quizás porque me ha resultado intenso y cálido. El lugar muy acogedor y la compañía muy buena. El haber podido expresar, el buen trato, los sentimientos y pensamientos compartidos tienen un efecto liberador, creo que para todas y todos. Nos han faltado más hombres, solo había uno y los y las jóvenes. Quizás otra vez pueda ser.

Voy paseando, primero en muy buena compañía, y después sola por las calles de Barcelona, llenas de viandantes y de bullicio. Sus edificios señoriales, su aire cosmopolita de ciudad internacional. Me paro junto a un enorme muro alrededor de un museo. Gigantescas fotografías a modo de murales sobre la pared, presentan un conjunto de lugares entre sórdidos e inquietantes: Llevan por título FRONTERAS. Voy fotografiándolas una a una, y pienso en las fronteras terribles, en los muros de la vergüenza en Norteamérica, Europa, y en otros lados del Mundo, en los naufragos y en los miles de muertos. Pienso también en los territorios, en esos límites necesarios para delimitar nuestro espacio vital y garantizar nuestra seguridad, y que sin embargo han perdido su capacidad de hacernos sentir seguros. Pienso en qué está pasando con nuestros sentimientos de identidad y de pertenencia, de cómo podemos transformar esa inquietud en algo que nos devuelva una mirada distinta, algo que nos permita una cierta estructura, pero que contemple también un lado más humano y menos rígido. Ayer escuchaba en la calle cantos de Paz y también palabras de Guerra. De momento solo tengo algunas preguntas pero no tengo ninguna de las respuestas. Quizás tendremos que hablarnos y escucharnos más, cara a cara, habrá que buscar una forma de cuidado en las Relaciones Humanas, que nos permita expresar respetuosamente nuestras diferencias.



## ENCUENTRO DE LA ZONA ESTE AYERBE: EL RIO DE LA VIDA Y LA MEMORIA

**Beatriz Miralles corredor. Vocal Zona Este**  
*Psicóloga y Psicoterapeuta de Grupo.*

Lo primero con lo que me topé fue mi dificultad para recordar el nombre del lugar donde habíamos estado, a pesar de tener la sensación de que había un aire de familiaridad en la forma en que sonaba. Cuando me puse a pensar me di cuenta de que lo que me inquietaba es el principio del nombre y también lo que me costaba recordar “AYER - BE”, y tal vez fue como si el Ayer se me hubiera colado por las rendijas del tiempo. Otro lugar, otro contexto, pero el pasado nos viene una y otra vez allá donde vayamos.

Como no, también el pasado de la SEPTG nos vino al encuentro. Quizás porque todos los que allí estábamos teníamos ya una historia de bastantes años de la mano de esta institución. Algunos casi desde el principio. Se habló de cómo empezó, de sus orígenes y el contexto político y social en el que surgió “Entonces había una gran necesidad de poder reunirse en grupos”, se comentó. Quizás ahora haya un exceso de instituciones y grupos diversos. ¿Qué podría aportar la SEPTG de diferente o singular a las demás instituciones? Quizás haya una Crisis institucional.

¿Cómo cuidamos a otra gente que trabaja con Grupos? ¿Cómo circula el Afecto en la Septg? El ir introduciendo poco a poco a Jóvenes en los Talleres. Lo institucional podría ser vivido como amenazante para los que llegan. Defender el concepto y la experiencia de la Espontaneidad como algo fundamental. La importancia de dejar espacios para los nuevos, sin forzarlo, permitiendo el silencio para que otros hablen. El recurrir al trabajo con Grupos pequeños para luego llevarlo al Grupo Grande, como recurso. La necesidad de buscar experiencias intergeneracionales, integrando las experiencias de mayores y jó-

venes, así como también propiciar espacios para expresar las vivencias de la propia experiencia personal. Lo perdurable (integración intergeneracional), lo íntimo (Conocernos) y la identidad (como trabajamos). También la necesidad de ir integrando Lo Nuevo como pueden ser las Nuevas Tecnologías. Todo esto fueron emergentes señalados.

Cómo Cuidar al Grupo tal vez sería, se dijo y como cuidar los espacios y el Tiempo (los Mayores, los jóvenes) y como cuidar los Guiones que permitan la espontaneidad y las emoción, desde la humildad y el reconocimiento de las propias necesidades. Quizás estemos en una Crisis Institucional.

Del hilo de ese pasado, y de su trayectoria, surgió la pregunta. ¿Qué sentido tiene ahora la existencia de la SEPTG?. ¿Tiene Futuro? Si tuviéramos que empezar de cero ahora a refundar esta “sociedad” en el momento actual como tendríamos que hacerlo? Por donde empezaríamos?.

Me fascinó la idea de bañarnos en un riachuelo de aguas recién salidas de la tierra, desde el mismo momento en que Carmen comentó que estaba muy cerca de nosotros el nacimiento de un río. Me vino inmediatamente EL RIO DE LA VIDA. El agua estaba helada, pero el contraste de temperatura con el calor de la tarde me produjo una sensación vivificante, como de despertar no sé muy bien a qué: algo que muere y algo que renace en cada uno de nosotros.

Por la tarde el encontrarnos con otra nueva sorpresa: La casa de Ana, la escultora, con su trabajo esculpido en su propia casa. La fuente con esa forma de mujer, los relieves de las columnas, los cuerpos labrados en la roca. Todo invitaba a la sensualidad y el EROTISMO en esa casa, hasta la iluminación en su interior y la distribución de las estancias, con sus detalles y sus rincones mágicos que nos guardaban sorpresas. Y al final un gran Misterio para mí. Vi en la puerta de la casa escrito KER ANA. Le pregunte lo que significaba para ella y me dijo: KER significa casa en lengua Celta. Vaya que curioso también KER significa Casa en lengua Wolof, una lengua que se habla en África Occidental a miles de kilómetros de aquí, y KERGUI significa FAMILIA en Wolof, le comenté. Será un préstamo cultural, pero parece improbable no hay coincidencia en el espacio ni en el tiempo... Me dejó intrigada.

¿Por qué hablar de la CASA?. Porque la presencia de la Casa, en este caso la de Carmen, con sus recuerdos y su personalidad propició un encuentro mucho más íntimo, que invitaba a sentirnos relajados y abiertos a conversar y a expresar distintos puntos de vista, e incluso algún desacuerdo en un tono desenfadado y bastante dialogante. También se habló de COMO CUIDAR-

NOS Y DE COMO CUIDABAMOS a las personas que formábamos parte de esta institución llamada SEPTG. De la posibilidad de visitar en sus lugares y en sus casas a aquellas que estuvieran enfermas o por algún motivo no pudiera desplazarse, de llamarnos por teléfono y rescatar una relación más humana y personal y menos “ institucionalizada” ,

Y como no se hablo de FUTURO, de las nuevas generaciones y de cómo acogerlas en nuestro espacio y transmitirles un saber y una historia que se ha ido creando durante años.

Por la noche, la luna llena nos inspiró, y por supuesto la buena compañía, la música y la voz hecha canción, y alguien más, al que esperábamos para cenar, y el PASADO con su carga de dolor y violencia ( ya teníamos a THANATOS susurrándonos al oído) ,el de nuestra Historia Común , que se fue disolviendo al calor del Fuego, del Aire de la noche y de las canciones de Labordeta y las jotas aragonesas que todos compartimos.

Como decían los Antiguos, y los de otras muchas culturas: TIERRA, AGUA,FUEGO Y AIRE, todos los ingredientes para un gran encuentro.



# SALIENDO DE MÍ: TRABAJO EN GRUPO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

María Teresa Pi Ordóñez

*Psicóloga clínica, psicodramatista.*

*Institut d'Assistència Sanitària. Girona*

Comunicación presentada en el 44 Symposium de la SEPTG celebrado en Santander del 30 de marzo al 2 de abril de 2017

**Resumen:** En este trabajo se presenta la experiencia de trabajo en grupo con niños y adolescentes diagnosticados de Trastorno de Espectro Autista (TEA). Se presentan los objetivos del trabajo en grupo, el procedimiento y conclusiones. El trabajo en grupo con personas diagnosticadas de TEA siguiendo un método en el que se integran las técnicas cognitivo-conductuales, psicodramáticas y grupo analíticas es posible y facilita la expresión emocional y la mejora de las habilidades sociales.

**Palabras clave:** *Trastorno de Espectro Autista, niños y adolescentes, terapia de grupo, integración de técnicas, expresión emocional, habilidades sociales*

**Abstract:** This paper is about working in group with children and adolescents with a diagnosis of Autism Spectrum disorder (ASD). Objectives, process and conclusions of group work are presented. Group work with persons diagnosed of ASD following an integrative approach with cognitive behavioral techniques, psychodrama and group analysis is possible and improve their emotional expression and social skills.

**Keywords:** *Autism Spectrum Disorder, children and adolescents, group therapy, integrative approach, emotional expression, social skills*

## Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) engloban un conjunto de trastornos en los que se ven alteradas cualitativamente las capacidades de interacción social, comunicación y la imaginación. Desde el punto de vista clínico la expresividad de estos cuadros es muy variable y va cambiando a lo largo del tiempo en función de diferentes factores como la capacidad intelectual o el acceso a tratamientos especializados precozmente. Se trata de una entidad nosológica más frecuente de lo que se consideraba hace unos años. Se habla de una prevalencia situada alrededor del 6,2/1000 (Galbe, 2006) afectando más frecuentemente al sexo masculino (4:1) sin diferencias entre culturas. Estos problemas afectan a uno de cada 170-250 niños y niñas que asisten a las consultas pediátricas.

En lo que se refiere a la etiopatogenia, la evidencia plantea una visión multifactorial compleja, por interacción de diversos factores genéticos y ambientales. No obstante, cada vez es más evidente la importancia de los factores genéticos. Si un gemelo padece TEA, su hermano gemelo tiene un 80% de posibilidades de presentar el mismo trastorno, un 6-9% de los hermanos de un niño/a con TEA lo sufren, incluso se ha observado que algunos familiares de primer grado pueden presentar expresiones fenotípicas conductuales con dificultades sociales o comunicativas significativas (Autism Genome Project, 2007; Muhle et al, 2004; Newschaffer et al, 2002). La disfunción neurobiológica en parte de estos pacientes es clara, presentan en muchos casos discapacidad intelectual (60-70%), crisis epilépticas, anomalías anatómicas en varias partes del cerebro (cerebelo, lóbulos frontales y parietales, hipocampo y amígdala), y alteración en los neurotransmisores (Payá y Fuentes, 2007). Desde una perspectiva clínica, los pacientes con TEA presentan alteraciones cualitativas en todas o en algunas de las siguientes áreas, tal como se reseña en el DSM-5 y la CIE 10: la interacción social, la comunicación y además suelen presentar patrones restringidos del comportamiento, de los intereses y de las actividades.

El tratamiento grupal de personas con TEA es habitual y ha demostrado su utilidad en la mejora de la sintomatología (Freitag et al, 2015). Generalmente se trata de programas basados en la terapia cognitivo-conductual en los que se entrenan las diferentes habilidades que en este tipo de pacientes no se han desarrollado de forma adecuada. En una búsqueda por internet he hallado pocos trabajos sobre la utilización de otras técnicas psicoterapéuticas grupales, entre ellas la utilización de dramaterapia y técnicas teatrales.

Históricamente el trabajo de grupo con niños se inició a finales de la primera mitad del siglo XX:

1934: Samuel Slavson decía que un ambiente permisivo con un adulto a cargo promueve una “regresión benigna” que funciona como una experiencia emocional correctiva. Las interacciones entre los miembros y con el terapeuta se convierten en el más terapéutico agente de cambio.

1944: Fridz Redl desarrolló en primer lugar grupos diagnósticos para observar en vivo la interacción entre los niños y acabó creando modelos de trabajo en grupo con niños y adolescentes en dispositivos ambulatorios y residenciales.

1946: Jacob L. Moreno contribuyó, desde el psicodrama, al crecimiento y expansión de la psicoterapia de grupo con niños y adolescentes.

1947: Virginia Axline realizaba trabajo en grupo basado en el no directivismo de Carl Rogers.

1957: James Anthony sostenía *“Introduce a un niño en un grupo durante un periodo lo suficientemente largo para que se caldee (...) y verás que se abre como una flor japonesa en el agua llena de color y espontaneidad”*.

1972: Sheldon D. Rose inició la terapia de grupo desde el marco conductual.

## **Objetivos y procedimiento**

Los niños y adolescentes con TEA tienen unas características comunes:

- Estilo repetitivo de juego
- Dificultades en mirar a los ojos y/o mantener la mirada
- Puede que prefieran estar solos
- Pueden tener problemas de expresión verbal
- Prefieren hacer las cosas de la misma forma, como seguir rutinas o comer la misma comida
- Pueden presentar ecolalia
- Presentan estereotipias motoras o de otro tipo
- Pueden tener problemas para jugar o hablar con otros niños.

Teniendo esto en cuenta los objetivos de la terapia se centrarían en:

- Crear un espacio de seguridad para:

- Introducir actividades nuevas, flexibilizar la acción para flexibilizar el pensamiento
- Sentirse cómodos en un grupo de iguales
- Favorecer las habilidades comunicativas:
  - \* Escuchar
  - \* Comprender
  - \* Preguntar
  - \* Opinar
  - \* Abrirse a los otros y expresar sentimientos
    - Favorecer la expresión emocional y el contacto y comprensión de las emociones de los demás

A partir de la descripción de estos objetivos se programaron diez sesiones en las que se trabajaría en:

1. Normas del grupo. Quién soy yo. Grupo en que me muevo (familia – amigos – otros). Preferencias. Ejercicio de cambio de roles.
2. Trabajo con las emociones: Tarjetas con escenas, representar mímicamente una emoción, hablar sobre momentos en que se ha sentido dicha emoción.
3. Trabajo a partir de las emociones: Ambigüedad de algunas expresiones: una misma expresión puede representar más de una emoción.
4. Aprender a escuchar. Temas diversos expuestos por ellos. ¿Para qué sirve? Ejercicio del Sí mismo fisiológico, técnica creada por Jaime Rojas Bermúdez.
5. Relaciones: Amigos, ¿qué valoramos de ellos? Destacaron lo siguiente: respeto, que “te caigan bien”, te ayudan cuando los necesitas. ¿Cómo sabemos que no son amigos?: no te respetan, te insultan. Ejercicios de cambio de rol
6. Espacio de expresión libre: Escuchar y opinar. Afrontar bromas y tomar consciencia de las reacciones de rechazo que pueden provocar cuando se producen.
7. Expresión libre. Ejercicio de la escucha, hacer comentarios sobre lo que los demás exponen. Bullying es un tema recurrente. Se trabajan las emociones que despierta. Aparecen confidencias. Pueden compartir experiencias.

8. Expresión libre. Trabajo sobre las relaciones familiares. Pueden hablar de las dificultades familiares y compartir.
9. Trabajo sobre autoconcepto: ¿Qué me gusta más de mí? ¿Qué me gusta menos? ¿Qué puedo cambiar? Compartir con los demás.
10. Dibujo colectivo. Comentarios y despedida.

Cada sesión se basaba en el trabajo sobre el tema previsto, pero no de forma estricta. Las aportaciones de los miembros del grupo podían hacer que se trabajaran otros temas, una de las quejas de algunos miembros que habían participado en otros grupos era que en ellos no se les dejaba hablar o hacer lo que ellos deseaban, utilizaban la expresión de que les “comían el coco” con lo que los terapeutas querían que hiciesen y no les escuchaban ni dejaban que se expresaran libremente.

Se utilizaron diversos instrumentos:

1. Telas de colores: con ellas se trabajaban los colores de las emociones y elaborábamos mapas del estado emocional del momento o de la situación que presentaban, tanto individual como, más adelante, grupal.
2. Tarjetas con situaciones sociales para trabajar teoría de la mente y emociones (juegos de TEA ediciones)
3. Tarjetas con fotos de niños y adolescentes con diferentes expresiones emocionales y tarjetas con el nombre de diferentes emociones (juegos de TEA ediciones)
4. Hojas en blanco, lápices y colores, para dibujar el mapa familiar, el mapa de amistades, de la escuela...etc.
5. Papel de embalar blanco, ceras, rotuladores para realizar dibujos colectivos, una de las modalidades era que cada uno hacía un dibujo que el siguiente, cambiando de lugar en la mesa, iba completando hasta que todos habían dado una vuelta entera y cada dibujo tenía partes de todos. Otra modalidad utilizada en la última sesión era la realización de un dibujo libre entre todos, pudiéndose mover libremente y dibujar donde quisieran.
6. Almohadones para recostarse si en algún momento necesitaban apartarse del grupo.
7. Mesas y sillas.
8. Espacio diáfano para las dramatizaciones.

Se utilizaron diferentes técnicas:

1. Sociometría: formar grupos por preferencias o situaciones vividas, ejercicios para medir la distancia entre yo y los miembros de mi familia, o los amigos
2. Psicodrama, básicamente cambio de roles. Ésta es una técnica que les resulta sumamente difícil, pues sus dificultades empáticas hacen que el colocarse en el lugar del otro no sea fácil, pero afortunadamente lo conseguimos en algunos casos.
3. Expresión gráfica: se les pedía que realizaran el mapa familiar, el mapa de los amigos – no amigos (técnica en la que ellos se dibujan en el centro del papel y alrededor colocan a los miembros de su familia, amigos, compañeros, profesores, etc. a diferentes distancias dependiendo de la proximidad que sientan con cada persona. Después se trabaja dramáticamente y, si es posible, se utiliza el cambio de roles. Otra técnica de expresión gráfica es el dibujo grupal que ya se ha mencionado anteriormente.
4. Expresión corporal utilizando la mímica para mostrar diferentes emociones que los demás deben adivinar.
5. Descripción de imágenes (juego de TEA ediciones): A través de ellas se trabaja teoría de la mente ¿Qué hacen? ¿Dónde están? ¿Qué sienten? ¿Por qué crees que sienten...?
6. Juegos: El Memory de las emociones, el juego de habilidades sociales (TEA ediciones)
7. Conversación: Sobre temas de interés específico y sobre otros temas aportados por las terapeutas

Este tipo de trabajo plantea diferentes retos, entre ellos:

1. La disposición del terapeuta para salir de su zona de confort y manejar las emociones negativas que puedan surgir. Aprovecharlas para poder trabajarlas en grupo. P. e. reacciones desmesuradas ante una broma.
2. Trabajar la capacidad de escucha y aceptación de lo que los otros manifiestan y/o proponen. Generalmente pierden la atención cuando no son ellos los que hablan o no se trata un tema relacionado con el propio interés.

3. Trabajar la necesidad de control de la mayoría de miembros: no todos pensamos ni nos gusta lo mismo, cada uno tiene diferentes habilidades, debemos respetarnos, etc.
4. Mantener el interés en la actividad, favorecer la expresión libre, pero tener alternativas en momentos en que sea necesario estructurar la sesión con alguna actividad concreta.

## Conclusiones

A partir de la experiencia se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El trabajo en grupo favorece la relación social y el conocimiento de los demás.
2. Las dificultades en teoría de la mente se trabajan mejor en grupo que individualmente, pues puede hacerse “en directo” a partir de lo que va surgiendo. También se puede trabajar la función reflexiva.
3. La utilización de técnicas psicométricas y psicodramáticas es útil para trabajar la cohesión de grupo y la capacidad de colocarse en el lugar del otro.
4. La utilización de instrumentos y juegos estructura al grupo en momentos de dispersión y caos.

Y lo que es más importante: Es posible el trabajo en grupo en sesiones semiestructuradas con niños y adolescentes que presentan TEA. En los espacios “libres” es donde las dificultades de interacción y reciprocidad se hacen patentes permitiendo trabajarlo “en directo” y no a través de situaciones simuladas. La implicación es mayor; lo que seguramente favorece la internalización y generalización. Los espacios de libertad deben introducirse de manera progresiva a medida que la cohesión del grupo y la capacidad de interacción social aumentan.

Esta experiencia también tiene sus limitaciones pues este formato de trabajo en grupo puede utilizarse con niños y adolescentes de alto rendimiento, con buenas capacidades de expresión verbal, razonamiento y deseo de relacionarse. Cuando la afectación es mayor, especialmente en lo que se refiere a la interacción social, deberían utilizarse otras técnicas más estructuradas como paso previo, por ejemplo la realización de tareas en equipo u otras en las que es necesaria la participación de mínimo tres personas.

No se ha realizado una evaluación con instrumentos objetivos pre y post grupo. En los próximos grupos está previsto hacerlo.

Este programa consta de diez sesiones, pero en ediciones posteriores nos hemos planteado alargarlo. Los participantes manifestaron su deseo de continuar y la cohesión y capacidad de expresión alcanzadas creo que hubieran permitido seguir avanzando en la consecución de una mayor flexibilidad mental y espontaneidad, cualidades poco desarrolladas en las personas con TEA

## Referencias Bibliográficas

- Autism Genome Project (2007) Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nat. Genet.*, 39: 319-328
- Corbett, B. A.; Key, A. P.; Qualls, L.; Fecteau, S.; Newsom, C.; Yoder, P. (2015) Mejora de la Competencia Social. El uso de un ensayo aleatorizado de una intervención de Teatro para Niños con Trastorno del Espectro Autista. *Diario de Autismo y Trastornos del Desarrollo*.
- Freitag, Ch. M.; Jensen, K.; Elsuni, L.; Sachse, M.; Herpertz-Dahlmann, B.; Schulte-Rüther, M.; Hänig, S.; Von Gontard, A.; Poustka, L.; Schad-Hansjosten, T.; Wenzl, Ch.; Sinzig, J.; Taurines, R.; Geißler, J.; Kieser, M.; Cholemkery, H. (2015) Group-based cognitive behavioural psychotherapy for children and adolescents with ASD: the randomized, multicentre, controlled SOSTA - net trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Galbe Sanchez-Ventura, J (2006) Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8:101-126
- Haen, C.; Aronson, S. (2017) *Handbook of Child and Adolescent Group Therapy*. Routledge. New York.
- Hull, K. (2014) *Group Therapy Techniques with children, adolescents and adults on the autism spectrum*. Lanham, MD: Jason Aronson
- Muhle, R., Trentacoste, S.V., i Rapin, I. (2004) The genetics of autism. *Pediatrics*, 113: e472-e486.
- Newschaffer, C.J., Fallin, D., i Lee, N.L. (2002) Heritable and nonheritable risk factors for autism spectrum disorders. *Epidemiol. Rev.*, 24: 137-153
- O'Leary, K. (2013) *The effects of Drama Therapy for children with autism spectrum disorders*. Bowling Green State University. Scholar Works@BGSU.
- Payá González, B. i Fuentes Menchaca, N. (2007) Neurobiología del autismo: Estudio de neuropatología y neuroimagen. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (4): 271-276

## FLUIR EN LOS MOMENTOS CRÍTICOS. LA DIVINA COMEDIA

TALLER. 42 SYMPOSIUM DE LA SEPTG CELEBRADO EN  
CALDES DE MONTBUI (BARCELONA)

María Teresa Pi Ordóñez

*Psicóloga clínica, psicodramatista.*

*Institut d'Assistència Sanitària. Girona*

Carmen Tresaco Cidón

*Psicóloga, psicodramatista, terapeuta familiar.*

*Práctica privada*

### Resumen

Este artículo describe el taller que presentamos en el 42 Symposium de la SEPTG. Partíamos de lo que implica para cada uno las crisis por las que atravesamos y como las afrontamos. Proponíamos un trabajo psicodramático, en el que se puede utilizar como estímulo las aportaciones de los clásicos, la poesía, los mitos, los cuentos..., técnica utilizada por el Psicodrama Simbólico. La obra elegida fue *La Divina Comedia* de Dante Alighieri. Propusimos un recorrido que empezaba en el último de los 9 círculos del Infierno, iniciando un paseo a través de las diferentes etapas de la obra intentando fluir a través de ellas para llegar al Paraíso. Al final describimos los aspectos teóricos de nuestro trabajo psicodramático, que sigue las orientaciones de Jaime Rojas Bermúdez.

**Palabras clave:** *Crisis, psicodrama, literatura clásica, renacimiento, trabajo con imágenes.*

## Justificación

La utilización de mitos, cuentos, poesías... en Psicodrama proviene del Psicodrama Simbólico. La Humanidad a lo largo de la historia ha plasmado en sus escritos sus vivencias y las ha simbolizado a través de la literatura, yendo más allá de lo que cuentan los historiadores. Dante vivió en una época convulsa para Florencia, en la que la lucha por el poder determinaba las relaciones y el destino de las personas. Debido a su elección de bando sufrió el destierro, no pudiendo volver a Florencia en vida. En su madurez escribió La Divina Comedia

A mitad del camino de la vida,  
en una selva oscura me encontraba  
porque mi ruta había extraviado

En ella aparecen personajes históricos, políticos, escritores, y también las personas que, según él, trajeron el dolor y el oprobio a su ciudad, otras que lucharon por su bien y también los “tibios” que no se aliaron con ningún bando. En su paseo por el Infierno, el Purgatorio y el Paraíso nos los va mostrando describiendo los suplicios o recompensas a que se encuentran sometidos, dependiendo de sus obras mientras permanecieron en la Tierra. A través de sus versos describe su punto de vista de los hechos históricos acaecidos en su época y anteriores y también nos muestra lo que posiblemente desearía que les sucediera a modo de venganza al mostrar los suplicios a los que se hallaban expuestos los que, según él, obraron mal.

La obra describe un mecanismo muy humano: En un momento de crisis personal y social, buscar una explicación que nos satisfaga, imaginarnos cual podría haber sido la alternativa si todo hubiera sucedido de forma diferente y - ¿por qué no? - vengarnos de los que, según nuestro punto de vista, han provocado la situación. Los sentimientos que aparecen en la obra, descritos magistralmente a través de sus versos, pueden resonar en todos nosotros, y más si estamos atravesando una época de crisis como la actual, en la que se mezclan los problemas sociales y políticos con los personales según nos afecten sus consecuencias. Por ese motivo elegimos esta obra para llevar a cabo el taller.

## El taller

Dividimos la sala en dos espacios: En uno de ellos se encontraba el círculo formado por sillas. En el otro se hallaba el escenario donde se había creado un itinerario formado por cuerdas que pretendían representar los círculos del In-

fierno, las cornisas del Purgatorio y las esferas del cielo. A lo largo del itinerario se encontraban tarjetas con fragmentos de la Divina Comedia correspondientes a cada uno de los lugares por los que se iba a transitar. En total eran 117 tarjetas.

Empezamos en el círculo, presentándonos. A continuación iniciamos el caldeamiento inespecífico con la presentación de los miembros del grupo y a continuación se utilizaron técnicas de meditación. Se invitó al grupo a pensar en momentos críticos de cualquier tipo que hubieran vivido directa o indirectamente. A los cinco minutos pasamos al caldeamiento específico invitándoles a salir del estado meditativo y levantarse para acercarse al espacio donde estaba representado el “mundo” descrito por Dante y se les invitó a recorrer los diferentes lugares por donde transitó, eligiendo las tarjetas que les resonaran más y que contenían diversos tercetos de la Divina Comedia.

En el momento en que cada persona finalizaba el recorrido, se dirigía al círculo de sillas con las tarjetas elegidas y una vez todos allí de nuevo iniciamos el Caldeamiento para el rol, utilizando el modelo sociométrico de J.L. Moreno con el que se realizó la elección del protagonista.

### **Puesta en escena con el protagonista:**

Se propuso al protagonista la construcción de imágenes con los componentes del grupo que eligió. Construyó tres imágenes que representaban un proceso y se trabajó a través de soliloquios desde cada uno de los roles representados en las mismas. A partir de lo vivenciado se propuso la modificación de las imágenes “reales” en imágenes “ideales” desde el aquí y ahora.

Una vez finalizado el proceso se pasó a la etapa de comentarios. En primer lugar intervienen el protagonista y las personas que han intervenido en los diferentes roles de la imagen pudiendo expresar lo vivido y experimentado en el contexto dramático y posteriormente se pasa la palabra a todo el grupo desde lo observado y aparece si ha habido alguna resonancia en alguno de ellos.

En el cierre de la sesión pasamos a explicar brevemente conceptos del psicodrama que han intervenido en la misma.

La sesión ha sido llevada por co-conductores, aunque inicialmente el rol de director lo realiza una persona y la otra hace de yo-auxiliar, la sesión la cierran ambas, esa co-producción, se puede realizar porque las personas que llevan el taller son directoras de psicodrama (formación que ambas han realizado siguiendo las líneas teóricas-prácticas del Dr. Jaime Rojas-Bermúdez).

## ¿Qué es el psicodrama?

El psicodrama es un método psicoterapéutico con hondas raíces en el teatro, la psicología y la sociología. Desde el punto de vista técnico, constituye en principio un procedimiento de acción y de interacción. Su núcleo es la dramatización.

El psicodrama hace intervenir el cuerpo en sus variadas expresiones e interacciones con otros cuerpos.

El psicodrama hace intervenir manifiestamente un nuevo elemento en la psicoterapia: el espacio. Este, transformado en escenario, permite la representación del mundo interno del paciente. Este paso de lo verbal a la acción y a la creación, da una nueva dimensión al proceso terapéutico introduciendo nuevos elementos y recursos técnicos en la psicoterapia: el cuerpo, los objetos, la acción.

Los elementos que constituyen la sesión de psicodrama son

### ***Tres contextos:***

Social

Grupal

Dramático.

### ***Cinco instrumentos fundamentales***

Protagonista

Escenario

Yo –auxiliares

Director o terapeuta

Auditorio

### ***Tres etapas***

Caldeamiento

Dramatización

Comentarios o análisis

El Caldeamiento es el conjunto de procedimientos que preparan a un organismo de modo que éste se encuentre en condiciones óptimas para la acción.

En esta etapa se dan dos momentos:

1. Caldeamiento inespecífico, en el cual

- se centra primero la atención del grupo en el director
- se facilita la interacción grupal. La atención del grupo se centra en el grupo mismo
- se disminuye los estados de tensión.

Hasta que surge el clima emocional, en el cual participan los miembros del grupo. Este momento marca la inflexión de paso al

2. Caldeamiento específico, en el que este clima grupal es la trama de interacciones de la cual surge el protagonista (tema o persona) y se prepara para la dramatización

(caldeamiento para el rol)

### **Dramatización.**

La dramatización, es la heredera de la escena teatral. En ella se interpretan personajes y se movilizan emociones. A diferencia del teatro, en la dramatización no existe un guión a seguir por los actores. El libreto es la propia vida del protagonista.

El Director interroga e investiga al protagonista en busca de la escena mas adecuada para iniciar la dramatización. Una vez logrado este objetivo se realiza la puesta en escena.

### **Juego de roles (dramatización)**

Se utiliza esta técnica cuando se trata de involucrar al protagonista en la dramatización y lograr, al mismo tiempo, su compromiso a nivel de emociones, de sentimientos y sus afectos.

El juego de roles es, para Moreno, la situación psicodramática básica, dentro de la cual se insertan las demás técnicas, que tienen para él dos finalidades fundamentales: el logro de la espontaneidad (interpolación de resistencias) y la ampliación del yo (soliloquio, espejo, doble, inversiones de roles)

La imagen es una técnica que introduce J. Rojas Bermúdez.

La imagen es construida a modo de escultura, con personas u objetos, fuera de sí mismo, para ofrecerle al sujeto las mayores posibilidades de objetivación y evaluación de lo que hace. Creada por el protagonista como su obra,

queda ante él para que pueda contemplarla: se relaciona más con la visión y es el paradigma de la forma: Las técnicas de imagen, en general, “enfrian” la situación, son más intelectuales y permiten mayor distancia emotiva por parte del protagonista, quien queda fuera de la situación representada.

La imagen expresa el punto de vista que el protagonista tiene de una situación determinada: el sentido que para él tienen ciertos hechos y vivencias, los elementos que enfatiza y su interrelación mutua (estructura). Cuando esos contenidos son representados en el escenario, adquieren forma, permitiéndole al protagonista tomar una cierta distancia con respecto a ellos, y al objetivarlos darse cuenta de la situación tal como es vivida por él internamente.

Estas dos líneas, dramatización (J.L. Moreno) e imagen (J.G. Rojas-Bermúdez), no son opuestas, sino complementarias, alternándose a lo largo de la etapa de dramatización. Comenzando por una u otra (ello depende de la situación dada) es fácil el paso de imagen a dramatización o viceversa; puede pedirse una imagen sobre lo ocurrido en una dramatización, o bien llegar a una escena a través de la realización de una imagen y los soliloquios correspondientes.

Las imágenes habituales tienden a ser realistas y construidas con los compañeros de grupo, pero pueden ser, también, simbólicas y realizadas tanto con los cuerpos de los compañeros como con objetos diversos (telas, muñecos, etc.). Asimismo, se puede trabajar alternada o conjuntamente con imágenes reales y simbólicas con el fin de ampliar la información buscada y tener así una mejor comprensión y explicitación de los códigos utilizados por el protagonista al construir la imagen.

## **Comentarios.**

Es la última etapa de la sesión psicodramática. En ella la atención se centra en el auditorio y se solicita a sus miembros opiniones y comentarios referentes a la dramatización en sí, al protagonista y a ellos mismos donde comparten las vivencias surgidas con la escena. La palabra clave para iniciar los comentarios es la resonancia. La dramatización, como espectáculo, ha centrado la atención de todos en el escenario, suscitando el afloramiento de las vivencias desencadenadas por los personajes en acción.

Dentro de la dinámica de la sesión se considera al protagonista como un emergente del grupo, y después de la dramatización, al grupo como emergente del individuo.

## Referencias Bibliográficas

Alighieri, Dante (1987) *La Divina Comedia*. Editorial Juventud.

Rojas-Bermúdez, Jaime (1997) *Teoría y técnica psicodramática*. Paidós Ibérica.

Scategni, Wilma y Cavalitto, Stefano, editores (2010) *Myths, Fairy tales, Legends, Dreams... Bridges beyond the conflicts. The work in groups through images, symbolic paths and sharing stories*. Franco Angeli.



## LA INVISIBILIDAD EN EL EXILIO

Teresa Monsegur

A lo mejor estas reflexiones nos son útiles en éstos momentos de tanta oscuridad, en donde se pone a prueba nuestra vocación de ayudar a los demás

El arte, ¿realmente ayuda? ¿de qué manera?

Voy a leerles algunas historias que, quizás sirvan para pensar nuestra práctica

Estamos en un momento histórico de oscuridad y de grandes cambios

Traigo este poema de Bertold Brecht para comenzar:

“En los tiempos sombríos

¿se cantará también?

También se cantará

sobre los tiempos sombríos.”

Y esta frase para reflexionar

“El exilio es el asesinato de la lengua materna.”

Julia Kristeva

Aunque no se cambie de lengua... se cambia de lengua, porque cambia la cultura, las costumbres, los dichos, las mismas palabras tienen significados diversos: en el exilio siempre hay que aprender una lengua nueva.

Estamos hechos con los cuerpos de los otros, de nuestros padres, de nuestros amigos... como dice Merleau Ponty: “¿dónde termino yo, puesto que el mundo es carne?”

Estamos hechos y sostenidos con redes sensibles... la piel y la carne de todos.

Cualquier herida, hiere estas redes.

Necesitamos reflexionar en ello, y, como terapeutas plantearnos cómo podemos colaborar en la elaboración del duelo, en la cura de las lesiones, los golpes, los traumas.

Porque las víctimas de hoy, quizás... serán los verdugos del mañana.

La cuestión que se plantea es: ¿que se hace con la pérdida?

O... ¿qué se hace con los trozos que hemos, que vamos perdiendo? Con los 'huesitos' como dice Juan Gelman?

Esta ponencia está compuesta de trozos: 'de huesitos', trozos que no son propios si no que son trozos de personas que también huyeron. Son citas. De la misma forma a como se recopilan retazos de paisaje o retazos de cuerpos, para fabricarse un nuevo territorio, un nuevo sueño, un nuevo país.

El cuerpo se hace invisible.

Desapareces, no existes.

También el paisaje del país de origen.

También el nuevo país.

Hay que reconstruir el conocimiento de todo, nuevamente.

Especialmente la percepción, la sensibilidad de tu cuerpo, que es tu primer país.

Crean ustedes que podremos vivir con tanto dolor con lo que está ocurriendo en el mundo? O... quizás...¿estamos enfermando mucho más?

### **Los ataques, las acometidas, que tiene el cuerpo del exiliado**

Los pies se hincharon y se pusieron violetas. Necesidad de golpear el suelo con las plantas de los pies.

No se camina por los caminos tantas veces transitados.

Falla el equilibrio.

Enraizarse ¡que fácil decir! Arraigarse, plantarse.

### **Ensayo de Grisalla: Teatro-Danza 1980.**

Palos tirados en el suelo, caminar sobre ellos, buscando el equilibrio y soportar el dolor...

Entrenamiento en el dolor, hasta que los pies se acostumbran, y ya... no duelen y, como en el ballet se descubren los beneficios del dolor, corrigen las patologías de la espalda, las de los mismos pies...

Giramos intentando continuar en el eje, mientras trozos de nosotros se esparcen en el espacio.

¡Familias de exiliados! los abuelos, las abuelas, buscándose y encontrándose después de tantos años, cruzando la cordillera, el Río de la Plata...yéndose a Brasil.

Escuché qué hacer después... Unos extrañaban ya. Se acordaban de cómo era su pueblo cuando eran chicos, como era su casa, extrañaban hasta la extenuación su lugar en el mundo. Otros decían tener muchos planes, las editoriales, los libros que escribirían, los teatros que abrirían, las fábricas que construirían... .

Y en aquél hotelucho del Barrio Gótico, levantamos los vasos y brindamos por la fundación de nuestro nuevo mundo: ingrátido y sutil, como pompas de jabón, nuestro nuevo imperio.

Los exiliados, los inmigrantes, los perseguidos ¿Han logrado producir algo nuevo con aquello que se vieron obligados a abandonar? Y que se fue diluyendo en el horizonte, como se perdieron los taxis negro y amarillo cuando el barco se alejaba de la costa de Buenos Aires...

Crear, volver o empezar a crear, a dibujar, a bailar, a cantar...

*Lo que tenemos* con las grabaciones rescatadas dentro del grabador que se estrenó en el Teatro Romea

*Un jardí per a tots*, Fundació Miró

*Chile Fértil Provincia* disco de Gabriel

*Destierro y cielo* disco de Gabriel y tantas obras más!

“¿No habremos de buscar ya en el niño las primeras huellas de la actividad poética? La ocupación favorita y más intensa del niño es el juego. Acaso sea lícito afirmar que todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él. Sería injusto en este caso pensar que no toma en serio ese mundo: por el contrario, toma muy en serio su juego y dedica en él gran dosis de afecto. La antítesis del juego no es gravedad, sino la realidad.”(S. Freud; “El poeta y la fantasía”)

Para Winnicott, “la creatividad es la conservación durante toda la vida de algo que en rigor pertenece a la experiencia infantil: la capacidad de crear el mundo” (Winnicott, “El hogar, nuestro punto de partida”, Paidós, 1993)

Ya en el 1974 se habían realizado varias investigaciones sobre el exilio y sus consecuencias... pero, en adultos.

Hubo un grupo de psicoanalistas que empezaron a investigar en niños, mediante el juego. Se le ofrecían al niño una serie de elementos para construir: palos, cubos, esferas casitas, torres, puentes, piscinas, escaleras y personajes... bomberos, policías, militares, personas de diferentes oficios y se le dejaba jugar durante media hora- 45 minutos.

A esa consulta llevaron a una niña de cuatro años. Con los padres habían hablado de las circunstancias del exilio, ellos estaban convencidos, de que la niña no había visto nada, ni se había enterado porqué a ella la habían sacado de la piscina de su tía y porque le habían metido, todavía mojada, en el Citroen para no volver nunca más a su vieja casa dejando sus cosas, sus juguetes y su lugar, para siempre.

Pasado el tiempo acordado, a los padres se les invitó a pasar nuevamente al interior de la consulta donde encontraron a las psicoanalistas conteniendo la risa, mientras la niña jugaba tranquilamente. La niña había armado un allanamiento de la casita con los militares atacando, los bomberos y la policía ayudando a forzar las puertas. Cuando terminó esta primera etapa, se dedicó a ahogar con toda parsimonia a todos ellos en la piscina...

Destierros! La distancia se hace espesa, respiramos el aire por la herida: vivir es un precepto obligatorio.

Sentir las piernas. Las historias escondidas en cada articulación ¿Adónde nos llevan?

Cada paso es denso, espeso, opaco.

Trauma según el Diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis: experiencia que aporta en poco tiempo un aumento de excitación tan grande a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o elaboración por los medios normales o habituales, lo que inevitablemente dará lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético”.

Para los griegos el exilio era la peor condena, mas terrible que la condena a muerte. La partida se vive como un sentirse “echado del hogar” y un “no querido”.

La migración de “los exiliados” es, en algún aspecto, parecida a la experimentada en el proceso de migración regular, salvo por el detalle de que no sólo se requiere pasar un proceso de duelo “natural”, adaptación, idealización del lugar nuevo y devaluación del lugar de origen, sino que se encuentra presente una situación de crisis personal (o colectiva) en donde la migración no es una elección, sino la única salida para poder sobrevivir, aunado a la imposibilidad del retorno, lo que desata una crisis mayor. En términos generales, la palabra que mejor describe el sentimiento común experimentado por “los exiliados” es el desamparo.

Nadie te ve. No eres reconocido en ningún lugar...

Nadie te oye, no eres escuchado...

No podemos referirnos al fenómeno de la migración como sólo un “moverse de lugar” sino como algo tan complejo que puede ser mirado desde diferentes perspectivas y que afecta no sólo al individuo que lo lleva a cabo, sino a la gente que le rodea, así como a su ambiente en donde las vivencias de miedo, desamparo, angustia, persecución, etc. dejan una huella imborrable, causando gran confusión entre lo real y la ficción, afectando al principio de realidad.

Nadie te ve. No eres reconocido en ningún lugar...

Hay un tiempo que es antes, cuando comienzan a dejar sus huellas los dolores, los propios y los ajenos... son las bombas en la guerra abierta, son las desapariciones en la guerra sucia... porque... toda guerra es sucia.

Y antes...

Los hermanos que están presos y que vamos a visitar, corriendo en el amanecer con el viejo Citroen por las calles de Buenos Aires. Tu embarazada y tu compañero, secuestrados. Tu compañero que no aparece durante... ¿cuánto tiempo?

Tu hija que aprende a caminar dentro de la cárcel de Devoto y que alegra la vida a los presos políticos que están allí. Las largas colas. El bar de enfrente a las cinco de la mañana. La complicidad de las mujeres.

Los muertos de Trelew.

El golpe en Chile.

Las bombas en la Moneda.

La muerte del padre.

Un nuevo embarazo.

Los 17 o 18 o ¿Cuántos? allanamientos a tu casa.

Tu madre presa y tus hermanos también.

Despoja, extirpa trozos, pero aún, sin esos trozos, te ves obligado/obligada a caminar, sin saber como hacerlo. Al cuerpo le van faltando partes, se va haciendo transparente. Y se camina a bordo de un barco que se balancea en el centro de mares y de océanos... Se intenta aprender a vivir en el desequilibrio...

### **Viaje al invierno.**

Llegan a puerto, hace frío. Un taxista los lleva al hotel, al cruzar una calle ven un policía de esos llamados 'grises', el taxista les dice: de esos yo me cargué a 4 o 5.

Sientes que te vas volviendo a cada momento más invisible. Todos hablan entre ellos.

No encuentras ningún conocido, nadie te reconoce en esa ciudad que aún, en ese entonces, está muy parda.

Un día gris y frío de invierno caminando por Sarriá me crucé con una madre, que iba con dos hijas adolescentes y que les decía:

- Ahora, vamos a casa a cocinar una rica sopa. ¡que bien nos va a sentar!-

Un trozo mío quedó en la acera. Aterido-

Huesos que fuego a tanto amor han dado exilados del sur sin casa o número ahora desueñan tanto sueño roto, una fatiga les distrae el alma por el dolor pasean como niños bajo la lluvia ajena/una mujer habla en voz baja con sus pedacitos como acunándoles no ser/o nunca se fueron del país o patria o puma que recorría la cabeza como dicha infeliz/país de la memoria donde nació/morí/tuve sustancia/huesitos que junté para encender/ tierra que me enterraba para siempre.-

## Evolución y conflicto

Víctor Ortega Zarzosa.  
*Médico Psiquiatra. Vitoria (Álava)*

(Cualquier apariencia de realidad es una mera disculpa para los intercambios afectivos)

El procesamiento de los estados de ánimo provocados por los sentimientos, y los diversos niveles de pensamiento, como respuesta a los conflictos.

Distingo tres niveles evolutivos de pensamiento, entendido este como un complejo proceso del grupo humano, de ahí el aforismo: el grupo como matriz social del pensamiento, y también el terrible imperativo cognoscitivo colectivo, o pensamiento políticamente correcto, base y sostén de la peor de las tiranías, la del estado de ánimo colectivo.

El pensamiento funciona como mecanismo de defensa compartido socialmente para procesar los estados de ánimo.

A su vez el proceso tiene al menos tres fases: recepción, elaboración y publicación. Recepción cenestésica (R. Spitz) de información, por todos los órganos de los sentidos, visual, tacto, oído, olfato, etc... probablemente más almacenada en el hemisferio derecho cerebral, fundamentalmente receptor y sintetizador; elaboración o procesamiento interno con o sin percepción diacritica (R. Spitz) y según nivel, generación de la ideación del yo narcisista, y concienciación, o no, por el yo análogo o crítico probablemente en el hemisferio izquierdo que es fundamentalmente emisor (J. Jaynes) y por último publicación o devolución al grupo, por el sistema motor y excretor; verbalización con todos sus matices, gestos, ademanes, miradas, muecas, posturas, feromonas, y otros productos excretables, por ejemplo halitosis selectiva y otros olores corporales (psicotosomatización o agresividad química atávica).

Desde el punto de vista eléctrico, entran unas cargas, son procesadas en la central de gestión y tienen que salir para mantener la homeostasis, según como ya planteo uno de los pioneros de la fisiología, Claude Bernard: la constante del medio interno, es la garantía de la vida libre.

Esto se logra en la medida que se supera el filtro modulador de la corteza prefrontal, que siendo la parte más evolucionada de nuestro cerebro posiblemente actúa con respecto a nuestras conductas, incluidas las verbales de evocación mnemónica y habla, como la formación reticular tronco encefálica moduladora lo hace respecto a las aferencias que del medio interno y del exterior acceden al sistema nervioso central. De manera que si se evacua una carga eléctrica proporcional a la que está entrando en el S.N.C. este se mantiene equilibrado, y si no es así tiene que hacer una derivación para descargar el excedente, bien sobrecargando otros circuitos internos del propio S.N.C. con las interferencias consiguientes en su normal funcionamiento, o bien derivando a la verdadera toma de tierra que es a través del resto del cuerpo, quien sufrirá la sobrecarga de estrés eléctrico o somatización.

Podemos nombrar también diferentes etapas evolutivas solapadas con estos tres niveles: animatismo, animismo, mágico religioso y empírico científico, con respecto al contenido en creencias por así decir... Y señalar dos cualidades diferentes respecto al nivel de conciencia, irreflexivo o inconsciente que viene a coincidir con el primer nivel de pensamiento y el previo o proto pensamiento, y el reflexivo o consciente que sólo empieza a aparecer en el segundo nivel, muchas veces utilizado en exclusiva en racionalizar y justificar las acciones y consecuencias derivadas del efecto del primer nivel siempre latente, dado el riesgo de utilizarlo en describir la realidad tal como ya nos lo contó Platon en su ejemplo de la caverna y por tanto suscitar el rechazo del grupo, su no aprobación.

Básicamente hay dos estados de ánimo, posición Esquizoparanoide y posición Depresiva, (Melanie Klein), que se corresponden con el funcionamiento binario 1- 0 del sistema neurovegetativo simpático-parasimpático, mal llamado autónomo, por cuanto aunque no depende como el sistema motor piramidal-extrapiramidal de la volición personal, es el más dependiente del clima y circunstancias del entorno, especialmente de la calidad de las relaciones con los demás, es decir del funcionamiento del grupo. Sus reacciones lucha/fuga-retirada, se traducen en los Supuestos Básicos grupales de Lucha-Fuga, Dependencia y Apareamiento (W. Bion), que también fueron descritos por Elías

Canetti en Masa y Poder, como Mutas de la horda primitiva: muta de caza, muta de guerra, muta de lamentación y muta de multiplicación. Trabajo, guerra, funerales y fiestas de guardar...

Los niveles de pensamiento que distingo en función de su complejidad son:

I nivel de la palabra, expresión verbal que corresponde al nivel irreflexivo alcanzado en el estadio humano de salvajismo (F. Engels). El impulso a actuar se divide por un lado en la verbalización, acción motora de fonación y en otras reacciones corporales.

II nivel del número, expresión del concepto de cantidad, que ya necesita de una mínima reflexión o contraste de diferenciación, corresponde al estadio de la barbarie (F. Engels).

Estos dos primeros niveles podrían corresponderse con la bicameralidad propuesta por Jaynes, en cuyo funcionamiento el estado de conciencia no estaba asociado aún entre los dos hemisferios, ya que los hemisferios cerebrales estaban primariamente mínimamente coordinados, siendo ambos potencialmente receptores y emisores.

III nivel de la escritura, exteriorización de conceptos internos sobre la realidad de una forma verbal pero registrada en imágenes simbólicas, aunque supuso otra vuelta más de tuerca en el proceso evolutivo, concretamente con el inicio de lo que hoy entendemos por conciencia individual (J. Jaynes), corresponde al estadio en el que se resolvió inadecuadamente, y ahora lo sabemos, el conflicto sexual y reproductivo que hasta aquel momento había sido conjugado conductualmente en gran parte por el matrimonio por grupos y completado ideológicamente por la reencarnación.

El conflicto sexual se replanteó al asociarlo mentalmente con la descendencia, de la creencia consoladora en la negación de la muerte consistente en la reencarnación se pasó a la procreación, y el consuelo vino por la ocurrente y compensatoria idea de la vida del más allá, originándose los monumentos funerarios, mastabas y pirámides, de las civilizaciones más arcaicas.

El matrimonio por grupos vino a ser sustituido por la familia patriarcal como forma de organización sexual y por tanto social, que llegó a su cenit en Roma, el primer imperio donde cuajó una religión monoteísta, de la mano de su gran institución: pater familias. La familia nuclear y extensa constituyen las células del tejido social en este estadio que llamamos civilización, que probablemente ahora de nuevo está en fase de colapso o estancamiento crítico, al

menos, al que cíclicamente se ve expuesta, dado el fallo de pensamiento que al no ajustarse a la realidad ha contribuido a un desarrollo perverso, abocado siempre al fracaso.

Al partir de un estado de conciencia no escindida pero escotomizada, la lucha de sexos por así decir biológica o instintiva, conflicto sexual del grupo reprimido por el tabú del endosexo, se replanteó sancionándose socialmente su justificación con efectos ambivalentes, evolutivos como el origen de la responsabilidad personal, y regresivos por introyección de la vergüenza trasmutada en sentimiento de culpa por conflicto de lealtad de los hijos con los genitores.

El nivel I, el habla, por el que nos diferenciamos del resto de la especies animales, supone el funcionamiento de un modulador evolucionado de la expresión de las reacciones instintivas, probablemente situado en la corteza prefrontal, dilatando como válvula de seguridad la ejecución de una parte de estas al expresar la otra parte a través del lenguaje.

Técnicamente implementado por el sexo femenino, que tiene mucho mejor desarrollado este mecanismo cerebral, al estar desde origen más implicado por razones obvias en las relaciones sociales. R. Spitz propone como el tercero de los organizadores de la mente el dominio del no hacia los 15 meses de vida del niño. Introyección de autoridad limitadora, en forma de alucinación, descrita en la mente bicameral, de manera que el lenguaje se convierte en un nuevo aparato de percepción de la búsqueda de autorización social, idea de J. Jaynes, que ayuda a procesar los contrastes de los estados de ánimo. Así el lenguaje pudo contribuir a frenar la ansiedad de separación y muerte, la agresividad del cuerpo a cuerpo, especialmente la ligada a la cópula, y por tanto a establecer el tabú del primitivo incesto: prohibición de endo-sexo en el grupo, o ley de exo-sexo o matrimonio de grupo ya que la conciencia de la relación sexo-reproducción y por tanto el parentesco como lo concebimos actualmente tardaría aún mucho en llegar.

Los grupos que respetaron el tabú, por instinto de supervivencia, azar y necesidad, con el resultado de aumentar la colaboración dentro del grupo, consiguieron a la vez al aumentar también la colaboración entre diversos grupos para la cópula ceremonial, una diversidad genética, factor que junto con los anteriores seguramente les mejoró las posibilidades de supervivencia. Selección hacia una especie de mamíferos más cooperadora, menos agresiva impulsiva. Cumpliendo mejor de esta manera con la teoría evolutiva de la facilitación de la vida por la cooperación, que comienza entre otros ejemplos por la ru-

dimentaria simbiosis celular y la teoría de las burbujas libertinas prebióticas, reproducción asexual y sexual, proto células y mitocondrias...

Según C. Levi-Strauss el incesto fue la primera y todavía única ley social de carácter universal que nos diferencia del resto de especies, pudiendo haber influido en todo ello otro cambio sustancial en el estilo de vida de nuestros ancestros, como fue el paso de manada de recolectores fundamentalmente selváticos y arbóreos a cazadores a ras de suelo. Pasamos a bipedestados todoterreno o incluso semianfibios en determinados momentos, según plantean D. Morris y E. Morgan, con un cambio de muchos hábitos fisiológicos, postural, alimentación, estructura ósea, distribución de pelo y grasa en la piel, etc... Necesitamos cambiar también habilidades y una mayor necesidad de cooperación intragrupal para la supervivencia, al estilo de lo logrado por otras especies de mamíferos como los cánidos, muchos como nosotros en interpretar los estados de ánimo de sus congéneres de forma instintiva, y quienes con una estructura de relación social de distribución de roles y jerarquías en el grupo con tantos aspectos comunes al nuestro, desde tiempos inmemoriales se dejaron adoptar y fueron utilizados como cooperadores nuestros, no sólo para la caza sino para el control de otras especies, en el pastoreo y ganadería.

C. Knigh, cree relacionada la periodicidad de los ciclos menstruales en nuestra especie, con las fases lunares determinantes de las mejores oportunidades para las partidas de caza. Así mismo, este paleo-antropólogo, relaciona el nacimiento de la cultura con el control y reglamentación de las relaciones sexuales, promovido por las hembras probablemente un poquito menos competitivas que los machos, impulsados estos a repartir sus semillas y más posesivas que ellos por dedicarse al cuidado y protección de la descendencia. En nuestra especie el cese de la función ovárica no coincide con la muerte, a diferencia de otros mamíferos, si bien en otras especies animales sumamente cooperativas, claro que a nivel de insectos, se da una especie de menopausia colectiva que afecta a todos los individuos del grupo que cooperan sirviendo a la reina reproductora.

Los grupos humanos así organizados consiguieron sobrevivir y crecer, hacerse más numerosos, enfrentando con más éxito el medio circundante, pero encontrando un nuevo conflicto inédito: El tamaño propio como grupo y sus múltiples alianzas con otros. Si desde el principio lo más importante para sobrevivir era la cooperación con los otros, a lo cual contribuyó el habla, como otra forma más sofisticada de actuar y entender, el numerar o contar potenció el rendimiento del pensamiento como mecanismo de defensa para procesar los

estados de ánimo variables, ya por la cantidad disponible de contactos humanos, alianzas a tener en cuenta, y conflictos de lealtades con ellas, como de soles y lunas que tenían que sucederse para completar un ciclo, que posiblemente de forma ritual comenzó a regular sus relaciones, de ahí quizás también las hondas raíces de la influencia de los astros en nuestra psique, incluso de antes de que apareciesen en nuestros registros mentales los atisbos de la astrología.

La mayoría de la gente tenemos enormes dificultades para pasar al II nivel, un nivel lógico, temporal y matemático, que condiciona considerablemente nuestra original reacción animal instintiva ayudando a controlar mejor los impulsos, con lo cual este lastre en algunos grupos sociales para el acceso al nivel II frena su desarrollo colectivo. Debido al escaso rendimiento de los mecanismos defensivos, se dificulta el procesamiento adecuado de las emociones que resultan desbordantes y mínimamente aliviadas por los rituales mágico-animistas. La escasa habilidad en el control de los números, el cálculo, la cuantificación lógica del esfuerzo, la constancia y la regularidad, predispone a la incertidumbre inevitable de la suerte a la que hay que procurar rendir culto, pagar tributo y convocar mágicamente.

El subir de nivel por contrario, permite un funcionamiento más eficaz en el nivel previo, al implementarlo. Cada cambio de nivel ha supuesto una respuesta a una incitación previa que no pudo resolverse satisfactoriamente en el nivel anterior. Evolutivamente estamos estancados en el III nivel, que en realidad probablemente puede no implicar en sí otra innovación respecto a los anteriores que la articulación entre ellos, aunque eso sí, haya supuesto una mayor coordinación inter-hemisférica, con la aparición de un yo análogo y un estado de conciencia individual íntima.

El nivel II, capacidad de contar, expresar los números, responde a la ansiedad de muerte por separación del propio grupo de alguno de sus miembros, y de dificultad de sincronización temporal con los grupos aliados, cooperantes en el mantenimiento de funciones vitales, nutrición y reproducción, caza y copula fundamentalmente, ciclos solares y especialmente lunares.

En estos dos primeros niveles de pensamiento si bien no existía un nivel de conciencia completa en el sentido que hoy día la entendemos, (como reflejo reproducible de la práctica totalidad conocida de la realidad externa en el cerebro, reflejo fijado por el lenguaje como nuevo órgano de percepción (J. Jaynes), aquella proto-conciencia se adecuaba bastante a la realidad y su participación en el pensamiento probablemente era limitada pero no distorsionadora de los hechos ni de sus repercusiones emocionales.

Me refiero a la conciencia del conflicto fundamental, quiénes somos? de dónde venimos? y adónde vamos?. Nacimiento, reproducción y muerte, de los que el resto de conflictos son subsidiarios. Respecto a los tres hechos fundamentales, si bien la explicación basada en la reencarnación distaba de ser completa, de una manera parcial era correcta en el sentido de no contradecir la existencia de los genes y su transmisión, repetición, por generaciones.

Se había escindido la relación del apareamiento con la reproducción de una manera primaria, proto-mental, al poner un freno al impulso sexual y agresivo instintivo en favor de la cooperación dentro del grupo y se completó con la alianza de cooperación con otro grupo vecino. Al impedir el apareamiento en el propio grupo la supervivencia intergeneracional sólo estaba garantizada por la alianza con grupos vecinos. De forma que la supervivencia estaba mejor asegurada y fue más exitosa en los grupos que cumplían la ley. Al limitar unos impulsos instintivos particulares para facilitar la cooperación, se potenció el instinto de supervivencia colectivo, y la excelencia genética.

Del animatismo, como arcaica protoidea darwiniana de la evolución de las especies, teoría de la descendencia de otras especies animales tótem, evolucionaron al animismo y la reencarnación, como consuelo para la ansiedad de muerte y separación. Hay que tener en cuenta que estas creencias persisten como dogma religioso en nuestros días. Y que los vascos confirman a Darwin pues todos descienden de la amona.

En este II nivel nuestros ancestros consiguieron una performance que sentó las bases del trabajo, al estilo de otras especies animales sumamente cooperativas aunque de la escala de los insectos, tal como la domesticación de otras especies y la ganadería. Me refiero en estos términos a dos actividades genuinamente humanas, la pintura y la domesticación de varias diferentes especies animales. Del auto control al dominio sobre el medio natural, entre otros elementos el fuego y sobre otras especies.

Este nuevo escenario dio pie a una distorsión del pensamiento que condiciono de forma perversa nuestra evolución posterior, con una parte importante regresiva, adoptando la forma de bucle o espiral perpetua: comienzo de reorganización, desarrollo, colapso y desintegración; con aparentes diversas etapas denominadas sucesivas civilizaciones (A. Toynbee).

El pensamiento se adecuó más a la realidad pero sólo de una manera parcial, distorsionada por escisión y negación de la otra parte, fortaleciendo una de las bases de la cooperación interpersonal, la responsabilidad del indivi-

duo en relación al grupo, quien le devolvió una parte de su poder y autonomía sexual y agresiva, de la que había sido privado por el mismo grupo en el proceso de humanización, pero a la vez sanciono socialmente de forma errónea la posesividad o afán de dominio instintivo de una parte sobre otras, alterando el hasta entonces delicado equilibrio social de cooperación, creando un escenario mental nuevo por conflicto de lealtades y sentimientos de culpabilidad, hasta entonces inéditos en la mente humana: Lealtad al grupo-madre hasta entonces único propietario y dueño absoluto de sus miembros y lealtad al propietario padre sin cuya semilla la hembra humana no iba a procrear.

Estableciéndose los cimientos de una lucha de poder ínter sexual, de fundamento no biológico instintivo, ya suavizado en nuestro proceso de humanización, sino social en la estructura mental colectiva, el grupo como matriz social del pensamiento o imperativo cognoscitivo colectivo, originando una perversión contaminadora de todos los procesos de desarrollo intrapersonal, yo análogo sustitutivo (políticamente correcto) yo ideal consciente con represión introyectada.

Otro gran conflicto en torno a la ansiedad de separación y muerte hasta entonces conjurado por la reencarnación, sobrecarga el pensamiento humano: la noción de muerte personal y definitiva desaparición. Dado que sí proveníamos de la semilla del padre ya no estaba tan claro que fuésemos a reencarnarnos. Aunque no por ello, como ya he señalado antes, dejo de mantenerse la reencarnación en gran parte como creencia aliviadora de la ansiedad de muerte hasta nuestros días. Y ya de paso junto con las inferencias de los sentimientos de culpa originados por los conflictos de lealtades, aparecieron las maniobras mágicas en torno al parto que se describen bajo el término general y universal de couvade.

Esto desencadenó el paso al III nivel, perpetuar la realización de deseos, el legado, escribir.

De forma que las primeras civilizaciones estuvieron marcadas por un estricto orden de control jerárquico, totalitarismo que resurge periódicamente por necesidad de negación de conflictos de lealtad por la fuerza, para organizarse viviendo el presente en función de prolongar la propia vida hacia la eternidad, momias y tumbas, mastabas y pirámides para la eternidad, fueron sus principales industrias de consumo, hasta que el desarrollo paulatino del III nivel de pensamiento, la escritura, legado personal que nos sobrevive, contribuyó a contener mejor los desbordamientos si bien no de forma suficiente, entre

otros motivos por la aparición del conflicto de lealtades en la mente, la culpa y el yo análogo.

El conflicto fundamental se hizo más complejo, dejamos de ser una reencarnación, aunque para algunos incluso lo seguimos siendo hoy día, y empezamos a ser hijos de otro miembro del grupo, el cual sanciona el afán de dominio instintivo de unos miembros sobre otros, origen del sentimiento de propiedad personal, de la propiedad privada, que empieza por la descendencia y se continúa con el resto, pero no dejamos de ser alumbrados por la madre, quien de ser la reencarnadora de los espíritus de la tribu, dogma reservado actualmente para el hijo de Dios hecho hombre, pasó a ser la fructificadora de la semilla del hombre propietario y a la vez incluida como parte de la propiedad, origen del yo análogo, poseída y poseedora a su vez, entrando la pareja reproductora en la dinámica de sumisión y sometimiento que dificulta, hasta poder impedir, la cooperación, lo que más nos caracterizaba como grupo humano, y siempre constituyendo un factor desestabilizador de los estados de ánimo para los descendientes.

Además apareció en la mente un nuevo concepto a modo de arma eficaz y por tanto muy peligrosa de usar, como cuchillo de doble filo, si hasta entonces la pulsión incestuosa tabú básica para favorecer la cooperación en el grupo era la de la relación materno filial, empezó con el reconocimiento de la paternidad un nuevo vínculo entre ambos sexos, que no sólo implemento la cooperación intergeneracional sino por ello reforzó socialmente la pulsión incestuosa, probablemente generando un sentimiento inédito aunque basado en la primigenia envidia, los celos prototípicos de la historia de Edipo y de la historia de Eva.

Se desencadenó un doble conflicto de lealtad y de identidad al aparecer dos modelos fundamentales y diferentes de atracción mimética dentro del grupo, que volvió a organizarse de forma jerárquica, poseedor y poseído, con identificaciones y contra identificaciones, introyección de los modelos diferentes y de la relación entre ellos, introyección del conflicto en su caso.

Probablemente esto fuese el inicio de los rudimentos de lo que hoy entendemos como conciencia, de darnos cuenta de algo que nos confunda, que nos afecte, de la diferencia con el otro especialmente del otro sexo. Poder contener mentalmente el conflicto, pensarlo, hablar de ello. O no tener conciencia de ello, pero actuar por sus consecuencias.

Desde entonces nuestro futuro personal va a estar fuertemente condicionado por la relación real entre los progenitores y con cada uno de ellos,

nuestra forma de introyectarla, de elaborarla mentalmente y verterla de nuevo en nuestras relaciones, nuestra capacidad de pensarla y usar esa experiencia en nuestro mejor sistema de alivio del conflicto personal fundamental, es decir, las relaciones con los demás. Convertir el odio en pensamiento, nos recomendaba Pat de Marec, y el pensamiento en relación. De lo contrario el odio aísla.

En la actualidad el origen de la idea principal de la familia patriarcal ha quedado sin fundamento, al ser fruto de un pensamiento evidenciado erróneo, impactando de lleno su cuestionamiento en la mentalidad colectiva desde que empezó el control femenino de la reproducción, y ahora nos encontramos sin un modelo alternativo eficaz de unidad social de reproducción que continúe vertebrando la organización social. Además estamos probablemente agotando el recorrido del III nivel de pensamiento, incapaz de contener las emergentes ansiedades de división individual generada por este doble conflicto.

Desde hace ya bastante tiempo se están produciendo reacciones regresivas socialmente, los arcaísmos y los futurismos descritos por Arnold Toynbee, aferramientos al patriarcalismo genuino y otras utopías totalitarias socialistas que derivan en barbarie y salvajismo. Mantener la sanción social del afán de dominio delegada en la figura del padre, o monopolizada por el grupo. Ante la dificultad de encontrar la vía eficaz y el esfuerzo consiguiente para llegar a la compleja sociedad de los individuos imaginada por Norbert Elías.

## Conferencia de Psiquiatras Vascas. Bilbao 11 de Junio 2016

Christine Laborda

### **Introducción general a la inmigración en Alemania y el tratamiento de personas traumatizadas, la transculturalidad y la psiquiatría transcultural**

Voy a hablar de los tratamientos de refugiados traumatizados en Alemania y añadiendo a la ponencia de la Señora Ehrensperger que nos ha hablado de su experiencia grupal en Ruanda, quiero comentarles brevemente que en 2011 durante el Study Day de EATGA en Bilbao Jaak Le Roy, psiquiatra y grupoanalista, (uno de los miembros fundadores como René Kaes, Malcolm Pines y Jean Claude Rouchy), presentó su trabajo grupal como supervisor en Kinshasa capital del Congo. En las comunidades frágiles de la sociedad congolese en barrios conflictivos él se dedica a supervisar mediadores entre la gente de la calle y profesionales. Varias cuestiones metodológicas y conceptuales son discutidas a través del trabajo con profesionales y dichos “niños *brujos*” y sus familias y sus sanadores. Hasta que punto nos ayuda en estos casos nuestro punto de vista analítico para entender estructuras de la personalidad dañadas o no. De hecho, el fenómeno de marginación y exclusión por lo tanto se considera que no sólo se produce por la dinámica individual y familiar, sino debe entenderse en el contexto de las grandes dinámicas sociales y culturales que tienen un impacto importante en la constitución y el funcionamiento de los grupos primarios y secundarios. En los hospitales vemos también efectos secundarios negativos de la inmigración en ambos lados. Para nombrar algunos casos concretos son p.e. de autoquemaduras, autoviolencia. Por el otro lado los refugiados son víctimas de la violencia de la sociedad por fuegos que nacionalistas provocan por xenofobia o discriminación en la calle y en sus viviendas.

Para nosotros como profesionales significa tener mucha comprensión y al mismo tiempo distancia para poder ayudar.

Marie Rose Moro (2016) exponía en el congreso de la SEPTG su trabajo con grupos transculturales en París, en la Universidad de Descartes hace unas semanas en Donosti. ‘Sanar en una situación intercultural, cuando los pacientes y terapeutas no pertenecen a la misma cultura implica cuestionarse a sí mismo, la relación con los pacientes y los dispositivos que se hayan propuesta.’

Ndoép, un terapeuta africano (2006) hace referencia directa al psicoanálisis en un capítulo del libro *La psiquiatría transcultural* de Wolfahrt y Zumseil. ‘Cada sujeto desde el punto de vista psicoanalítico, indiferentemente de que cultura sea, es dividida. Nadie se puede concebir sin la fisura (sin roto) que no reencontra en el otro.. (2006, pp.288). En *Totem y Tabu*, Freud habla de una ficción de la puesta en escena de un introyecto del padre de la tribu que forma el núcleo de la diferencia de cada uno. De un modo similar se da explicación a la inspiración poética de las musas (Sócrates), un trance del sujeto a través de la divinidad en la antigüedad sin conocimiento del psicoanálisis. Sócrates lo veía fuera del individuo, un espacio desconocido que podría ser él del inconsciente. Rimbaud (*moi, c’est l’autre*) dice, yo es el ‘otro. El trance, la compulsión ritualizada es la sustitución del sujeto por el otro. El sujeto reconoce los espíritus del otro.

La mezcla de grupos étnicos, un lenguaje común o no, hace difícil el intercambio de formas tradicionales con formas post- coloniales occidental-cristianas y globalizadas consumistas en sus valores (comp. Le Roy 2011, p. 2) en donde podemos ver los fenómenos culturales y transculturales. ‘La regla fundamental del psicoanálisis de la escucha y de la abstinencia total entre el que interpreta y los participantes fuera de la escucha y de la palabra analítica’ (Kaes 2016), esta regla es muy difícil de cumplir en un grupo transcultural. Por eso los intérpretes nativos son muy importantes para nosotros. Nos pueden transmitir algo de la cultura ajena cuando seamos demasiado rápidos en interpretar p.e. delirios como psicosis en estas culturas.

El fenómeno de marginación y exclusión que se produce en el asilante recién llegado por lo tanto se considera no sólo producido por la dinámica individual y familiar anterior, sino también debe entenderse en el contexto de las grandes dinámicas sociales y culturales que tienen un impacto importante en la constitución y el funcionamiento de individuo de sus raíces a un contexto ajeno (comp. Le Roy 2011).

## **Estadística de inmigración en Alemania, especialmente en Munich**

Desde este contexto grupal transcultural vamos más a los aspectos concretos de la inmigración. Teniendo conocimientos de nuestra historia, sabemos que siempre había movimientos en la humanidad por guerras u otras. El motivo amenudo ha sido la idea de cambiar por un mundo mejor que se proyecta en esta otra parte y no la parte en dónde está uno situado. Eso es debido a informaciones del entorno , hoy por la red o la televisión.

Los nomadas lo hacen de forma periodica o regular, aprovechandose del tiempo, de las estaciones y de los cambios del suelo en sus alrededores y tal vez por necesidad intrinseca del cambio.

No tan lejos como miles de años atrás sino hace algo más de 70 años unos 8 millones de alemanes huyeron de Silesia, Prusia y Bohemia hacia el Oeste de Alemania dejando atrás sus casas y sus que haceres para encontrarse en una Alemania destruida queriendose levantar con la ayuda humanitaria de los Estados Unidos. Sólo 15 años después, se abrieron las fronteras de nuevo, en los años 60. Hubo una ola importante de inmigrantes trabajadores viniendo de Grecia, España, Portugal, Italia y Turquía.

Hace 25 años la unificacion de Alemania ha significado una gran movida de gente. Desde que las fronteras europeas se han abierto hacia el Este, millones de rumanos, checos, polacos han entrado para trabajar y vivir en el centro oeste de Europa.

Hay que nombrar la ola de 2,5 millones de refugiados de la guerra de Yugoslavia durante los años 1991 a 1995. Así que a pesar de todos estos momentos drásticos la mayoría de la gente se ha podido integrar en su nueva patria y ha dejado una huella en el sentido transcultural. Eso quiere decir, que la situación actual tiene sus antecedentes, aunque nunca ha habido una invasión tan masiva desde otros continentes, otras culturas, religiones y colores como la de ahora.

Los motivos son en general (excepto en algunos casos) objetivos comprensibles, o huyendo de dictaduras, guerras o del terrorismo y no para cometer actos terroristas. Con la experiencia de los casos anteriores nos hemos aprovechado de la ola de gente para ponerles puestos de trabajo que a lo mejor ya no estaban tan solicitados por la gente de allí y hemos sacado provecho de ellos. Por otra parte siempre hay un porcentaje no tan negligente que se estanca que no tiene fuerza para adaptarse. Por ellos había que crear una medicina

especial en el mejor caso transcultural, tal como nos lo explica M. Rose Moro y Ehrensperger.

El estado político se preocupa en establecer normas de integración, de ayuda humanitaria durante algunos años que no siempre funcionan muy bien, aunque, mientras la ola no haya sido tan fuerte, podían ser absorbidos por el resto de los alemanes. Me refiero por ejemplo a la ley de no poder trabajar durante los primeros tres años. La sociedad lo paga muy alto a favor de miedos xenofobicos como que los ‘nuevos’ les podrían quitarles el trabajo. Las reacciones socio-políticas a nivel general son los partidos nuevos de la derecha o ultraderecha. En este momento el estado se ha dado cuenta que esta situación con millones de recién llegados sin trabajar dandoles alimento y techo, va a ser un coste que ni un país rico puede amortiguar.

### **Situación actual**

El año pasado 1,1 millones de personas se refugiaron en Alemania. La *cultura de la bienvenida* que nuestra cancillera Merkel lo concretó en su *statement* con las palabras ‘*Wir schaffen das!*’ nosotros lo podemos’ hizo la ronda rápidamente por el mundo entero. Entendiendo que Alemania a nivel socio-político internacional nunca ha tenido muchas simpatías, este deficit finalmente podía ser compensado, aunque sea por pocas semanas en una euforia y comprensión con eco internacional.

A parte de la ayuda financiera a nivel de donaciones de dinero, de ropa, de alimentación a nivel particular, la ayuda mas importante aún en muchos casos es la ayuda del trabajo personal como interpretes, medicos, enfermeros/as. Amenudo son voluntarios o con poca compensación economica.

Después de una larga discusión interior en marzo del 2016 el gobierno alemán aprobó un ‘paquete’ de leyes (Asylpaket 2) regulando el asilo con la meta de frenar la fuente de personas buscando seguridad política y financiera. Ante todo ya no se les permite a traer a sus familiares de inmediato y sin restricciones. Los que vienen de países supuestamente ‘seguros’ tienen que marcharse o volver inmediatamente. (Hay excepciones como los homosexuales en Marruecos).

Así que ahora se va por dos vías principales: los que se quedan por motivos de guerra o motivos de amenaza personal y los que se tienen que marcharse lo mas rapido posible porque sus motivos de entrada en la Comunidad Europea no han sido aceptados. Las fronteras ya no van a estar tan abiertas como lo han estado durante los últimos años. (conveniencia de Schengen). Tambien

cambiaron la ley del motivo de padecer de un trastorno postraumático: ya no es suficiente quedarse sólo por ese motivo. Aprovecho la ocasión de clarificar el uso del ‘síndrome postraumático’ diferentemente del uso del ‘trastorno postraumático’.

*El chequeo de enfermedades físicas y psíquicas debe cumplirse durante las primeras 48 horas (que no funciona siempre) después de la llegada (antes eran 150 días).*

El asilante recibe ya en el momento de su registro al entrar un carnet con foto. Sus antecedentes de conducta son parte de las piezas necesarias para la regulación de aceptación en su búsqueda de asilo. Eso facilita los contactos con las autoridades.

Los médicos de familia pero también los especialistas como los psiquiatras son muy demandados en este primer trayecto. Así los menores de 18 no acompañados de su familia van a tener que esperar más de dos años para unirse con la familia en su nuevo país.

De 60 000 no-acompañados jóvenes desaparecieron 4.500 en 2015. Se supone que en parte fueron víctimas de estructuras criminales, forzados a la prostitución o obligados a dar órganos (comp. Bühring 2016). La protección de las mujeres de violencia contra el sexo femenino no se está dando mayormente en las casas/tiendas de los refugiados.

A los asilantes que se quedan, quiere decir los que están en el trayecto de reconocimiento y los que ya son reconocidos, entre ellos hay una parte que implican complicaciones en su camino a la asimilación.

## **Clasificaciones**

### **Trauma y traumatizados:**

Casi todos los hombres tienen recuerdos traumatizantes. Si algo es un trauma no depende tanto del hecho en sí como cada uno lo ha vivido. Así que no se puede decir que todos los asilantes son traumatizados aunque el número entre ellos es mucho más elevado que en la población normal. Pero siempre hay entre los traumatizados también gente que supera su trauma, incluso crece. Así llegamos a nuestro punto de cómo se puede intervenir, que tipo de ayuda es adecuada para quien. (comp. The New Science of PTSD, 2015, Jim Rendon, Lawrence Calhoun & Richard Tedeschi, Growth in Clinical Practice 2013, paperbag UNC Charlotte)

**DSM Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).**ICD 10 F07.1, F43.1.

Primeramente se trata de una reacción, síntomas, después de seis meses, si los síntomas quedan iguales, se trata de un 'disorder/trastorno'.

Trastornos de adaptación (ICD 10 F40.3): Anpassungsstörung

Es un trastorno crónico depresivo es muchas veces la consecuencia de una traumatización...

**Hyperarousal** : parte de la hiperactividad (?) es la tensión alta. La persona se asusta con facilidad y/o se pone agresivo por cualquier irritación. Los síntomas son de difícil medicación. Según me explicaron psiquiatras especializados Tavor y Valium sólo tienen efectos a muy corto plazo, las pesadillas aumentan incluso. Hay dos centros de *arousal* en el cerebro del sistema límbico, no se deben pasar los eventos sin filtrar.

*Splitting* de síntomas La aparición de síntomas orgánicos y no orgánicos como disociaciones durante día y noche, la persona afectada no reconoce el lugar donde está, tiene pesadillas, retracción (retiro), que no quieren hacer nada, ni ver la televisión por sus recuerdos traumáticos, necesita siempre luz, día y noche. Con el tiempo el trauma se establece más. Las mujeres violadas muchas veces tienen síntomas en los órganos sexuales aunque orgánicamente no se encuentra nada.

**Conceptos de tratamiento:**

Hay que distinguir entre tratamientos 'integrados en la sociedad normal' y tratamientos con profesionales. Ambos tienen como meta la mejoría psíquica del sujeto, su mayor estabilidad e integración. Además debe ser un tratamiento de prevención a la agresividad. Las formas de ayuda pueden ser muy variadas y a veces diferentes a lo que normalmente ya practicamos. Voy a ser breve en mis extensiones sobre el tema y dar pocos ejemplos concretos de sitios establecidos de tratamiento a nivel estatal, municipal, iniciativas privadas y a nivel de organización médica.

A nivel individual:

Padrinos para refugiados:

Es una asociación sin lucro en Berlín que se mantiene por donativos. Las personas afiliadas se comprometen en hacerse cargo de un asilante o una familia de refugiados a nivel económico y personal. Esta responsabilización ayuda

a nivel personal al afectado y ahorra al estado involucrarse más. A parte de esto facilita más la integración en la sociedad.

Teatro:

*Musiktheater Noah, Culture Clash*, aprovecha su nombre para expresar su meta: el rescatar como el arca de Noah en la Biblia. El contexto de esa obra de *teatro espontanea* sirve a unos 20 refugiados sirios conjuntamente con actores jóvenes de la escuela de teatro a tener una experiencia única con efectos a diferentes niveles tanto personal como en grupo.

*Opera con jóvenes* de todos los colores dirigidos por la orquesta la Radio Bavara muestra que una orquesta grande de mucha calidad se dedica en especial a este tema de la multi- y transculturalidad. Por el lugar y el tamaño de los participantes tiene un impacto importante.

*Pantomima* es otro metodo averbal que sirve con su expresión corporal e mimica. Se supone que ayuda a los asilantes jóvenes a sentirse visto de forma gratificante.

Trommelpower. de Grupo de tambores

El programa del *Freies Musikzentrum e.V. Munich* 'se ha establecido para una integración mejor y en contra de la agresión' (comp. Pagina web). Unos 200 menores no acompañados de los 5000 que llegaron en un los ultimos meses a Munich pueden aprovechar esta oferta de tratamiento terapeutico. No todos son traumatizados, aunque practicamente todos tienen recuerdos malignos. Algunos se pueden clasificar como PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung).

Un punto de partida es estabilizar la regulación de las emociones. La experiencia en grupo tocando el tambor, profesionales y no profesionales es única. Los inmigrantes se integran rapidamente en el grupo, aprenden la escucha, se senibilizan, las facultades ya existentes se refuerzan de esa manera y se convierten en nuevos acontecimientos (Erlebnisse) positivos. Escenas de violencia se representan musicalmente y se intentan dar nuevas soluciones a los problemas.. Ressourcen-orientiert. Es posible que momentos disociativos ocurren durante una representación, donde los terapeutas grupales tienen que intervenir intentando hacer puentes entre la situación actual y la disociación. Mucho ruido puede ser retraumatizante. Es una terapia averbal, los problemas no estan tratados o discutidos directamente. Hay que crear una situación en donde los jóvenes se sienten bien acogidos.

### Expresión a través de manualidades

Incluye la pintura con lapiz, pintura de dedos, crear esculturas corporales pantomimicas combinadas con objetos de basura o de material de todo tipo, facil de utilizar. Se pueden expresar sentimientos y pensamientos pintando la huida, o/y a la vez contar un recuerdo positivo pintando y interpretandolo (SZ Semanal Nr. 52 2015). Esto se hace ante todo con niños y adolescentes hasta los 15 años.

### Heckscher-Klinik para niños y adolescentes

Unos 150 niños adolescentes terminaron en esta clinica. El porcentaje es cada vez más alto, y representa un 3 % de la totalidad actualmente.(Südd. Zeitung v. 31. 4.16)

### A nivel municipal:

#### Voy a dar unos ejemplos de ciudades

Un proyecto ‚*Step by Step*‘ en la ciudad de **Darmstadt**, cerca de Frankfurt representa el domicilio para refugiados traumatizados, niños y mujeres en el pueblo *Michaelis Dorf*. El refugio intenta darles rapidamente una estructura y devolverles la dignidad perdida.(comp. R. Schlitt 2016). Se les da más autonomía en organizar su vida propia y su entorno. Los refugiados empiezan a organizarse antes y encuentran nuevos contactos más facilmente.

Por parte de los organizadores se ofrecen actividades como recibir clases, guardaría para los hijos, visitas a los alrededores organizadas por el propio ‘pueblo’. Por parte de los asilantes deben trabajar dos horas diarias para la comunidad.

En **Berlin** existe otro proyecto de LAGESO. (Landes Gesundheits Organisation ) y es un punto de referéncia de *Clearing* de aclaramiento institucional para el mismo refugiado. Así que Mall hizo una clasificacion de las enfermedades de 100 niños sirios en 2015. El 80 % de ellos acuden por problemas con los dientes. Un tercio padece de los niños tratados padecen de SyndromePosTraumatico. Cerca del 20% de los refugiados padecen de sintomas postraumaticas. Aunque estos datos no son muy validos ya que las personas pueden mostrar estos sintomas postraumaticos mucho mas tarde, una vez que ya se podrían relajar de su situación actual.

Los medicos deciden, si van a ir al centro de psicoterapia intercultural de la Charité con un cosultorio/ambulatorio especial de arabe o a un centro especial de victimas de tortura en el LAGESO que está suplementado por servicios de urgencias.

Aparte de los refugiados oficiales, a los indocumentados se les dificulta todavía mucho más la entrada en una vida normal. La iglesia se hace cargo de estas personas que lo desean. Por que a pesar su ilegalidad, esta gente indocumentada tiene que sobrevivir. Unos 24 de ellos viven en terrenos eclesíasticos de un antiguo cementerio en Berlín. La analista, grupo-analista y médico psiquiatra Dr. Elisabeth von Strachwitz trabaja con ellos. Ella no lo considera sus visitas directamente como terapéutico aunque sus efectos lo son. A algunos de ellos les da clase de alemán, en otros casos tiene que intervenir por querrelas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas. La media de ellos tienen unos 22 años. Algunos llevan ya 8 o 9 años así. Unos entraron a Alemania a edad menor sin conocimiento de que en este caso hubiesen tenido protección del Estado Alemán. Otros están aprendiendo un oficio, todo bajo la patrocinio de la iglesia que les paga la seguridad social y se preocupa de encontrarles plaza de formación profesional como es en un caso de un estucador.

A nivel terapéutico no funciona el grupo como tal como estamos acostumbrados. Es demasiado heterogéneo, me comenta. Dentro de otros ámbitos algunos participan en grupos de tambores, otros lo esquivan, temen el ruido que puede ser retraumatizante.

En **Colonia** se encuentra un punto de partida crucial de las *conexiones* establecidas por el estado donde la mayoría de los refugiados se reparten por la zona. Unos 500 a mil personas llegan a diario. Ante todo son niños los que llegan traumatizados (80% de los tratados por los médicos), no hablan y a penas comen y están apáticos en brazos de sus madres. Si hace falta un ingreso en un hospital, se procura que la familia esté alrededor. En algunos casos se decide, si se quedan en Colonia o continúan rumbo a otra ciudad o otro campus.

A nivel autonómico de Land (Autonomía)

Cada país autónomo ordena o regula la venida de la familia de los refugiados de forma diferente. Hay una regulación de los costes por los cuales hay peleas políticas.

En la clínica Heckscher en Baviera y Munich llegan casos como una chica de 14 años algo retrasada amenaza a su madre con un cuchillo porque la madre quiere que termine la relación con un chico de 18. Un chico de 17 se subió a la ventana en el quinto piso con intención de suicidarse. Otro chico roba un cuchillo y se hiere en el cuello. La clínica Heckscher está esparcido en ocho sitios diferentes sobre Baviera y hay 220 plazas para niños y adolescentes, 120 plazas se encuentran en la central en Munich.

**Bayernkaserne**, una antigua caserna militar se ha adaptado para darles cobijo a asilantes recién llegados como primera acogida (Erstaufnahmehelager), donde van a pasar sus primeras semanas, en general no más de 6 semanas. Los refugiados ya están atendidos por diferentes profesionales de la salud, aunque sea solamente a nivel no verbal, porque ninguno de las dos partes hablan un idioma común. El trabajo consiste en la ayuda concreta como por ejemplo de enseñar el sitio donde van a dormir etc.. Pero los contactos con terapeutas profesionales significa ya una primera ayuda más que la elemental y llega a ser un contacto de consuelo.

Cuanto más tiempo se quedan en un sitio, más probable es, que salga el trauma. Muchas veces durante esta lugar primera estancia de semanas se puede ya apreciar quien puede tener una voz cantante, quien tiene dones de liderazgo, aunque luego pueda venir un bajón y esa misma persona necesita ayuda profesional.

### **Casos clínicos:**

Durante mi experiencia corta en el ambulatorio provisional de la Bayernkaserne tuve contacto con un chico de 16 años, Naoun, de Nigeria, de una ciudad pequeña. El vino en avión que es poco habitual. Al despacho médico entra con un traductor que se lo ha buscado él antes de la cita médica, una figura paternal de unos 40 años. Este señor traduce todas preguntas de la médico psiquiatra al chico.

Naoun no se inmuta apenas, deduciendo de su fisonomía parece tristonso aunque escucha atentamente lo que se dice, habla solamente cuando se le pregunta directamente. Se queja de no dormir o tardar varias horas en conciliar el sueño. En estas horas le atormentan pesadillas. Su padre ha muerto hace un mes. El vivía con su padre ya que sus padres se habían separado hace unos años atrás. Aunque él no ha visto morir a su padre, sabe que le han asesinado. A continuación le han arrestado a él e intentaron sacarle *secretos* de su padre. No le pegaron ni le torturaron excepto algún azote. Al cabo de unos días consiguió escaparse de sus agasores. Ahora bien, para el equipo empieza a averiguar que ha pasado, que dice y que no dice. Su información sobre su manera de venir aquí no es totalmente coherente. El dice que en avión. ¿Pero en avión desde dónde a donde? Ha sido su primer viaje afuera del país, contesta. No está claro si no sabe o no dice más.

Su cuidador, un psicólogo que está permanente en su edificio de la caserna explica que aunque la ola de llegadas en barco aun no ha empezado (mes

de marzo) cree que hay algo no cuaja en el historial del chico en principio por su forma de llegar. Así que P. ha llegado el 15 de abril a Munich, pero llegó a Europa cerca de dos semanas antes en avión, el último trozo a Alemania hizo en tren y andando. Afirma que se le ha tratado bien en el camino en tren y en Alemania en particular. No quiere medicación salvo algo para dormir mejor. Hay una sospecha de abuso sexual o tal vez de prostitución. Quince días mas tarde está con la psiquiatra de nuevo. Esta vez opta a no decir nada, ni ha tomado la medicación.

SZ Nr. 7 Feb. 2016 Schleuser in Kartoum

Otro chico de 17 años, Ali, afgano se presenta ante una psiquiatra en la Bayernkaserne. Anteriormente ya le llamó el cuidador que el chico no se adapta bien. Le han cambiado del piso quinto al piso cuarto para que esté mas cerca de la vigilancia de los cuidadores. El se lo tomó muy mal, como un enfrentamiento personal. Mas de una vez dijo algo que se va a la fuga. Tiene un padrino que no quiere ver ni hablarle. La medicación, me comenta la psiquiatra, algunos lo viven como ofensa personal. Puede que el joven esté en el momento que el trauma hace más efecto sobre él. Tiene un hermano con familia aquí que llegó el año pasado. ¿Se refiere a huir a dónde su familia aquí? ¿Le influye demasiado la familia?, como nos comenta el traductor después? Dicen para que se quede en Munich se tiene que comportar de tal o tal forma.

‘Me voy a la fuga o me voy a matar’ o ‘le voy a matar a ese...’ tiene otro significado en este contexto. Por la red saben mucho sobre autolesiones. A veces son lesiones bastante superficiales. A parte de los problemas que ya tienen se hacen otros que son difícilmente de distinguir de los ‘auténticos’.

Otro caso clínico fue una paciente de 38 años que tiene dolores en el vientre. El médico que la ha visto ya supone que es de origen psicósomático. La paciente habla bastante bien el francés, prescindimos del intérprete. Queremos averiguar como se nos presenta en la sesión. Casi no toma contacto directamente con los ojos, mas bien mira todo el rato para arriba. Nos cuenta que es del Congo, de la capital Kinshasa. Su país no es nada democrático. Ella ha participado en una manifestación y fue detenida. La metieron unos días en la cárcel. La misma policía, quiere decir tres hombres la violaron. Tiene recuerdos terribles, que quiere olvidar pero que le vienen como flashbacks. No tiene a nadie con quien se podría intercambiar. Se siente muy sola. Tiene una habitación para ella sola y si se encuentra con otras chicas con las ha intentado hablar mas en detalle pero la han ridiculizado. Preguntada por su familia, contesta

que tiene gemelas de 11 años que se encuentran con su madre. Es la única vez que su cara tiene una cierta sonrisa hablando de sus hijas. La medicación que se le ha dado contra el dolor (paracetamol) no le ha ayudado nada. Preguntada por sus dolores los especifica mejor. Tiene un picor por la irritación de la piel en el área de los genitales. Con esa información más concreta una ginecóloga se puede hacer cargo de nuevo de su problema a nivel orgánico.

La médica especialista en psicosomática y medicina natural le da unos globulos (Globuli) que saca de su maletita de médico. La paciente se ve apreciada y recibiendo la medicación se le nota un cambio de actitud. Va a tener otra consulta en 4 semanas.

### **Bibliografía**

- Bühning, Petra (3. 2016) Asylpaket 2. Deutsches Ärzteblatt PP Heft 3 p. 97
- Bühning, Petra (3. 2016) Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen. Deutsches Ärzteblatt PP, 3 p. 117
- Calhoun, Lawrence & Tedeschi, Richard: Growth in Clinical Practice 2013, paperback UNC Charlotte.
- Feldman, Seidler (2013: Traum(a) Migration. Psychosozial Verlag
- Ndoyé, O Vorstellung eines Besessenheitsrituals ‚ndoepe‘ aus dem Senegal in Wohlfahrt, Zaumseil Transkulturelle Psychiatrie, 2006, p. S. 285 bis 296
- Rendon, Jim, The New Science of Post Traumatic Growth, 2015
- Schlitt, Reinhold (3.2016) Deutsches Ärzteblatt PP, 3 p. 1
- Páginas web, periódicos SZ, semanales de SZ y Die Welt:  
[www.poasyl.de/de/home/syrien](http://www.poasyl.de/de/home/syrien)  
[www. Fluechtlingspaten-syrien.de](http://www.Fluechtlingspaten-syrien.de)  
[www.grenzenlos-frei.de](http://www.grenzenlos-frei.de) (kunstwerkstatt)  
[www.youtube.com/watch?9lbEN-NV](http://www.youtube.com/watch?9lbEN-NV)  
[www.trommelpower.eu](http://www.trommelpower.eu)

**Libros**



# PRESENTACIÓN DEL LIBRO EL BUENTRATO COMO PROYECTO DE VIDA

Fina Sanz Ramón

*Psicoterapeuta, sexóloga y pedagoga*

## *Symposium Sevilla 2018*

Desde que empecé a trabajar creando el modelo de Terapia de Reencuentro, siempre me he dedicado al buentrato, visibilizando también lo contrario: el maltrato, el malestar, la violencia, o en general aquello que no nos va bien, tanto en la consulta clínica, como en los grupos, y en los 2 Máster<sup>s</sup><sup>1</sup>.

Pero aunque mi orientación era esa, específicamente no le llamaba *buentrato*. La primera vez que escribí sobre ello fue cuando en el 2004 me encargaron la Introducción del libro: *La violencia contra las mujeres*<sup>2</sup>, que denominé: ***Del maltrato al buentrato***. Pero utilizaba 2 palabras: maltrato y buentrato, es decir, tratar - mal o bien-, en este caso, a las mujeres.

Hace dos años, me pidieron en México que diera la conferencia inaugural en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, en una Jornada. La titulé: ***Del maltrato al buentrato. Proyectos de amor para construir relaciones de paz***. Cuando acabé mucha gente me preguntó dónde podía leer sobre *buentrato*.

Al año siguiente, di otra conferencia en México, en esta ocasión, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que denominé: ***El buentrato como proyecto de vida***. Y de nue-

---

1 Máster de Autoconocimiento, Sexualidad y Relaciones Humanas en Terapia de Reencuentro Máster de Educación Sexual para la Salud Comunitaria y Terapia Sexual  
2 Consue Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto (Directoras)(2007, 3ª reimpre-  
sión, 1ª ed. 2004): La violencia contra las mujeres. Ed. Diaz de Santos

vo, la gente me preguntó lo mismo: dónde podían encontrar lo que decía, dónde podían leer más al respecto.

Me quedé pensando que, si bien para mí y para la gente que ha trabajado conmigo, hemos ya normalizado el concepto, socialmente no lo está, y aunque en todos mis libros hablo de ello - aunque sin utilizar esa palabra, *buentrato*-, seguramente había que visibilizarlo, nombrarlo y concretarlo.

Existe un problema: aunque hablamos de buentrato, muchas veces no sabemos en qué consiste, *porque la palabra buentrato no existe en el diccionario*.

Encontramos el verbo *tratar*, y el verbo *maltratar* y la consecuencia de maltratar es el *maltrato*. Pero *no existe lo opuesto, el verbo bientratar*, y por lo tanto no está la consecuencia, que sería: el *buentrato*.

Lo que no se nombra, no existe. Ponemos nombre a aquello que podemos denominar, concretar, materializar...Y lo que no existe, no podemos denominarlo y no aparece en el diccionario. En algunas culturas se viven experiencias espirituales a las cuales se las denomina porque forman parte de su experiencia colectiva, pero no tienen traducción en nuestro idioma, porque esa experiencia no forma parte de nuestra cultura.

Es difícil hablar del *buentrato* porque frecuentemente no sabemos de qué se trata. De ahí que *hemos de crear el concepto, darle contenido y experimentarlo*. Ese es el objetivo del libro: buscar la concreción de otro modelo de relación humana, tanto en el afuera como en el adentro.

Por el contrario, entendemos perfectamente lo que es el maltrato, la violencia, entre las personas, de las instituciones, o incluso -aunque más invisibilizado- el que nos hacemos a nosotros/as mismos/as. Por lo tanto, empiezo el libro planteando primeramente el **modelo de maltrato**, un modelo social que conocemos, con el que convivimos, desde hace unos 5000 años, y que genera relaciones dicotómicas, jerárquicas y violentas: es el modelo patriarcal.

Para introducir el modelo de Maltrato hablo de sus *tres dimensiones interrelacionadas*: la dimensión *social, personal (interna)* y relacional; es decir, cuáles son los valores sociales que generan y “normalizan” el maltrato; cómo interiorizamos y “normalizamos” esos valores y por lo tanto, cómo nos maltratamos; y finalmente cómo reproducimos el maltrato en las relaciones.

No he querido extenderme mucho -ni poner fotos- en ese modelo que ya conocemos, vemos y escuchamos continuamente en la prensa, las noticias y la vida cotidiana -el maltrato a los refugiados, la violencia de género, la trata,

las muertes, etc. -, sino plantear las bases de ese modelo, para generar otro: **el modelo de buentrato**. Igualmente sus tres dimensiones.

A nivel *social* habría que crear y enseñar otro tipo de valores como la cooperación, la solidaridad, las relaciones de igualdad -con respeto a las diferencias, porque todos y todas somos diferentes-, el respeto, la negociación, etc.; esos valores hay que interiorizarlos para desarrollarlos en nuestra propia vida: la autoestima, el respeto propio, el autocuidado, etc. -dimensión *personal*-; y aprender a *relacionarnos* y a vincularnos desde el respeto a las diferencias, la negociación, la resolución no violenta de conflictos, la escucha, etc.

El *buentrato* es una manifestación de amor y respeto propios y hacia las personas, animales y Naturaleza. Para ello partimos del *autoconocimiento*, esa capacidad que tenemos los seres humanos para escucharnos, entender cómo nos sentimos, dónde estamos, de dónde lo aprendimos, qué nos va bien y qué de lo que hacemos, sentimos o pensamos, nos va mal y podemos cambiarlo, con el tiempo que necesitemos para ello. Eso forma parte de nuestras posibilidades de transformación, para estar bien y empoderarnos de nuestra vida y generar relaciones saludables.

El libro desarrolla el *buentrato* en esas tres dimensiones, poniendo ejemplos, sugiriendo reflexiones, ejemplificándolo con fotos, experiencias..., para que cada lectora o lector piense también cómo lo puede concretar en los diferentes ámbitos de su vida -vg. en lo sexual, en la escuela, en el trabajo, en la pareja, en la familia...-.

Hay una propuesta sencilla para iniciarse en el desarrollo de ese concepto vivencialmente, que siempre he propuesto desde el inicio de mis trabajos: el *autocuidado* -dimensión personal-, el *cuidado mutuo* - dimensión relacional- y la *familia afectiva* - dimensión social-<sup>3</sup>, que trabajamos en todos los grupos.

Hay un apartado en donde se concreta parte de esa experiencia amorosa en lo que llamaríamos **Proyectos de amor**, hacia proyectos sociales, la Naturaleza, los animales, personas o colectivos e incluso hacia nosotras/os mismas/os.

Me ha interesado especialmente ver la repercusión del buentrato, también, en relación a la salud y enfermedad o malestares. Así como en la escuela, para crear, desarrollar y enseñar otros valores.

---

3 Ya presenté esos conceptos en el libro: Los vínculos amorosos (15<sup>a</sup> ed.2017, 1<sup>a</sup> ed. 1995).

He querido añadir un pequeño capítulo entre la exposición de los dos modelos, que hace referencia a la ira -diferenciando la ira, la violencia y la violencia de género- y las heridas que todas las personas tenemos: de género, familiares, raciales, por discriminación, históricas, etc. Y que si todo esto -la ira y las heridas- no las sabemos manejar, reproducimos el maltrato, y cómo poder manejarlas para tener relaciones de buentrato.

El libro, quise acabarlo con una invitación a ***deserotizar el maltrato y erotizar el buentrato***, que no nos excite la guerra, la pelea, la violencia, sino las relaciones saludables, armoniosas, la paz, la cooperación y el respeto a las personas.

## Pósters



# AUTOCONOCIMIENTO A TRAVÉS DEL HUMOR, CREANDO BUEN TRATO.

**Pilar Hernández y Sebastián Carrasco**  
*Fundación Terapia de Reencuentro*  
*(Alcalá de Henares)*

## **Presentación**

Son talleres de 13 sesiones, impartido por dos profesores para la Concejalía de Igualdad del Ayto. de Alcalá de Henares.

Dirigido a Mujeres mayores de 18 años sin perfil excluyente.

En muchos casos dirigidas o derivadas de la salud pública (psiquiatría) y el Observatorio de Violencia, con la finalidad de desarrollar estrategias de mejora del esquema personal y de las relaciones humanas.

El temario incluye distintas técnicas:

- Autoconocimiento inspirado en la Terapia de Reencuentro de Fina Sanz
- Mejora de la Autoestima.
- Identificar los Roles de Género y relaciones de pareja.
- Desarrollo del Pensamiento Positivo.
- Inteligencia emocional.
- Técnicas de Medicina Tradicional China, Qi gong.
- Técnicas para el control del Estrés.
- Método para conciliar el sueño.
- Incorporar el sentido del humor como estrategia de afrontamiento ante las dificultades. Clown y teatro.
- Crear vínculos afectivos y un espacio de seguridad que sirvan de apoyo.

Las alumnas experimentan los contenidos teóricos mediante ejercicios vivenciales, interactivos y con la capacidad de expresar las emociones que surgen.

Los efectos a corto, medio y largo plazo son, entre otros:

1. Potencia el sistema endocrino (libera endorfinas y adrenalina, disminuye el cortisol, etc.).
2. Reafirma el tono muscular (estimulando la circulación sanguínea, promoviendo la oxigenación celular..).
3. Disminuye el estrés, el insomnio, el mal humor, el apetito desmesurado, el asma, las migrañas...
4. Favorece la tolerancia al dolor físico, la digestión, la respiración, la relajación corporal y mental...
5. Desbloquea y libera de emociones negativas (combatiendo la depresión, la angustia, la ansiedad, etc.).
6. Y ofrece unos efectos muy positivos sobre el estado de ánimo (generando un pensamiento más flexible, conductas altruistas, mayor creatividad y desinhibición, y un juicio hacia los demás y hacia uno mismo más indulgente).

## **LA RESPIRACIÓN**

Se trata de aprender a respirar correctamente reconociendo patrones respiratorios adecuados que nos permitan gestionar la tensión.

## **RECONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES RISAS**

Recupera la risa sana, natural, abierta, franca, consciente, tímida, amistosa, espontánea, contagiosa. Y descubre la risa estridente, histérica, falsa, odiosa, interesada, hueca, sarcástica.

## **CONCIENCIA DE GRUPO**

Se trata de tomar conciencia de que formamos parte de un grupo en el que aprendemos a compartir, a divertirnos y a disfrutar.

## **EQUILIBRIO EMOCIONAL**

Desbloquear emociones, conectándonos con lo bueno de cada uno, ofreciéndolo a los demás y disfrutando.

## **PENSAMIENTO POSITIVO**

Aprendemos a ver el lado positivo de situaciones conflictivas. Para de esta forma reconocer el discurso pesimista y el optimista, y escoger el estilo de vida.

## **RECUPERACIÓN DE LA AUTOESTIMA**

A través de los juegos aprenderemos a perder el miedo al ridículo y aumentar la autoconfianza, recuperando la alegría de jugar.

## **APLICACIÓN A LA VIDA COTIDIANA**

Resumen de las técnicas y cómo integrarlas en el día a día



# 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 PSICOTERAPIA Y TECNICAS 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**

