

Elena Toranzo
y colaboradores



Perspectiva psicoanalítica relacional- grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico

Autores:

Alejandra Taborda
Rubén Zukerfeld
Núria Beà
Eulàlia Torras
Susana Quiroga
Glenda Cryan
Sabrina Elián Sosa
María Marta Gómez
Florencia Fassione,
Emilce Sanchez

Psicoterapia psicoanalítica de
grupo en poblaciones diversas

Perspectiva psicoanalítica relacional - grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico

Psicoterapia psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas

Universidad Nacional de San Luis

Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas

Vicerrector: Dr. José Roberto Saad

Secretario de Coordinación y Planificación Institucional:

CPN Víctor Moríñigo

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - Subsuelo Rectorado

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: neu@unsl.edu.ar

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



Elena Toranzo
y colaboradores

Perspectiva psicoanalítica relacional - grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico

Psicoterapia psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas

Alejandra Taborda

Rubén Zukerfeld

Núria Beà

Eulàlia Torras

Susana Quiroga

Glenda Cryan

Sabrina Elián Sosa

María Marta Gómez

Florencia Fassione,

Emilce Sanchez

Perspectiva psicoanalítica relacional grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico : psicoterapia psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas / Elena Toranzo ... [et al.] ; compilado por Elena Toranzo. - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2018.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-161-5

1. Psicoanálisis. I. Toranzo, Elena II. Toranzo, Elena, comp.
CDD 150.195

Dirección Administrativa

Omar Quinteros

Diseño y Diagramación:

José Sarmiento

Enrique Silvage

Foto de tapa:

<https://perezdisla.com>

ISBN 978-987-733-161-5

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2018 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis

Por una nueva edición

“La experiencia de leer, en el mejor de los casos, nos permite creer que lo que el autor dice, es o fue pensado por nosotros: ejercicio de omnipotencia. Un riesgo; perderse en el autor, ser el autor, y en secreto, un poco dios. Riesgo y condición: ser el autor y dejar de serlo. ¿Cómo ser uno mismo? “Escribir es separarse, objetivarse, extrañarse, hacerse real esa ajenidad cercana de la letra. Si somos escritos escuchamos alguna de nuestra voces, en todo caso debemos esperar que alguna logre permanecer como para hacerse letra. El valor del escribir lo palpamos en las resistencias que promueve”.

Rodríguez, Jorge (2018)

Esta nueva edición del libro,-ahora en formato digital-nos encuentra reunidos en la profundización de un modelo en psicoanálisis y psicoterapia en cuyo centro se encuentra la relación humana y sus complejidades. Prolíferos autores post-freudianos ahondaron en la obra de Freud rescatando la esencia misma de una teoría caracterizada por explorar el insondable sí mismo sumergido en parte en el inconsciente para emerger desde la intersubjetividad. En estos desarrollos hay aspectos chocantes, concordantes y complementarios para utilizar el lenguaje transferencial de Racker, E (1960) que .han impulsado la continuidad y enriquecimiento del psicoanálisis. Algunos de estos desarrollos han dado a luz conceptos propios de un alto nivel de abstracción que resultan claramente distinguibles y comunicables intra e interteorías produciendo una mayor consolidación de este enfoque de un psicoanálisis relacional de la estructuración psíquica de la persona.

Se confirma así que, si estamos dispuestos a desprendernos de la tradición y sus postulados, podremos aprovechar el hecho de que ya no tenemos que demostrar que el psicoanálisis es una ciencia lo cual redundara en una libertad para crear y recrearlo .Se comprueba también que unidad y diversidad no son incompatibles y que el psicoanálisis de Freud no era homogéneo. También queda desmentido que su práctica sólo sea para un individuo casi sano, extendiéndose infinitamente a diversos pacientes dentro de otros encuadres.

La complejidad en la que está inmerso el Psicoanálisis y la Psicoterapia de Grupo, esencialmente tiene que ver tanto con la necesidad de la psicología de acercar la mente al cuerpo y a lo social, como, con la dificultad para concebir la naturaleza

humana de un modo más integrado, alejado del modelo cartesiano con el que por años se produjo ciencia.

En sintonía con esta posición en nuestra primera edición nos acompañó la Dra. Eulália Torras de Beá - desde España.; en esta nueva edición en versión digital-el Dr. Rubén Zukerfeld en Argentina. Nos invita a reflexionar como la psicoterapia de grupo en sus diferentes modalidades nos pone frente “a la necesidad de jerarquizar los lazos sociales y redescubrir la solidaridad no solo como un valor ético sino también como recurso terapéutico imprescindible, en especial en contextos caracterizados por la exclusión social y la apología del individualismo”, reflexiones que profundizarán en su capítulo. Así mismo incorporaremos nuevos capítulos del equipo de trabajo e investigación que nos reúne.

Partir de una concepción psicoanalítica de la mente y del ser humano que se organiza solo exclusivamente por lo relacional-interpersonal incide también en la concepción de la enfermedad como construcción relacional compleja que deja atrás cualquier intento de explicación causa-efecto lineal; es decir que obliga a abandonar el modelo cartesiano de la mente, del ser humano y de sus padecimientos.

Esta relacionalidad plantea como eje la mutualidad y cooperación no sólo entre la madre y el niño, el paciente y terapeuta, sino entre la naturaleza humana y su entorno natural animado e inanimado, proponiendo un psicoanálisis que este en permanente dialogo dentro y fuera de sí mismo ". Implica una matriz que se podría denominar fundacional, en la que interactúan la comunicación no verbal o resonancia, como la música; lo inconciente co-inconciente (Moreno), y el inconsciente social (Jung) en una transmisión transgeneracional, el enlace o vínculo (Pichón) y que en nuestro enfoque denominamos “grupo madre” como una matriz relacional en la que se genera la mente.

En síntesis, se podría decir que el problema consistiría en ir evolucionando del “pienso luego existo” de Decartes por el “siento luego existo” de Abadi (1992) para advenir en “me relaciono luego existo” del psicoanálisis objetal-relacional que tiene en Fairbairn (1952) su mayor exponente.

En este contexto el nudo epistemológico que guía la práctica de una psicoterapia psicoanalítica de grupo, podría ser expresado por el concepto “Ubuntu” o regla de la cultura africana que proviene de la ética homónima, en la que se habla de “la existencia de uno mismo” como cooperación de los demás que se podría expresar en "Soy porque nosotros somos" o "Una persona se hace humana a través de las otras personas”.

Elena Toranzo

San Luis. Argentina 2013/ 2018

Preludio

Mientras el tú ha sido objeto de atención por parte de los filósofos sólo en fechas relativamente recientes, se pueden distinguir, por lo menos, tres significados principales y progresivos del yo en el ámbito de la historia de la filosofía: el yo como conciencia, el yo como autoconciencia, y el yo como /relación. Conviene prestar atención a esta diversidad de significados porque es en virtud de la evolución que tiene lugar /entre ellos como se configura el significado y la relevancia que en la actualidad tiene para el pensamiento filosófico la cuestión de la relación yo-tú.

Sánchez Meca Diego (1984)

"¿Estudiará el psicoanálisis la mente viviente? ¿O se utilizará la autoridad de Freud como disuasión o como una barrera para no estudiar a las personas?"

Bion Wilfred (1992)

Si queremos lograr este propósito debemos estar atentos ya que consideramos que no se puede extender el psicoanálisis si no renunciamos a la idea de mentes individuales. Esta “mente viviente” de la que nos ocupamos, es desde el inicio claramente relacional, como lo es concepto de transferencia, lo que curiosamente no se encuentra en los pilares básicos del andamiaje teórico que estableció Freud. Luego de estas advertencias trataremos seguir avanzando en medio de una confluencia que impregne de vitalidad a la teoría y técnica psicoanalítica, evite que se cierre dogmáticamente, y permita que perdure su carácter revolucionario y visionario, dependiendo esencialmente de una actitud abierta a los descubrimientos de la clínica y de vigilancia permanente de las teorías psicoanalíticas, para arribar según Mauricio Abadi (1986) “a un psicoanálisis posible y real”.

Elena Toranzo (2013/2018)

Obertura

La esencia del espíritu que impulsa la tarea de proponer este libro para nuestros discípulos y colegas que incursionen en el campo del Psicoanálisis y Psicoterapia de Grupo, probablemente tenga que ver con la necesidad de continuar la tarea docente, es decir escribir para el futuro, sin embargo, es posible que en realidad se escribe también para el pasado. Situándome allí, quizá deba contar que el contexto de mis inicios en estos campos, tuvo que ver con la dinámica de los años setenta, impregnada de una militancia en lo social, de la vida en grupos de la universidad, de una praxis de compromiso y acción, en la que el Psicodrama hizo de continente natural de ese momento y hacia una práctica comprometida en el terreno de la salud mental. La reunión de estos tres saberes -cada uno con su propio epistema- que conformaban los pilares de la enseñanza de la clínica psicoanalítica de esa época dejaron una impronta que aún perdura por su carácter inquieto y revolucionario.

En esta introducción recurrimos intencionalmente a palabras referidas a la música, como un lenguaje de comunicación universal, cualquiera sea el lugar del planeta que habitemos. Quizá, especialmente inspirada en la “resonancia” que describe Foulkes-según sus palabras- “para hacer justicia al hecho de lo que acontece en el grupo cuando se toma del acervo común aquello que es relevante para cada uno, que resuena en la clave en que se está afinado según el modo de ser.” En un parangón, el “armonizar” del lenguaje musical se corresponde con el “empatizar” del lenguaje psicoanalítico, en una experiencia subjetiva, de relación y clínica, inolvidable, en algunos momentos especiales y privilegiados, de una feliz coyuntura de afecto, fantasía y pensamiento que permite a paciente y terapeuta conocer a fondo y correctamente lo que está ocurriendo entre ellos. (Bolognini Stefano 2004); para desde allí crear un lugar desde donde es posible “interpretar” en un sentido que se distingue del analizar, sintetizaría de algún modo cómo entendemos el estar con otros de la situación terapéutica; también es la expectativa de que la comunicación a través de este libro sea fructífera.

También podría pensarse este modesto libro como un camino, hecho de encuentros y desencuentros que nos historizan y que recorreremos tomados del brazo de unos y otros, para hacer un trayecto más rico y ameno.

No obstante, entre todos los autores, queremos proveer un texto orientador - no un tratado- que reúna múltiples puntos de vistas y un crisol de ideas que puedan ser compartidos y discutidos, que promueva el seguir pensando de un modo abierto a la esperanza de lograr encuentros productivos por nuestro bien y el de los pacientes o enfermos.

Nuestros invitados compartirán sus ricas y trabajosas experiencias en campos difíciles, dolientes y controvertidos que presentan problemáticas que “quebrantan la transferencia” de un modo espinoso. Estas no resultan fáciles de comunicar de un modo directo y simple, ya que al psicoanálisis le ha sido difícil congeniar el plano

microrelacional y el macrosocial, especialmente por no haber incorporado plenamente la visión relacional; pero que sin embargo se esfuerza por dar respuestas terapéuticas a pesar de todo. Experiencias que transcurren en ámbitos institucionales que están en permanente contacto con las carencias y el dolor psíquico que éstas provocan, que conllevan a la flexibilidad en el encuadre para desarrollar recursos de intervención para problemáticas cada vez más complejas.

La Psicoterapia de Grupo en general se inicia con escabrosas luchas intestinas, y ha costado encontrar una posición teórica unificada para quienes se dedicaron a él, en el terreno psicoanalítico. Su desarrollo se ha entorpecido también por la insuficiente investigación sistemática, pero especialmente porque ha tenido que controversiar permanentemente con el “psicoanálisis individual”. En esta lucha fratricida uno y otro han ido y vuelto varias veces y han sido influidos por más de un cambio de paradigma. En nuestra opinión lejos de abrirse una brecha infranqueable, ambos están más cerca que nunca, en la medida que procuremos que estos cambios de paradigmas nos impregnen.

Es posible pensar ahora, a la luz de nuevos paradigmas, que el psicoanálisis de grupo realizó descubrimientos prematuros que recién hoy podrían ser incorporados con mayor plenitud.

Si bien no es el objetivo de este libro, podrá intuirse, en el transcurso del mismo, la influencia de las determinaciones que resultan del conjunto de las ciencias humanas pero especialmente de la evolución de la psicología y la valoración que ésta hace de las relaciones interpersonales al interior de las teorías psicoanalíticas. De este modo la concepción grupal de la mente y de un psicoanálisis relacional; amplía y extiende el horizonte y da por tierra disociaciones o separaciones que responden quizá más a cuestiones ideológicas y de poder que han influido en la transmisión psicoanalítica que al psicoanálisis mismo.

Para lograr nuestros objetivos, este libro se distribuye en dos partes: la primera, reúne e intenta plasmar las ideas de quienes nos enseñaron psicoanálisis y como lo hemos ido enseñando-aprendiendo con nuestros alumnos y sus prácticas a lo largo de la tarea como docentes, investigadores, extensionista del marco académico que nos brinda la UNSL.

Se plantean ejes de un marco teórico sustentado por las diferentes posiciones teóricas y técnicas dentro del psicoanálisis dando lugar a los cambios de paradigma, una brevísima reseña histórica de la enseñanza la psicoterapia de grupo y su conexión con el psicodrama como parte del recorrido histórico. Del mismo modo una breve reseña para la dificultosa investigación en psicoanálisis y psicoterapia en su aplicación a grupo.

En sus lineamientos generales se podrá vislumbrar el modo de ver, de pensar y de aplicar el psicoanálisis, es decir la manera en que lo hemos ido conociendo y

comprendiendo, todas ellas de la mano de sus principales exponentes. En su interior encontraremos temáticas tales como: intersubjetividad, transmisión transgeneracional, parentalidad, que se han instalado como centrales en una perspectiva relacional, pero más allá, acordes con el espectro de la población y problemas que nos ocupa.

En esta parte del libro, podrá verse el esfuerzo que ha implicado desterrar de la mente el modelo freudiano original o clásico sin sentirse desvalido o fuera del campo psicoanalítico. Todos estos autores que en su recorrido citamos, unidos epistemológicamente dan sustento a un modo particular de ver el hombre y su desarrollo psíquico y pueden apreciarse en nuestra práctica clínica y en la concepción que tenemos de la psicopatología. En el plano de la técnica puede verse reflejado el interés permanente en la búsqueda de recursos terapéuticos psicoanalíticos ampliando la técnica clásica, buscando que una franja más amplia de patologías se beneficie con el psicoanálisis.

Como corolario, en la tercera parte, contamos la valiosa y enriquecedora experiencia del aporte del trabajo de campo con diferentes poblaciones, de reconocidas psicoanalistas y psicoterapeutas, docentes e investigadoras cuyas conclusiones se han elaborado firmemente apoyadas en sus hipótesis. Nos hemos reunidos en el afán de proponer ideas para desarrollar modelos de asistencia psicoterapéutica de grupo, para diseñar su aplicación a diferentes poblaciones, implementando recursos de mayor alcance en cuanto a su eficacia, en un doble sentido; en cuanto a la profundidad, removiendo los obstáculos que provienen de los conflictos inconscientes; pero también en relación a la factibilidad y necesidad de aplicación de los recursos técnicos implementados, propendiendo a una técnica simple pero sensible a los requerimientos actuales, con el objeto de sumar soluciones a los problemas de salud mental que pueden afectar a los núcleos familiares.

Partimos apoyados en el hecho de que tanto el psicoanálisis como la psicoterapia de grupo y el psicodrama constituyen un conjunto de fuertes teorías y diversas técnicas de comprobada valía de las “que tenemos que ser amos y no esclavos”.

PRIMERA PARTE

Del Psicoanálisis a la Psicoterapia de Grupo

DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Elena Toranzo

Hasta ahora se ha presentado una incompatibilidad entre los que postulan la intersubjetividad y la idea de un espacio privado individual ¿Falta menos para dar un paso más allá, y se pueda generar un modelo que no refiera al individuo como una abstracción que trata de ser reconciliada con teorías basadas en el individuo y del mundo interno de la persona? En palabras simples ¿se podrá crear un modelo que no empiece con el individuo o ya se ha hecho presente y sólo falta redescubrirlo?

Un párrafo a paradigmas actuales en psicoanálisis

Durante el siglo pasado se produjeron cambios paradigmáticos en la ciencia en general, en la psicología y en especial en el Psicoanálisis, que fueron reconocidos y aceptados a lo largo del tiempo. Situados en los años 40 con la aparición de la teoría objetual de Klein, pero especialmente post-Klein, se generó un movimiento denominado el “grupo intermedio” que convocó entre otros a Balint, Fairbairn y Winnicott, luego Bion, contemporáneamente con Sullivan en EEUU. Se pone en el centro, el hecho de que el ser humano está relacionado desde su origen con objetos y en consecuencia se abre un campo epistemológico que se aparta radical y taxativamente de algunos ejes tradicionales como por ejemplo la teoría instintivista de Freud. Se rescatan, recrean y reunifican conceptos tales como: relaciones interpersonales, relacional, intersubjetivo, transmisión transgeneracional. Se abandona la ilusión infantil de reinventar “el verdadero psicoanálisis”; en una posición de mayor maduración y confianza en el psicoanálisis como ciencia donde más bien “las cosas se van poniendo en su lugar”. Baste como ejemplo de este estado de cosas, el lugar que ha ido ocupando en la actualidad el principio de realidad, la relación del niño con la madre, el complejo de Edipo; cuando otrora el reinado del principio del placer y de un mundo interno separado del mundo real, de un bebé que gozoso se mira al espejo y se reconoce aún antes que de que se ponga en marcha la dialéctica de la identificación, señalarán otros.

Posiblemente la maduración de las posiciones teóricas dentro del psicoanálisis -y por qué no, de otras ciencias- radica precisamente en poder dejar atrás toda tentación solipsista traducible de forma aproximada como "solamente yo existo". Es decir la creencia metafísica de que lo único de lo que uno puede estar seguro es de la existencia de su propia mente, y la realidad que aparentemente le rodea es incognoscible y puede no ser más que parte de los estados mentales del propio Yo. De esta forma, todos los objetos, personas, etc., que uno experimenta serían meras emanaciones de su mente y, por lo tanto, la única cosa de la que podría tener seguridad es de la existencia de sí mismo. Estamos en cambio ahora, en un terreno en donde sujeto y objeto se construyen mutuamente.

Hoy, en su mayoría, los psicoanalistas están de acuerdo en un deslizamiento del padecimiento a lo vincular; y aunque falta un mayor conciliación en cuanto a la consideración de la estructuración psíquica, todos aspiran a iluminar una problemática desde un abordaje diferente al individual. En consecuencia es necesario transitar nuevos caminos de teorización para dar cuenta de la eficacia advertida sobre el padecimiento psíquico de las nuevas prácticas en el campo vincular, de allí adquiere relevancia el enfoque de las teorías relacionales del psicoanálisis que tienen en Fairbairn su mayor exponente. Estas nuevas teorías deberán superar las dicotomías interno-externo, activo-pasivo, instintivo-afectivo y emigrar de las conceptualizaciones basadas en el "inter" "entre" "con", lo cual no resulta lejano, si se toma en cuenta una teoría psicoanalítica que no se base en lo instintivista y sitúe en primer plano las relaciones interpersonales, sostienen otros.

Aunque, más profundamente también esta complejidad en la que se desarrolla la psicología y el psicoanálisis—quizás esencialmente—tiene que ver con la necesidad de siempre, de acercar la mente al cuerpo, y a lo social y su dificultad para concebir la naturaleza humana de un modo más integrado y alejado del modelo cartesiano con el que por años se produjo ciencia. En síntesis se podría decir que problema consistiría en ir evolucionando del "pienso luego existo" de Descartes por el "siento luego existo" de Abadi para llegar a "me relaciono luego existo" del psicoanálisis objetal-relacional.

Hoy podemos apreciar el efecto multiplicador de esta perspectiva de nuevas formas de concebir lo psíquico, a partir de ella incontables pensadores han podido jugar creativamente confrontando, reuniendo y produciendo nuevas miradas en distintos continentes y épocas: Winnicott, Balint, Ferenczi, Malher, Kohut, McDougall J, M.Khan, Guntrip Storolow, Kernberg, Mitchell entre otros.

Si como exponente de este estado de cosas tomamos por ejemplo a Kohut,(1971/80/84), nos hace ver cómo antepone el mito de Odiseo a Edipo, para significar que el ser humano en primera instancia está en la lucha por la supervivencia, que necesita de los otros como el aire que respira, lo que hace pensar en una labor muy

difícil, que toma mucho tiempo y requiere de mucha ayuda (según la mitología Odiseo debió enfrentar en su camino a: Cíclope, Caribdis y Escila Sirenas, Calipso, Circe Los vientos de Eolo, Los comedores de Loto, El adivino Tiresias). La mejor arma de Odiseo fue su mētis o astucia, gracias a su inteligencia, además de la ayuda provista por Palas Atenea, hija de Zeus Cronida, para ser capaz de escapar de los continuos problemas a los que ha de enfrentarse por designio de los dioses. Para esto, planea diversas artimañas, bien sean físicas —como pueden ser los disfraces— o con audaces y engañosos discursos de los que se vale para conseguir sus objetivos, pero especialmente sale adelante por la cooperación y protección paterna. Sólo entonces, luego de sortear estas dificultades -siguiendo más bien el pensamiento de Fairbairn- podrá llegar a Edipo y el deseo, quien por el contrario está planteado sobre la base de la pelea y el conflicto entre generaciones.

En otras palabras Kohut y Fairbairn están convencidos de que la esencia de la naturaleza humana no se encuentra en el conflicto biológicamente inevitable entre generaciones sino en la continuidad intergeneracional de colaboración recíprocamente construida. El mito de Edipo en este contexto sería útil para explicar aquello que se corre de la experiencia normal. En esa dirección Nemirovsky(2007) junto a Riera (2001), proponen partir de un Edipo, comprendido como un niño abandonado por sus padres y a Narciso con un adolescente necesitado de una mirada integradora que lo rescate de la desintegración de su self, lo cual nos plantea una revisión completa del narcisismo entre otros conceptos.

En la perspectiva de Fairbairn (1966) la naturaleza de la relación madre-hijo se hace intrincada porque la incluye a ésta como objeto de amor e involucra a la actitud libidinosa de ambos y especialmente porque la misma servirá de modelo para la relación paterna. La mayor necesidad de un niño para obtener una seguridad decisiva que lo va acompañar toda la vida, comprende dos movimientos: 1) que es amado por sus padres, y 2) que estos aceptan su amor; de este modo podrá renunciar sin desconfianza a la dependencia infantil de sus objetos .El mayor trauma que pueda experimentar un niño es la frustración a su deseo de ser amado y de que su amor sea correspondido (aceptado), lo cual es determinante para su desarrollo armónico; de lo contrario se verá obligado a formas de sustitución ante este fracaso: adicciones, masturbación compulsiva, masoquismo, sadismo podrían ser algunas de las consecuencias. Más que la tragedia de Edipo, esta situación traumática, descripta precedentemente, pareciera ser la verdadera tragedia en el desarrollo del ser humano. (Toranzo 2011). Es Guntrip (1971) quien radicaliza esta posición aún más; al acentuar que son los vínculos y no las pulsiones biológicas las que producen el desarrollo mental. Bion (1992) tiene —especialmente cabida en este enfoque—, en tanto plantea la relación continente-contenido como el prototipo del funcionamiento mental y del desarrollo psíquico. Refiriéndose a la relación que se establece entre paciente y terapeuta, señala que

"cuando dos personalidades se encuentran se produce una tormenta emocional. Si hacen suficiente contacto para percatarse uno del otro, o como para no percatarse uno del otro; se produce un estado emocional por la conjunción de estos dos individuos"... pero, como efectivamente se han encontrado y como efectivamente se ha producido una tormenta emocional, las dos partes que participan de esta tormenta quizás decidan "pasar el mal trago lo mejor posible".

Por su parte Mario Marrone (2001)-con quien intercambiamos personalmente en la formación de posgrado- y Peter Fonagy (2004), retomando el valor de sus aportes en el campo del psicoanálisis actual; son dos de los investigadores que han confirmado y desarrollado los primeros estudios de Bowlby y han ofrecido su propia conceptualización sobre el apego. Así, Fonagy subraya el punto de vista de Bowlby de que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deben ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. Además, destaca como contribución crucial de Bowlby su inalterable opinión de la necesidad del niño de un temprano apego seguro a la madre. Pensaba que el niño que no desarrolla este apego podía presentar signos de privación parcial: una necesidad excesiva de ser amado o por el contrario, una reacción de resentimiento, venganza, intensa culpabilidad y depresión; o también signos de privación completa: apatía, indiferencia, retardo en el desarrollo y, más tarde, signos de superficialidad, falta de sentimientos profundos, tendencia a la falsedad y al robo compulsivo. Fonagy (2004) señala que la teoría del apego significaba, desde el principio, más que el simple vínculo al cuidador. La figura de apego provee, en los primeros años, la seguridad básica esencial para poder explorar y es en la que se basa la capacidad de aprender. La ausencia de la figura de apego inhibe la exploración y por tanto la desarrollan insuficientemente las funciones de contención de los impulsos. Otro factor es que, la privación emocional y de seguridad en el niño pequeño, que se da cuando las condiciones no permiten un apego seguro, conducen a necesidades afectivas pendientes y estancadas. Más tarde, al entrar en la adolescencia sin haber desarrollado una personalidad suficientemente fuerte y estable con la correspondiente autonomía, estas necesidades afectivas pendientes son una base propicia para toda clase de dependencias y por tanto de adicciones. La promiscuidad sexual, por ejemplo, es una clara expresión de necesidad y búsqueda de intimidad y compañía que deberían compensar privaciones atrasadas. Citaríamos, claro, el uso de tóxicos y de alcohol, las adicciones a las técnicas: messenger, móvil, televisión, etc.

En este espectro de autores se destaca Stephen A. Mitchell,(1993/2004), uno de los analistas norteamericanos que ha descrito con mayor profundidad el modelo relacional y propugna un paradigma relacional integrado desde una perspectiva amplia de las teorías psicoanalíticas que solo excluye el concepto de instinto. Nos refiere: "prefiero emplear el concepto de matriz relacional, pero no en un sentido motivacional estrecho y limitado, sino en un sentido amplio paradigmático, que abarque la relación innata (como

los esquemas de reacción de Bowlby, y las preferencias y capacidades de percepción de los recién nacidos), el propósito motivacional (como la búsqueda de objeto de Fairbairn y la pulsión de Klein para la reparación), y los procesos interpersonales implícitos que intervienen en la autodefinición (como el medio facilitador de Winnicott y las relaciones entre el self y el objeto de Kohut). Y continúa “la naturaleza social de hombre lo lleva a buscar muchas formas de relación, familiaridad, de seguridad, de dependencia, fusión, placer, validación, conocimiento mutuo etc.” Es significativo que este autor utilice el concepto de matriz relacional -tan genuino y simple de Foulkes y los grupos-, para poner en palabras la complejidad de un modelo relacional. A su vez, destaca con gran certeza, que es un mito sostener en la actualidad de que el psicoanálisis pertenezca a un solo hombre, Mitchell plantea que, Freud mismo lo consideraba un movimiento cuasi político; y que a partir de 1939 ya no hay ningún Freud a quien adjudicar la competencia del verdadero pensamiento psicoanalítico; el psicoanálisis ya no es obra de una única persona.

Estas nuevas ópticas, entonces, provocarán consecuencias en la técnica psicoanalítica o modalidad de trabajo con el paciente, que se podrían resumir en: el abandono de la pantalla en blanco, inmutable, incolora e insípida; destrono de la interpretación y la sesión como única fuente de conocimiento (Jimenez 2002), el analista ya no como el represor de lo infantil, sino como la “madre suficientemente buena” que con su tesón, maniobras y miradas acompañan el desarrollo del infante en la unión y separación en la visión de Winnicott (1986, 1990, 1993, 1989); quien nos enseñó que el odio no es un afecto básico sino una respuesta al miedo, maltrato, abuso concretos y que no son fantasías,

El cambio significativo de paradigma en sus aspectos técnicos y desde lo diádico, implica no sólo la desaparición de la pantalla en blanco y la inclusión del terapeuta en su persona toda -siguiendo a Fairbairn- cuando plantea que el niño se relaciona con la madre toda, sino también el niño en posición más activa frente a la madre. El cambio radica en que miremos a ambos en relación, es decir teniendo en la mente todo el tiempo una relación.

Redescubriendo a Pichón Rivière (1985) llega más allá, para decir en los años 60, que cualquier situación interpersonal es un grupo por naturaleza, que aún la realidad diádica de paciente y analista es una forma de situación de grupo, ya que todo individuo está habitado por muchos.

En el mismo sentido y conjuntamente Bion y Rosenfeld, H (1987) hablan de un tipo de identificación proyectiva al servicio de la comunicación, ya no de los afectos placenteros, ni la deflexión de la pulsión de muerte, sino al servicio del vínculo libidinal, con el analista-madre. Bion dice que la identificación proyectiva es el primer modelo de comunicación del individuo. Antes del desarrollo del pensamiento, la

identificación proyectiva masiva es el primer modo de comunicación. Por lo tanto, la posición del objeto madre, como la del terapeuta, es la de recibir los primeros impactos de identificación proyectiva masiva. Dicha identificación tiene dos cualidades fundamentales y diferentes. Puede ser normal o patológica. Así se resaltaría el carácter comunicativo primario de las emociones. Fairbairn, reconoce, junto con la escisión o disociación, a la identificación proyectiva, como los dos arquitectos para el desarrollo psíquico, y a esta última como base para la comunicación, recibiendo aportes de Bion respecto a los efectos que este mecanismo causa en el otro en el proceso comunicacional. Bion opera con el concepto de identificación proyectiva por medio de la metáfora continente-contenido considerando de este modo que la mente y el cuerpo están al servicio de la comunicación. A partir de allí, diferencia dos procesos que el término pensar puede designar: "el pensar que da origen al pensamiento, y el que consiste en usar los epistemológicamente pre-existentes". Para que este último sea posible, es necesaria la existencia dentro del psiquismo, de un aparato especial para "pensar los pensamientos". Ese contenido, el pensamiento, necesita de un continente, siendo la actitud del analista la que facilitará que el proceso se realice, lo cual tiene que ver con necesitar a alguien que nos permita pensar. De allí que la mente no es individual, siempre hay otro, en ese sentido podría decirse que la mente es grupal. Incluso, de acuerdo a las teorías más actuales que estudian el desarrollo psíquico y la estructuración del psiquismo, puede entenderse que esto sucede ya desde la vivencia fetal. (Thöma y Kachele, 1989).

Para cerrar esta breve reseña, digamos que es posible pensar que la aparición de nuevas perspectivas en psicoanálisis respondan a múltiples cuestiones ,en su mayor parte se podrían atribuir a los cambios en y de la subjetividad en función de este momento histórico social; a la aplicación del método psicoanalítico al niño y familia; además de una mayor experiencia en el tratamiento de patologías graves cada vez más complejas, o simplemente, lo podemos atribuir al ciclo de volver a las raíces por el que atraviesa todo desarrollo científico en su devenir. Lo que parece estar meridianamente claro es la necesidad un giro cabal para ocuparse no ya de cómo el individuo se desarrolla y enferma en la medida que se va socializando -como tan plenamente nos mostró Freud,-para poder concebir cómo este ser social se hace "uno mismo".

Un tiempo para la enseñanza del psicoanálisis, la psicoterapia y la psicoterapia de grupo en la UNSL

La característica fundamental del desarrollo del psicoanálisis y psicoterapia en sus diferentes versiones (grupo, familia, niños) en el interior del país, y en este caso San Luis, ha tenido que ver con el poder centralizado en Buenos Aires u otras grandes ciudades; no situamos en los años 70. El campo de la psicoterapia de grupo es muy

vasto y ha sido muy prolífica en Argentina, en tanto ha sido una tierra fecunda en escuelas y enfoques. Basta evocar las figuras de Bleger, Pichón Riviere, Rodrigué, Rolla, Pavlosky, y Fontana mismo, quienes de una manera u otra han ejercido mucha influencia en el pensamiento acerca de la psicoterapia de grupo. Este último funda en 1954 la Asociación Argentina de Psicoterapia y Grupo y en 1962 la Asociación Argentina de Psicoterapia. Escuela de Psicoterapia e Investigación que en 1964 es reconocida por EEUU. Estos desarrollos se oponen a lo que refiere Campos a propósito de la introducción a la obra de Foulkes, cuando señala que en América, se ha dado un fenómeno en donde se ha privilegiado la orientación individualista versus la aplicación grupal, donde lo grupal podría llegar a ser un método de masificación del psicoanálisis contrario a una práctica médica liberal, y considerado como un producto de segunda mano, con el cual remediar las injusticias sociales. Corriendo todos estos riesgos se hace más valioso el aporte de quienes incursionaron en este campo, por cuanto debieron vencer resistencias y lograr una ruptura paradigmática dentro del psicoanálisis.

Esta situación descripta, llevaba a que nuestros mentores viajaran en busca de los conocimientos que luego eran transmitidos según una versión propia y sui generis de concebir este conocimiento, tamizada a su vez por la propia historia; lo que se combinó luego convocando a nuestro medio (en formación de posgrado tanto en el ámbito público como en el privado) a figuras relevantes de temáticas de igual tenor en el campo del psicoanálisis argentino e internacional. Así relata el Dr. Samperisi (*¹) - referente ineludible en la trayectoria de la enseñanza de la clínica psicoanalítica en el ámbito público y privado en el centro del país- su conexión con Mendoza, la Asociación Platense de Psicoterapia y el encuentro con Dalmiro Bustos, el viaje a EEUU a Beacon cuna del psicodrama que se amalgama con su análisis personal en encuadres para nada tradicionales (una vez por mes varias sesiones juntas, supervisiones y seminarios) .Su posterior e impactante intercambio con el Dr. Fontana, quien debido a que la clínica de E. Pichón Rivière desaparece, se forman dos pequeñas clínicas con discípulos de él: Una con Bleger, Alberto Fontana y Gela Rosenthal; y otra que fundaran con R. Usandivaras, J. Zac y Winocur, rememora Resnik S (1997). En este contexto Fontana, investiga en los alucinógenos una herramienta para su trabajo clínico (enmarcado principalmente en el psicoanálisis de cuño kleiniano) y, por otra parte, una tendencia que, sin desechar la vía anterior, se mostró interesada principalmente por una indagación de tipo experimental de los efectos de los alucinógenos en los pacientes psiquiátricos.

Luego de algunas experiencias con la terapia insulínica, realizadas junto a José Bleger, Fontana llevó a cabo hacia 1956 sus ya referidas experiencias con LSD junto a

¹ (*) Dr. Alberto Samperisi. Miembro de Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional. IARPP y de la Sociedad Psicoanalítica del Sur (SPS) Ex.Titular de Psicología Clínica Psicoanalítica (UNSL) junto con el Dr. Jose M. Willington Ex Decano Fac. Medicina UNC) fundadores de la Sociedad Argentina de Psicoterapia Psicoanalítica del Interior (SAPSI) 1980

Álvarez de Toledo y Pérez Morales. Nueve años más tarde publica su primer libro: Psicoterapia con alucinógenos, en el que muestra los resultados de un trabajo de 8 años cuyo objetivo consistía en la combinación de los “conocimientos psicoanalíticos” con el uso de las sustancias alucinógenas, más precisamente trata de demostrar las virtudes de los alucinógenos como “coadyuvantes de la psicoterapia”. Posteriormente en *El tiempo y los grupos* (1971) y *Sesión Prolongada* (1995) quedan plasmados el interés por encuadre temporal y geográfico de los tratamientos, pero no sólo en cuanto a la cantidad de sesiones, el uso de técnicas auxiliares, sino especialmente su aplicación a diferentes patologías no analizables (adicciones, depresiones, psicósomática) para la época.

Y más aún por la escasa perspectiva de cambio en pacientes largamente analizados, como producto de la disociación teórico-técnica en la que estaba inmersa la técnica analítica clásica. Alberto Fontana, (1995) explica la importancia de las coordenadas espacio-temporales en el desarrollo, la enfermedad mental y la curación, diciendo que "en el tiempo y a través de él, se realiza la experiencia social del encuentro con el otro, inevitablemente ligada a la conciencia de separación que existe entre la vida de uno y de los otros. Esta tensión encuentro-separación en que se realiza nuestra vida, alcanza su dimensión psicológica en el Yo, que estructura su actualidad y se rompe la estrechez del presente vivenciándose como totalidad. Propone una dialéctica en la construcción del yo corporal y nociones del tiempo y espacio acorde a cada etapa evolutiva y según el órgano sensorial de cada etapa, generando una matriz sensorial sobre (o en ?) la que se desarrollará la noción primitiva de grupo. En cuanto a la psicoterapia de grupo señala "esta expresión sólo indica un terapeuta dedicado a la terapia de sus pacientes, nuestra técnica en cambio va más allá, nosotros mismos como terapeutas constituimos un grupo"...insistiendo en que debemos pensarnos como parte de él si no queremos quedarnos al margen o excluidos, representando el no cambio. Por su lado, Samperisi acentúa la importancia de las modificaciones técnicas para corregir el problema de escasa frecuencia de sesiones, dirá en su momento; quizá hoy, a la luz del psicoanálisis actual, diría “y para proponer una técnica más relacional e interpersonal como lo aporta la naturaleza de la psicoterapia de grupo y el psicodrama. Para la época y ante lo tradicional- década del 60- Samperisi era la representación del “antiencuadre” -según sus propias palabras-, con una visión premonitoria de este psicoanálisis actual que epistemológicamente confluye en el psicoanálisis relacional. Al que llega de la mano de tantos otros: Otto Kernberg, Donald Meltzer, Mauricio Abadi, Rafael Paz, que serán motivo de otros desarrollos teóricos, que no expondremos en este libro, de su enfoque del Psicoanálisis. Samperisi destaca que hay dos modos de acercarse al grupo; desde el Psicoanálisis o desde el Psicodrama, en su perspectiva ambas tienen su peso específico diríamos. Con Moreno comparte “la transferencia no se produce hacia una persona en general, ni hacia una vaga configuración, sino hacia un rol que el terapeuta desempeña para un paciente; un rol paterno, materno, el rol de un hombre sabio e instruido, el de

amante o amado, el de caballero, el de individuo perfectamente adaptado, el hombre modelo etc. A partir de esto, considera que lo realmente constante en el encuadre es la persona del analista,” mi propia persona mi propio rol” por lo que no encuentra diferencias ni en términos de proceso, ni evolución, ni profundidad de lo analizado si compara sus pacientes tratados de una manera tradicional o flexible. Acompañado por Fontana, sostiene ”la psicoterapia de grupo promueve en el tratamiento de un paciente a nivel individual una situación nueva que tiene que ver con la aparición del tercero...esto genera el temor de que el equilibrio psicológico alcanzado hasta el momento resulte afectado de un modo previsible e incontrolable. Todos estos temores que surgen habitualmente en la conexión con el otro se multiplican en el grupo y la amenaza de ser transformado en algo que no se puede prever ni controlar genera la aparición de defensas específicas”. Asociativamente para referirse a los grupos reúne palabras de diversas raíces, tales como apesamiento, red, apego no solo hacia la madre sino a los pares. Gruppo o groppo, nudo, ligadura y succión, abrazo, compañía, sonrisa, como unión de significados y sentidos en la concepción de este concepto que se hacen presentes en su enfoque de la psicoterapia de grupo.

Para referirse a quienes podrían beneficiarse con la terapia de grupo, Samperisi señala que suele haber una coincidencia “cuando el paciente empieza a soñar con situaciones grupales es que uno empieza a pensar hay que llevarlo a grupo, así como hay quienes descubren solos que tendrían y les gustaría entrar en grupo. Cuando el paciente tiene muchas inhibiciones sociales, muy tímidos, solitarios, o cuando el temor a otros esta exarcebado, se les propone que ingresen a grupo para ver si ahí pueden desarrollarse un poco más. Insisto, tendrían que ir todos pero principalmente los que tienen conflictos para relacionarse con otros. En la preparación del grupo es necesario tener en cuenta: los diagnóstico, por ej la ventaja de combinar paciente psicópatas con obsesivos, los primeros de benefician de que estos ejerzan control, es decir el temperamento obsesivo triunfa sobre el psicópata. Por eso en cuanto al diagnóstico es mejor que mientras más variado sea es mejor, porque se aprende las defensas de los otros. En ejemplo de la psicopatía, con los choques que tienen con lo obsesivo, empiezan a cuidarse y éstos a su vez se animan un poco más. Entonces, así como decimos que la salud es poseer muchas conductas como repertorio, mientras más diversos sean los diagnósticos más rico es el grupo. Así mismo, destaca, que no es conveniente incluir personas con duelos recientes, en proceso, porque tienden a monopolizar el grupo y es muy fuerte la presión que ejercen. No puedes incluir personas que han tenido duelos recientes, en proceso. Por ejemplo: no puedes poner a alguien que ha perdido al padre hace poco, porque tienden a monopolizar el grupo y es muy fuerte la presión que ejercen. Tener en cuenta la edad, edades más o menos parecidas, porque si no hay que trabajar bastante el subgrupo que se arma entre los más grandes y los más chicos. Porque así como están las defensas individuales, en los grupos hay defensas,

como por ejemplo hacer parejas para pelear al terapeuta o para no mover las cosas de su lugar. El armar subgrupos es una de las defensas preferidas por los grupos. Entonces se tiene que buscar la forma de no darles oportunidad, es decir, siempre con la idea de crear las condiciones favorables para un grupo. Otro criterio es que, no tiene que haber grandes diferencias económicas. Este es un factor muy importante en un grupo porque se da un nivel de agresión muy alto y éste es un elemento de perturbación extra en el grupo” Además es un factor importante de poder al interior de un grupo. Otro, lo son las diferencias culturales, esta es una situación también muy enojosa, la gente que no tiene cultura se enoja más que la que no tiene dinero. Porque la cultura es algo mucho más difícil de adquirir, la cultura es algo que cuesta más que conseguir el dinero, y por ende es muy envidiada. Por otra parte el fundamento de poner estímulos para que aparezcan las defensas está en esto, que cada vez que se introducen estímulos- por ej. el ingreso de un nuevo miembro al grupo- se renueva la defensa en un nivel más profundo. Y cada vez hace falta un estímulo más profundo para que aparezca la defensa estereotipada. En cuanto al fracaso o éxito, lo principal que tiene el terapeuta de grupo es básicamente que un terapeuta de grupo es un grupo de terapeutas. Es decir una persona sola no puede tratar a un grupo, esa persona que se llama terapeuta necesita un grupo que lo contenga a él. Que puede llamarse: tener un co-terapeuta, por ejemplo, o estar trabajando con un grupo de profesionales; el terapeuta de grupo necesita alguien con quien hablar. Fontana denominaba este fenómeno “cámara de descompresión” haciendo la comparación con un submarino: la gente que ocupa el submarino, antes de que este suba a la superficie, necesita pasar por la cámara de compresión para después entrar en la atmósfera por el cambio que se produce en la fisiología. En relación a la transferencia, generalmente, se podría decir que se manifiesta maternal en individual y paternal en grupo, se da una fuerte rivalidad. Así, un error que es muy común de cometer, cuando la transferencia lo empuja, es privilegiar o favorecer ciertas opiniones, ciertos aspectos de un subgrupo contra otro subgrupo en el grupo o parejas para luchar entre sí y para uno el cuidado básico es no aliarse o identificarse con aspectos parciales del grupo.

En cuanto a la interpretación, señala Samperisi, hay terapeutas que sigue utilizando el grupo como una prolongación del análisis individual en la forma de interpretar, en las ideas del individuo: de entender al individuo como individuo. Pero en realidad si uno toma el modo de pensamiento de Bion, Moreno y Foulkes; todos tratan al grupo como un todo donde el individuo es tratado pero en el contexto de un todo. La posición de estos tres autores es el individuo en un todo. Los que tienen experiencia en grupos, habrán visto que muchas veces uno interpreta individualmente, pero lo que pasa es que las cosas individuales que se hablan están siendo producto de una matriz grupal. Lo que está pasando en ese momento está siendo el emergente y cada uno lo vive con una modalidad, pero está siendo lo mismo. Destaca la necesidad de diferenciar lo que es la

transferencia y la contratransferencia del terapeuta. El terapeuta tiene 2 fenómenos: SU transferencia y su contratransferencia. La transferencia sobre los pacientes tiene que ver con las historias personales y la contratransferencia que es lo que el terapeuta siente a partir de lo que los pacientes proyectan sobre él. Lógicamente hay un punto de unión entre las dos, pero es importante hacer la diferencia entre transferencia y contratransferencia del terapeuta porque uno necesita saber qué es lo que uno tiende a poner y lo que el grupo le va a hacer sentir al terapeuta por esto de las transferencias múltiples si se sumerge en una cuestión grupal. Señala que un modo importante de calificar al terapeuta de grupo, dice que “su interés debe ser igual al de un científico o un artista y, sobre todo, tiene que ser como un escritor”. Es decir, esos que interpretan la realidad, que captan lo que ocurre y son capaces de expresarlo. Por eso se habla de la necesidad de intuición, que las personas más intuitivas trabajan mejor en grupo porque captan mejor lo que pasa y si además lo pueden expresar, realmente mejor. Por el contrario, más dificultades tienen en grupo, tanto los pacientes como los terapeutas muy narcisistas.: el grupo es el enemigo número uno del narcisismo

El enfoque del Dr. Samperisi- quien formó y continúa haciéndolo, varias generaciones de psicólogos y médicos del interior del país (San Luis, Mendoza, Río IV, San Juan, Córdoba)-, mantiene en la actualidad el criterio de revisión crítica de las teorías que utilizamos. El desarrollo de su enfoque estuvo signado por la paradoja psicoanálisis/psicoterapia psicoanalítica de la historia del psicoanálisis en la Argentina y en el mundo, cuando no existía como válida otra visión que la del Psicoanálisis clásico u ortodoxo; hoy recalca en un lugar más reconocido al ser puestas en valor las corrientes objetualistas y relacional.

Es importante destacar ,por un lado, que en esta visión del psicoanálisis lo constante fue el reconocimiento de que Freud no tenía nada de clásico en el modo de investigar y estudiar sus casos aunque fuera excesivamente metódico, y por el contrario poseía una actitud abierta en su pensar .

Así es posible imaginar que la pregunta que hoy nos haríamos en un diálogo actual, sería como concebir una teoría de los grupos sin el contraste de una psicología individual.

Un lugar a la investigación psicoanalítica en psicoterapia y grupos

Consideramos la importancia de hacer referencia a la necesidad que tenemos los clínicos y psicoanalistas de contrastar nuestros descubrimientos realizados mediante el método del análisis de la transferencia -en el curso de una sesión o tratamiento- con otros métodos. Específicamente la evaluación en psicoterapia implica la consideración de distintos ejes: las características o estructura del tratamiento llevado a cabo(debemos

ser capaces de describirlo y justificarlo con precisión)el proceso que se pone en juego entre el paciente y el terapeuta(que incluye la complejidad de los fenómenos transferenciales y no transferenciales) y los resultados que se obtienen(mediante estudios de resultados y de proceso).Los estudios de proceso no pueden desvincularse de los de resultado, incluso se podría pensar al estudio de proceso como un micro estudio de resultados, señala Gril (2001).

En nuestro ámbito tratamos modestamente de avanzar en medio de controversias entre los investigadores de proceso y los de resultados derivadas, al parecer, de las existentes entre experimentalistas y observacionales de los fenómenos en estado natural. Tenemos la convicción de que unos y otros son necesarios tanto para el desarrollo de nuestros conocimientos, como para tender puentes entre clínica e investigación que permitan modelos transportables dentro de la misma teoría psicoanalítica como a otras, tal como señala Jiménez (2000). De este modo buscamos realizar algunos aportes que permitan disminuir la deuda que el psicoanálisis pueda tener con relación a la prestación de servicios de salud mental más apropiados a las condiciones actuales de nuestra práctica clínica. (Toranzo, 2008)

No podemos dejar de recorrer este trecho con Juan Pablo Jiménez (2001)-destacado psicoanalista chileno, docente de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica (2000 UNSL)- quien señala que es importante que los psicoanalistas recuperen el campo de la psicoterapia, si bien todos declaran que practican diversas formas de psicoterapia, el cultivo y desarrollo ha sido abandonado por la IPA, lo que le da a su práctica un tinte de clandestinidad. "Por psicoterapia entiendo las formas modificadas de la terapia analítica para pacientes severamente perturbados, como también formas breves y focales, además de terapias colectivas (grupo, pareja, familia). El método psicoanalítico también se nutre de estas formas de terapia (Holmes, 1998). "La investigación clínica no basta, es necesario desarrollar la investigación básica en psicoanálisis, y la investigación en proceso y resultados, única posibilidad de establecer puentes de diálogos con otras disciplinas vecinas y con los agentes que determinan las políticas de salud, sino también para validar nuestras hipótesis clínicas". Se destaca la necesidad de investigaciones en los procesos; en los resultados o eficacia y en los recursos psicoterapéuticos en general, aunque de antemano sepamos de la dificultad para identificar los factores curativos en un enfoque de corte psicoanalítico. Con agudeza Jiménez señala que una técnica psicoanalítica que considere seriamente la intervención del vínculo con el paciente, aún no ha podido encontrar un fundamento teórico que la eleve al primer lugar, por sobre el rango que se le ha dado a la interpretación. Este autor refiere un aumento explosivo de la demanda de Psicoterapia; un aumento notorio de la oferta, y que una gran mayoría que recibe tratamientos cortos, a la vez que, contradictoriamente, en la formación de los psicoterapeutas se enseñan los modelos de larga duración. Jiménez (2000) estudia una

variedad de problemas en relación al método psicoanalítico y a la investigación, que reflejan que hay "una consistente evidencia histórica que indica que el fundador del psicoanálisis tenía una comprensión pluralista de la técnica y que aplicaba un amplio espectro de medios terapéuticos, según la cual el fue el primero en modificar su técnica de acuerdo con el tipo de paciente y de padecimiento. Esto significa que el Freud de los escritos técnicos no es el mismo de su propia práctica" y agrega también que históricamente también se generó "una polarización entre dos técnicas psicoanalíticas: una llegó a ser clásica y oficial, centrada en el logro del insight a través de la interpretación de la transferencia, en la repetición y la reconstrucción genética; y otra, que se centra en la experiencia emocional innovadora del "aquí ahora" y el establecimiento y mantención de la relación de trabajo o alianza terapéutica" generando, según este autor, una tensión entre una técnica idealizada y otra real.

Si bien la intención no es profundizar en este tema, consideramos que poder llevar el material clínico de sesiones-de tratamientos psicoanalíticos individuales y grupales- a diferentes modelos de estudios sistemáticos lejos de perjudicar, profundiza y enriquece la visión analítica del conjunto de operaciones complejas que están involucradas en la psicoterapia o intervención clínica; y por el contrario nos fortalece en sus fundamentos frente a otras miradas que tienden a simplificar lo que por su naturaleza humana es compleja de por sí.

Breve aporte a la Investigación en Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo

Recurriremos a Quiroga, S. (2008) quien señala que del mismo modo que la investigación en psicoterapia, en sus orígenes se focalizó en estudios de resultados, -en los cuales se compara en el paciente el antes y después del tratamiento-más allá de demostrar la eficacia terapéutica de un tratamiento, surgió la necesidad de demostrar por qué y de qué manera funcionaba la psicoterapia.(Poch y Avila Espada, 1998).Continúa diciendo en su puesta al día de este campo, que la investigación de proceso en grupo psicoterapéutico, siguiendo la definición de Beck y Lewis (2000), es el estudio del sistema del grupo como totalidad y los cambios en el desarrollo de sus interacciones, entendiendo por tal las interacciones entre el subgrupo paciente-terapeuta; paciente-paciente (díada o subgrupo), y terapeuta- terapeuta, en caso de que hubiera co-terapeuta, además de la forma en que cada subsistema interactúa entre ellos y es influenciado por el grupo como un todo. El objetivo de este tipo de investigación es identificar procesos de cambio terapéutico en las interacciones dentro y entre estos distintos sistemas en todos los niveles de comportamiento y experiencias de los sujetos dentro y fuera de las sesiones.

Con respecto a la investigación empírica en psicoterapia de grupo, Fontao y Mergenthaler (2005b) plantean que en la última década, la misma ha alcanzado un nivel comparable al de su contraparte en psicoterapia individual (Burlingame y colaboradores, 2003). Sin embargo, sostienen que de acuerdo a los hallazgos disponibles al presente, sólo es posible sostener la efectividad de este abordaje en ciertos trastornos que han sido investigados (por ejemplo los desórdenes de la conducta alimentaria). Y continúa; en nuestro medio, los autores que se han destacado en la investigación empírica en psicoterapia son Fernández Alvarez (1999); Leibovich de Duarte (2002); Hagelin (2002); Maldavsky (2004); Quiroga (2005), Toranzo y Tabora (2007)

Efectivamente, con el fin de aprehender la complejidad teórica y clínica propia del campo de trabajo en que se sitúa el diagnóstico y el abordaje de grupos paralelos, en estudios anteriores, nuestro equipo desplegó un amplio abanico de temas y estrategias metodológicas que abordaron los siguientes temas: 1) Aspectos epidemiológicos de la consulta (Tabora & Díaz, 2009). 2) Desarrollo de recursos diagnósticos y terapéuticos (Tabora & Toranzo, 2002, 2005). 3) Revisión etiológica del síntoma (Tabora & Díaz, 2005, 2007). 4) Análisis de efectividad terapéutica en un grupo de niños (Tabora, Díaz, Abraham, & Toranzo, 2008). 5) Foco, interacción grupal y patrones verbales en grupos de padres: Primeros resultados de un estudio piloto” (Tabora, Toranzo & Fontao, 2008). 6) Comparación de dos modalidades psicoterapéuticas psicoanalíticas. Grupo paralelos de padres e hijos versus tratamiento individual del niño (Tabora & Toranzo, 2009). 7) Estudio piloto de proceso terapéutico de un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos (Tabora; Toranzo; Ross; Mergenthaler y Fontao, 2010). 8) Gruppenprozesse in einer Fokalthherapie mit Müttern: Eine Pilotstudie über den psychodynamischen Ansatz zupsychotherapeutischen Parallelgruppen von Eltern und Kindern in Argentinien” (Fontao, Tabora, Toranzo, Mergenthaler, Hoffmann und Ross, 2011. Göttingen) 9) Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres (Tabora y Toranzo, 2016)

Con respecto a la investigación empírica en psicoterapia de grupo, Fontao y Mergenthaler (2005) sostienen que las principales dificultades para el investigador se deben a la carencia de una base adecuada que registre en forma estructurada y detallada los eventos grupales y a la complejidad de los datos generados en los procesos terapéuticos grupales. En una revisión de las publicaciones de las principales revistas de literatura psicológica de la Argentina (Investigaciones en Psicología, Anuario de Investigaciones, Investigando en Psicología y Revista Argentina de Clínica Psicológica), encontraron sólo 5 artículos sobre un total de 331 revisados, cuyo título o resumen, hacía referencia explícita a una investigación empírica en psicoterapia de grupo. Actualmente existen desarrollos de sistemas computarizados de estudio de proceso que permiten identificar ciclos terapéuticos que constituyen momentos claves

del proceso y contribuyen a la construcción de una teoría de cambio psíquico. Estos momentos se puntualizan como clínicamente importantes y se consideran decisivos en el avance de insight o toma de conciencia en el proceso terapéutico. Uno de estos sistemas es el Modelo de Ciclos Terapéuticos desarrollado por Mergenthaler (1996) que ha sido aplicado a diversos tipos de investigaciones (Mergenthaler, 2002).

El propósito de nuestro programa de investigación sobre esta temática es desarrollar un enfoque que integre la indagación empírica de proceso terapéutico con la visión clínica. En este marco, colaboradores externos -no participantes en la tarea asistencial- aplican métodos sistemáticos para el estudio de las sesiones. A su vez, una vez culminado el tratamiento, el equipo de psicoterapeutas elabora el análisis clínico de las desgrabaciones del material recogido. La puesta en relación, intercambio y discusión que emerge de la implementación de ambos métodos configura un equipo de trabajo ampliado, cuyos efectos se registran en un enriquecimiento de la tarea clínica y una mayor vinculación de la práctica de investigación con los fenómenos cotidianos del trabajo con pacientes.

El contexto institucional de los abordajes psicoterapéuticos grupales y la investigación

Los diseños psicoterapéuticos para grupos desde una perspectiva psicoanalítica y para diversas poblaciones (padres, niño, paralelos, madres únicamente, estudiantes universitarios) fueron implementados en el Centro Interdisciplinario de Servicios de la Universidad Nacional de San Luis, a partir de los Programas de Servicio y/o Extensión (*ⁱ) respectivos, enmarcados en el Proyecto de Investigación² (**). Cabe consignar que la atención psicoterapéutica es gratuita y está dirigida a una población no mutualizada y de bajos recursos económicos, lo cual nos permitió desplegar propuestas psicoterapéuticas, que requieren necesariamente de un equipo de trabajo y de un caudal importante de consultas.

En la modalidad de trabajo y el análisis del material clínico se parte de considerar que en todos los grupos psicoterapéuticos el desarrollo transferencial, la interpretación de dicho proceso y la modalidad de coordinar e intervenir del/los terapeutas y del observador, se ven transversalizadas por:

- a) las características de la institución, históricamente configurada,

² (*) "Intervenciones Clínicas Grupales desde una perspectiva Psicoanalítica. Dir. Elena Toranzo (**)
Proyecto de Cia. y Técnica "Estudio Clínico y Empírico en Prevención, Diagnóstico y Psicoterapia psicoanalítica individual-grupal" UNSL Dir. Dra. Alejandra Taborda Línea" Estudio clínico y empírico de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. Dir. Mg Elena Toranzo.

- b) la modalidad relacional que se desarrolle en el interior del equipo de trabajo como un todo y de éste con la institución en la que se incluye,
- c) la relación que entablan los terapeutas entre sí o el terapeuta con el observador, que integran cada grupo terapéutico,
- d) el interjuego de las identificaciones proyectivas del grupo terapéutico con la institución y con el equipo de trabajo,
- e) la dinámica misma del grupo psicoterapéutico, y de los objetivos que se persiguen,
- f) las posibilidades emocionales del terapeuta, su formación teórica, su experiencia clínica.

La transferencia y contratransferencia trascienden al grupo psicoterapéutico y se deposita también en la institución en la que se desarrolla la tarea, por lo tanto debe ser incluida en el material con que se trabaja tanto dentro del grupo terapéutico como en el equipo de trabajo.

En nuestra experiencia clínica y de investigación hemos podido observar que en los momentos iniciales del trabajo psicoterapéutico la institución se constituye en el primer continente en la que se proyecta un objeto idealizado vivido como una gran madre que sostiene y envuelve, lo que deberá ser objeto de señalamientos, e interpretaciones que permitan la paulatina integración de aspectos disociados y proyectados en la misma.

Esto permite ir comprendiendo las diferentes modalidades en que se presenta la dependencia, las necesidades de cuidado y las fantasías que se despiertan al ingresar y permanecer en el grupo terapéutico. En el transcurso del trabajo psicoterapéutico, a medida que disminuyen las fantasías persecutorias más primitivas movilizadas por el ingresar a un grupo, las proyecciones idealizadas realizadas a la institución quedan como telón de fondo del espacio central que ocupa el aquí y ahora grupal, donde surgen los deseos de fusión y los posteriores procesos de discriminación. Los diseños terapéuticos que proponemos e investigamos se respaldan en el trabajo de la dinámica de las relaciones que se gestan dentro del propio equipo, lo que se constituye en el pilar que sostiene lo asistencial y la investigación. Cuando el grupo de trabajo es un continente para el/los terapeutas y los observadores, es capaz de receptor y metabolizar el despliegue de los procesos de proyección, identificación, identificación proyectiva, así como las necesidades de dependencia, de fusión y separación, de los pacientes (y de los propios terapeutas), ampliando las posibilidades de tolerar tales procesos por lo que dicho equipo se constituye en un recurso terapéutico en sí mismo. Esto es posible en la medida que éste pueda mirarse a sí mismo y de esa forma elaborar las fantasías que surgen como defensas frente al impacto de la locura, de la perturbación social, de la fantasía de muerte, de los cambios catastróficos, etc. A su vez permite que cada integrante pueda mirarse en relación a sus compañeros y al lugar que ocupa en el

equipo, a su modalidad de ser y estar en un grupo y cómo esto trasunta en su propia práctica psicoterapéutica. (Taborda, Toranzo, Sosa 2008)

Puede apreciarse entonces, que el enfoque psicoanalítico relacional comprende e implica diferentes contextos de la vida en grupo de los seres humanos, en una perspectiva que sustituye lo intrapsíquico por lo intersubjetivo e interpersonal que se manifiesta con todo su esplendor en los fenómenos transferenciales a los que tenemos acceso tanto en el diagnóstico como en la psicoterapia de grupo.

Referencias Bibliográficas

- Abadi, M.(1982) El Psicoanálisis y la otra realidad. Amorrortu editores. Buenos Aires
- Bion, W. (1992): Seminarios Clínico y cuatro textos. Ed. Lugar Buenos Aires.
- Bolognini, S. (2004) La empatía psicoanalítica. Ed. Lumen. Buenos Aires.
- Bustos, D. (1974) “Que es la psicoterapia psicodramática” Rev. Momento Bs As
- Fairbairn, W.R. (1966): Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires. Paidós
- Fonagy, P. (2001): Psicoanálisis, foco y aperturas. Psicolibro librerías.Uruguay
- Fontana, A. (1995) Las coordenadas espacio-temporales en el desarrollo, la enfermedad mental y la curación. Conferencia en el marco de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica UNSL.2002
- Fontana A. (1982): Sesión prolongada. Más allá de los 50 minutos. Ed Gedisa. Barcelona
- Fontana, A. y Col. (1965) Psicoanálisis y cambio. Edit. de La Flor. Buenos Aires
- Fontana, A. (1977): El tiempo y los grupos Editorial Vancu. Buenos Aires
- Gril S. (2001) Psicoanálisis, focos y aperturas. Psicolibros librería Uruguay.
- Gril,S. & Mergenthaler, E. (1998) :Psicoterapia e investigación empírica. Revista de Investigación 1(1), 29-35
- Guntrip,H.(1971): El self y en la teoría y la terapia psicoanalítica. Amorrortu. Buenos Aires
- Rosenfeld, H. (1987). Impasse e Interpretación. Madrid: Tecni-publicaciones, 1.
- Jiménez, J. P. (2000): El Método Clínico, Los Psicoanalistas y la Institución. Revista Aperturas N° 004. Internet On Line. Abril
- Jiménez, J. P. y Otros (2001): Psicoanálisis, Focos y Aperturas. Ed. Psicolibros. Uruguay.

- Jiménez, J. P (2005.) La investigación empírica apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible. 44 Congreso de IPA. Río de Janeiro. Pub.online
- Jiménez, J. P (2006): Validez y validación del método psicoanalítico. Revista Aperturas publicación on-line.
- Juri L. y Ferrari, L. (2009): Rivalidad edípica o cooperación intergeneracional. Del Edipo de Freud al Ulises de Kohut.Rev.Nº005. www.aperturas.org/revista
- Kohut, H. (1977): Análisis del Self. Amorrortu ediciones. Buenos Aires
- Kohut, H. (1980): La restauración del sí mismo. Paidós .Buenos Aires
- Kohut, H. (1984): ¿Cómo cura el análisis? Paidós. Buenos Aires
- Marrone, M. (1992) La teoría del apego y sus aplicaciones a la Psicoterapia Revista Argentina de Psiquiatría VERTEX, 3 (9)
- Mitchell,S.(1993): Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración. Siglo XXI editores.España
- Mitchell, S. & Black, M. (1986): Más allá de Freud. Un historia del pensamiento moderno.Herder
- Nemirovsky, C. (2007): Winnicot y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría .Buenos Aires. Gramma Ediciones
- Poch, J. y Avila Espada, A. (1998): Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica. Paidós. Buenos Aires
- Quiroga S. (2008) Adaptación del modelo de ciclos Terapéuticos (TCM) a una población Adolescente de alto riesgo psicosocial. Anu.investig. v.15 Ciudad Autónoma de Bs Aires ene./dic. 2008
- Resnik, S (1997) Un psicoanalista argentino en el mundo. www.topia.com.ar
- Riera, R. (2001). Transformaciones en mi práctica psicoanalítica (Un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del self). Aperturas Psicoanalíticas, vol. 8
- Rosenfeld, H A. (1998) Estados Psicóticos, Ed. Hormé. Buenos Aires
- Racker, H.: (1960) “Estudios sobre Técnica Psicoanalítica” ed.
- Samperisi, A. (*) Cursos, Conferencia o comunicación personal en el marco de la Formación de Posgrado y de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica
- Samperisi, A. (1977/1979.) Psicoterapia Psicodramática". Asociación Puntana de Psicoterapia. Duración 3 años.
- Samperisi, A. (1983)"Seminario de Formación de Psicoterapeutas con Orientación Dinámica". Instituto Médico de Psicoterapia.

- Samperisi, A. (1985) Estado actual de la Psicoterapia Dinámica". Universidad Nacional de San Luis
- Samperisi, A. (1991/1994.) "Psicoanálisis; Kernberg, Abadi, Bion". Seminario anual de Post-grado. Sociedad Puntana de Psicoterapia
- Samperisi, A. y Chattah L (1998) "Psicoanálisis III".
- Samperisi, A. (1998) "Teoría de las relaciones interpersonales. La obra de Fairbairn". Seminario de actualización SAPSI
- Samperisi, A. y Paz, R (1998)"Psicoterapia de Grupo y Psicodrama Psicoanalítico". Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica. Fac.Humanas U.N.S.L
- Samperisi A. (2000) "Intercambio de Programas de Asistencia Grupal". Jornadas organizadas por C.I.S .U.N.S.L
- Samperisi A. (2001): La Teoría relacional" Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica. Fac. Ciencias Humanas U.N.S.L.
- Samperisi, A. (1996):Un enfoque de la psicoterapia psicoanalítica, XII Congreso Argentino de Psiquiatría. San Miguel de Tucumán.
- Samperisi, A., Toranzo, E. y Taborda, A. (1998) Psicoterapia psicoanalítica. Rev. Idea de la Facultad de Ciencias Humanas, Año IV, Nº 7, Pág. 61.
- Samperisi, A., Toranzo, E. y Taborda, A. (1994): Tratamiento psicoterapéutico de pacientes psicóticos sin internación. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. IV, Pág. 289. 1993-
- Sánchez Meca D. (1984): Martin Buber. Ed. Herder Barcelona.
- Scholten, H. (2008): Los usos de los alucinógenos en psicoterapia (Arg., 1955/1965)http://encuentro.historiapsi.com/resumenes/scholte_alucinogenos_psicoterapia_argentina.htm
- Taborda, A., Toranzo, E; Sosa G, (2008): La investigación en psicoterapia de grupos . Memorias UBA
- Taborda, A., Toranzo, E (2016) Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres. Nueva Editorial Universitaria .San Luis. Argentina.
- Thöma, H. y Kachele, H. (1989): Teoría y práctica del Psicoanálisis. Tomo II. Pág 1 a 19 y 47 a 71. Herder J. A. Editorial Barcelona

Toranzo, E. (2004) “Psicoanálisis, Investigación y Salud Mental” Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, Sociedad y Cultura. Facultad de Psicología. UBA. SIN 1667-6750. Pág. 87.Argentina

Toranzo, E. (2011): Extensiones Clínicas en al ámbito de la Psicología Educacional Comp. Taborda y Leoz.Cap.27 pág.391.Nueva Editorial Universitaria .San Luis. Argentina

Winnicott, D. (1986): El niño y el mundo externo. Ed. Hormé Buenos Aires.

Winnicott, D. (1990): La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires. Ed. Paidós

Winnicott, D. (1993): Conversando con los padres. Bs. As. Paidós

Winnicott, D. (1989): Los bebés y sus madres. Bs As. Ed. Paidós.

UN ENFOQUE DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO

Elena Toranzo

Para dar un giro marcado, la cuestión sería de desafiar la división metafísica entre realidad interna-externa y partir de la base que el campo interpersonal es primario, lo que llevaría a caracterizar la naturaleza humana como esencialmente interpersonal. Desde allí repensar los fenómenos de grupo, tal como nos lo han propuesto en la concepción de Foulkes y Moreno cuando criticaron la forma reduccionista del psicoanálisis que asume al individuo como unidad elemental, siendo esto para ambos una “abstracción artificial”.

Elena Toranzo (2012)

Grupo y cambios de paradigmas

Para ir más allá del consultorio individual fue necesario sortear resistencias provenientes de la formación psicoanalítica misma. Su desarrollo implicó una ruptura paradigmática que no fue fácil de asimilar, en la medida en que no se podían transpolar los conceptos del psicoanálisis clásico. Era necesario dejar atrás el modelo cartesiano explicativo de la ontogénesis de la mente humana, en pos de posicionarnos en un plano donde sujeto y objeto se construyen mutuamente. En otras palabras, dejar atrás toda tentación solipsista que podría sintetizarse como “*solamente yo existo*”. Es decir, la creencia metafísica de que lo único de lo que se puede estar seguro es de la existencia de “*la propia mente*”. Entonces, la realidad que aparentemente la rodea es incognoscible y son solo partes de los estados mentales del yo, en los que los objetos, las personas que se experimentan serían esencialmente emanaciones de la mente individual. Si bien esta concepción abrió las puertas, nada más ni nada menos a la existencia del mundo interno, mostró limitaciones, en tanto y cuanto, este mundo interno se torna insular, cerrado, dividido, “*un mundo dentro de sí mismo*”. Ya Freud al crear la teoría del inconsciente, de la complejidad de la estructuración psíquica y las series complementarias, fue más allá, dándose así un lugar en la reconocida revolución copernicana.

En coexistencia y continuidad con Freud, paulatinamente van adquiriendo relevancia los movimientos filosóficos y psicoanalíticos que ubican la dimensión relacional como epicentro de la organización psíquica. Se avecina un escabroso pasaje de lo individual a lo grupal o, más precisamente, “*de la mente aislada o individuo aislado*”, “*al ser con otros o la intersubjetividad*” y, nuevos paradigmas paulatinamente se instalan en el convulsionado movimiento psicoanalítico. El giro implica un decaer de la teoría instintivista de la mente para poner todo el peso en la constitución relacional-grupal del psiquismo, tal como lo han mostrado -luego de que Klein introdujera el concepto de relación de objeto- desde distintas ópticas: Winnicott (la unidad no es el individuo sino el individuo-ambiente). Balint (los primeros objetos son necesarios como el aire para respirar y vivir). Fairbairn (la libido busca objetos no la descarga). Guntrip (la teoría instintivista es incompatible con la teoría de las relaciones de objeto). Entre otros aportes relevantes. Significativamente Bowlby utiliza las palabras apego, nudos o ataduras que refieren a grupo y designan una pulsión primaria previa a la oral, destinada a mantener una distancia óptima con la madre para que sea accesible. Esta pulsión también se expresa en la necesidad de contacto con los pares y el grupo como sustituto materno. Posteriormente, surgen los aportes de Kohut (el acercamiento íntimo que permite al self la comprensión, se logra mediante la empatía). Malher (su modelo del desarrollo de una necesaria fase de simbiosis normal previa al proceso de separación individuación o segundo nacimiento del infante humano). Bleichmar (la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros. Las múltiples combinaciones conscientes e inconscientes de la experiencia vivida constituyentes del psiquismo, trascienden la primera infancia, porque los encuentros con otros, en el transcurrir vital, tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones y cambios inter, intra y transubjetivos).

Podemos considerar que en este contexto, tienen lugar los aportes de quienes incursionaron, empujados por la segunda guerra mundial, en el campo de los grupos. Entre ellos, citaremos Moreno en EEUU, Foulkes y Bion en Europa, quienes nos legaron el cuerpo teórico y técnico, siempre vigentes, para los abordajes grupales. Torrás de Béa (1996) retoma los aportes de estos últimos para aplicarlo a la especificidad del campo de los grupos terapéuticos de padres e hijos, temática sobre la que volveremos mas adelante.

Moreno (1959), fundador del Psicodrama, la Sociometría es uno de los pioneros de la Psicoterapia Grupal, se opone al predominante individualismo del psicoanálisis de su época. Centraliza el desarrollo en el encuentro con el otro y pone en relieve la naturaleza humana grupal, el hombre en acción en su medio natural, en su cultura. En palabras de Pundik (1965) “*Moreno hace incorporar al individuo del diván para invitarlo al escenario del encuentro*”. Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de representación-acción. Reúne dentro de si una rica y profunda *teoría de los roles*, concebida como una pequeña unidad cultural que aparece antes del Yo y del lenguaje, donde asumir el rol encierra y

enferma, en cambio desempeñarlos libera. Brinda una visión de la *espontaneidad*, como un aspecto necesario para la salud mental que no es hereditario ni estrictamente ambiental y que no puede ser descripto por fuera del acto espontáneo mismo. Es así que trasciende la capacidad para responder a una situación nueva y/o de dar una nueva respuesta a una situación vieja. Enriquece la tradicional *teoría de la catarsis* para ir más allá del efecto por excelencia de liberarse “*en un alivio que calma*”. No es la catarsis de Aristóteles ni la de Freud. Es la catarsis de sujetos plenamente concientes, no es por hipnosis o sugestión, es más que la Identificación Proyectiva con personas e implica el retorno a la matriz de identidad primitiva, concepto plenamente rescatado por las teorías psicoanalíticas relacionales en la actualidad. Al decir de Moreno, el hombre se desarrolla en sucesivas matrices que lo contienen: de la matriz cósmica pasa a la genética, la familiar y la social para retornar a la cósmica. Cada una con sus redes vinculares, energéticas, corporales, afectivas o intelectuales da al hombre el continente necesario para el desarrollo de sus roles y sus acciones. La matriz grupal es una red vincular que se establece con la finalidad de contener unos u otros roles en acción. Así la matriz familiar, grupo primario, es dónde se estructuran los roles originarios de un individuo. La matriz social está constituida por múltiples matrices grupales –desde la familiar hasta las institucionales mediatas o inmediatas, que responden a necesidades individuales, de pequeños grupos, de una sociedad o de una cultura. Cada matriz social está en relación directa con: su habitat, su historia, particular, su estructura cultural y sus propias relaciones con otras matrices sociales (Zuretti M. 2010)

En un encuentro conceptual con Moreno, pero desde la vertiente de la aplicación del psicoanálisis a los grupos, Foulkes (1972) señala “*Nosotros no podemos hacer una diferenciación aguda convencional entre el adentro y el afuera o entre fantasía o realidad. Lo que está adentro siempre está afuera, lo que está fuera esta dentro también*”. Así, propone un espacio interpersonal primario desde donde pensar los procesos relacionales y de comunicación constitutivo del psiquismo, abierto a la experiencia con otros a lo largo del transcurrir vital. El autor, conceptualiza al grupo como un “todo social”, mayor que la suma de sus partes traducido técnicamente en su visión grupoanalítica y de la Comunidad Terapéutica. El modelo foulkiano se basa en el paradigma biológico-organísmico de la escuela de Frankfurt; es un sistema abierto, holístico, gestáltico. Se define en términos de la información significativa que recibe de las fuerzas psicológicas sociales, en la cual el eje es la *comunicación* y el grupo opera como un instrumento positivo de cambio en la *matriz de interacción*. Según su visión la ventaja del grupo analítico sobre el psicoanálisis individual, es que en el primero la situación terapéutica no se limita al aspecto de la transferencia, sino que además permite la confrontación dinámica en sus relaciones actuales. De esta manera, al incluir lo no transferencial, el modelo sistémico se convierte en uno altamente relacional. En este sentido el grupo no es regresivo y funciona en el permanente “aquí y ahora” de la comunicación donde radica su potencial terapéutico.

Desde otro lugar, con puntos de coincidencia y divergencia con este paradigma, Bion (1970) enriquece esta visión comprensiva de la naturaleza humana, a partir de priorizar la experiencia emocional y su transformación en pensamiento en el seno de

una relación continente-contenido. La emoción es el centro del significado y la mente se desarrolla alimentada por la verdad, en el contexto de las relaciones íntimas. Desde este posicionamiento, aportó a la teoría y técnica psicoanalítica; a la psicopatología; al desarrollo, el crecimiento mental y creó una conceptualización de los grupos en la que se articula equilibradamente las interinfluencias entre mundo interno con realidad externa, temática que nunca abandonó. El interés de Bion por los grupos está presente en distintos lugares de su obra, mostrando tanto una fecundidad continuada como la eficacia de sus teorías. Motiva fuertemente a los expertos en este campo, que van desde la psicoterapia a su aplicación en la comprensión de la vida organizacional con sus conflictos, el cambio institucional y social. Resulta de gran valor su caracterización de los supuestos básicos en términos diádicos, que surgen en la experiencia post-natal como reacciones defensivas frente a las fantasías inconscientes y ansiedades psicóticas relacionadas con la escena primaria. Sus conceptualizaciones sobre la innata tendencia a la grupalidad, como aspectos proto-mentales, ligados a los instintos de supervivencia, guían la comprensión de los procesos de fusión-separación, de algún modo equivalentes a la necesidad de apego y separación, consignada por Bowlby. Por su parte, Parthenope Bion Tálamo (1998) muestra cómo los estudios de Bion sobre la universal lucha entre la homogeneización y la diferenciación que caracteriza a los procesos grupales, tienen el mismo estatuto que el descubrimiento de la transferencia de Freud y de los trabajos de análisis de niños de Klein.

En la breve reseña realizada podrá intuirse tanto la influencia de las determinaciones que resultan del conjunto de las ciencias humanas como la evolución de la psicología en la ponderación de las relaciones interpersonales al interior de las teorías psicoanalíticas. Es allí que la concepción grupal de la mente y de un psicoanálisis relacional extiende el horizonte para dar por tierra disociaciones o separaciones que responden quizá más a cuestiones ideológicas y/o de poder que han determinado la transmisión psicoanalítica.

Aunque más profundamente, esta complejidad en la que está inmerso el Psicoanálisis y la Psicoterapia de Grupo, esencialmente tiene que ver tanto con la necesidad de la psicología de acercar la mente al cuerpo y a lo social, como con la dificultad para concebir la naturaleza humana de un modo más integrado, alejado del modelo cartesiano con el que por años se produjo ciencia. En síntesis, se podría decir que el problema consistiría en ir evolucionando del *“pienso luego existo”* de Descartes por el *“siento luego existo”* de Abadi (1992) para advenir en *“me relaciono luego existo”* del psicoanálisis objetal-relacional.

Breve cotejo y confluencias en la teoría y la técnica de grupo

Un punto de coincidencia central entre los autores citados es *“reconocer que las dificultades técnicas que presentaba la terapia de Grupo se solucionaban si se desprendían de los métodos individuales”* señalará taxativamente Moreno (1959, Pág. 14)

En este sentido, para Foulkes (op.cit) lo central es la matriz y trama de comunicación que se gesta en el grupo -“*grupo gestalt*”- que influye e impregna a sus miembros, constituyéndose en el medio, por excelencia, productor de cambios. Bion, por su parte, desarrolla una vasta una teoría del funcionamiento de grupo, a pesar de ello, en la técnica aún se conservan vestigios de la relación transferencial asimétrica paciente-terapeuta, proveniente del modelo individual. El acento recae en la función del analista respecto del grupo y todo lo que acontece en este es interpretado en relación al terapeuta.

En consecuencia, cabe subrayar que la *transferencia* no se encuentra en el mismo lugar en estos modelos. En este punto, Foulkes se acerca más a Moreno, porque el eje es el encuentro con el otro, en una relación de simetría, en donde el compartir la experiencia emocional es lo que verdaderamente cura.

A pesar de ello, la postura de Moreno, es aún más taxativa, por cuanto elimina toda posibilidad de que el terapeuta sea consciente de los procesos transferenciales, dado que participa con su persona toda en el encuentro psicoterapéutico.

Bion y Foulkes coinciden en reconocer cómo el grupo puede contener, recibir, integrar y ayudar a transformar el funcionamiento de cada uno de los miembros: Foulkes mediante el desarrollo de la matriz y Bion en tanto el grupo se constituye en el continente de la infancia. Este último, en su teoría nos muestra como en el grupo existen dos actividades. La primera es racional y consciente; depende de la voluntad de los miembros y de la cooperación entre ellos para la realización de la tarea, denominada Grupo de trabajo (GT). La segunda actividad es irracional e inconsciente, emocionalmente intensa, se origina en forma instantánea e involuntaria, a la que designa Grupo de Supuesto Básico (GSB). Estas dos actividades fluctuantes se contraponen, y más bien la segunda entorpece la primera y están siempre presentes en los movimientos progresivos y regresivos, inmersos en los procesos de construcción-desconstrucción de un grupo. Bion considera a los SB como formaciones secundarias de una escena primaria muy primitiva, elaborada a nivel de los objetos parciales, asociadas con ansiedades psicóticas, en las que están presentes los mecanismos de escisión, introyección e identificación proyectivas.

Por su parte, Foulkes reveló que la teoría del objeto interno presenta limitaciones, por lo que propone comprender el psiquismo a la luz de los procesos inconscientes dinámicamente interactuantes en la comunicación con los otros. A partir de este modelo se busca intervenir en la matriz de interacción teniendo siempre presente cómo el grupo influye en el individuo y viceversa, será la comunicación y solo ella lo que le otorgará significado. La matriz se construye a partir de todos los significados en evolución permanente y conforma un sustrato que impregna a todos y cada uno de los participantes de la experiencia. Por lo tanto, toda intervención dirigida a un sujeto influye y afecta a los demás integrantes del grupo, lo prioritario indudablemente es la

comunicación. Según el autor, el trabajo dirigido a la comunicación es paralelo al proceso de análisis. Así, deja claramente sentado que no es un psicoanálisis de individuos en grupo, ni tampoco el tratamiento de un grupo por un psicoanalista. Por el contrario, se trata de una forma de psicoterapia por el grupo y del grupo que incluye a su conductor, de ahí el nombre de psicoterapia grupo-analítica. Foulkes lo define como un método tanto de investigación como de psicoterapia para pequeños grupos y de estudio más amplios del comportamiento humano en sus aspectos sociales. En consecuencia, no es tan terminante como Bion en cuanto al funcionamiento unitario del grupo, le da siempre cabida a explorar las constantes interinfluencias dinámicas individuo-grupo.

Estas concepciones teóricas, que resumidamente hemos expuesto, tienen sus consecuencias en la técnica implementada. Al respecto Toranzo (2008), señala que el marco teórico de psicoterapia de grupo en el ámbito del psicoanálisis es particularmente amplio y discutido. Sin embargo, en términos generales en nuestro enfoque consideramos que se podrían destacar tres ejes fundamentales:

- a) El reconocimiento de los fenómenos inconscientes propios de un grupo, estudiados por Bion, quien describe su espontáneo movimiento, en base a los supuestos básicos. Ellos determinan una emocionalidad compartida, como defensa del grupo ante las amenazas de una regresión más profunda de fusión y pérdida de identidad. Una terapia grupal adecuadamente eficaz debe poder neutralizar el efecto de los mismos en busca de constituir el “grupo de trabajo”.
- b) La instrumentación que se realiza de los procesos transferenciales depende de las posibilidades emocionales del terapeuta, de los objetivos que se persiguen, de la capacidad de comprender la multiplicidad de los procesos que acontecen en el grupo y el marco teórico en el que se respalda. Foulkes realiza un inigualable aporte al poner sobre relieve la matriz de comunicación transaccional del grupo a la que denominó “resonancia”. Inmersos en ella los participantes se hacen interpretaciones inconscientes entre sí y con el terapeuta, el cual debe ser sensible, comprensivo y estar preparado para interpretar cuando sea oportuno. Junto con Moreno enfatizan la comunicación y el encuentro como base de la cura.
- c) El encuadre temporal de un año de duración que implementamos, nos remite al problema del tiempo límite, como una variable de incidencia en el proceso y en la técnica grupal a implementar. Este tema complejo y controversial, se sintetizaría en el logro de una actitud ante el tratamiento “sin tiempo”; en el sentido de operar en la situación “*como si fuera la primera y última vez que nos vemos con el paciente*”. Esta actitud permitiría un estado mental de los que describe Bion “*sin recuerdos ni deseos*” en la búsqueda de un

conocimiento genuino alejado de la intelectualización, y que permita cambios. De allí que el tiempo como factor externo no debería ser necesariamente tomado como proceso.

Un encuentro con Torras de Beà: Psicoterapia de grupos de padres e hijos

La autora, nuestra principal mentora - que en nuestra opinión se encuentra situada en su modalidad de comprender lo grupos, en una posición intermedia entre Bion y Foulkes- describe con precisión el encuadre, los fenómenos específicos que acontecen en el funcionamiento de los grupos paralelos y sus potencialidades terapéuticas. En relación a esta temática nos dice:

“Con los grupos terapéuticos como con otras modalidades terapéuticas de base relacional, buscamos mejorar la comunicación. Los grupos de hecho son una experiencia social de comunicación e interacción a través del intercambio verbal y de actividades, en las que los participantes pueden aprender a escucharse mutuamente. El objetivo es modificar las relaciones interpersonales regresivas, mejorar la capacidad de compartir y aprender uno del otro, y de esta forma desencallar y promover la evolución”.

Y continúa:

“Se ha dicho -y yo misma había pensado así- que el tratamiento en grupo se centra en la dinámica y estados emocionales que los participantes comparten y se ajusta menos que el tratamiento individual a la problemática de cada uno de sus miembros. La realidad es que el grupo, por sus características específicas que configuran una oferta cualitativa diferente, atiende a la problemática de cada miembro en forma distinta a como lo hace el abordaje individual”

Nuestro equipo de trabajo se abocó a adaptar e investigar esta modalidad de intervenciones con padres e hijos para instrumentarla en el tratamiento de las problemáticas clínicas subsumidas bajo el controvertido diagnóstico de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Motivo de consulta, que frecuentemente acompañan las derivaciones, proveniente del ámbito escolar, al Centro de Servicios de la Universidad Nacional de San Luis que brinda asistencia pública-gratuita a una población no-mutualizada de bajos recursos económicos.

En cuanto al setting, cabe recordar que estos grupos funcionan, cada uno con sus propios coordinadores, temporal e institucionalmente en forma simultánea, con una

frecuencia semanal de una hora treinta minutos y tienen un año de duración. La recomendación de psicoterapia grupal de padres, se concatena con disímiles indicaciones para el tratamiento del niño, según los criterios de indicación-contraindicación.

Ambos grupos terapéuticos se constituyen en soportes mutuos, dado que los miembros de la relación (padre-hijo) establecen una situación de complementariedad: si uno se modifica, influye en el otro a partir del interjuego de las identificaciones e identificaciones proyectivas. Consideramos que esta complementariedad potencia los efectos terapéuticos de la intervención.

De este modo, con este encuadre nos situamos en el centro mismo del desarrollo y abarcamos la asistencia en términos de:

- focalizar el tratamiento en las vivencias y funcionamiento psíquicos que surgen frente a la parentalidad. Abrir un espacio para contener la elaboración de problemáticas que emergen en la relación con sus hijos como producto de conflictos y/o carencias vividas por los padres en su infancia. En otras palabras, promover una transmisión generacional menos traumática.
- simultáneamente abocarnos a la atención de la conflictiva que presenta el niño, desentrañando cómo se fueron construyendo los síntomas en los entramados identificatorios de las relaciones intersubjetivas con sus padres y figuras significativas.

Intersubjetividad, transmisión, identificación proyectiva y parentalidad

Pilares conceptuales ineludibles de nuestro enfoque en los que se puede vislumbrar -a partir de las referencias realizadas en el capítulo anterior-, que la intersubjetividad implica premisas ontológicas diferentes y refieren un modelo de la existencia humana, incompatible con una teoría psicológica que comience con el individuo. Hasta ahora se ha presentado una insoslayable discordancia entre los que postulan un espacio privado individual y los que priorizan la dimensión intersubjetiva. Este concepto fue tratado por innumerables filósofos a lo largo de diferentes épocas, pero en este último tiempo adquiere primacía, y se la ubica como una condición básica de la existencia, que a su vez, convive en puja con la tendencia a la simplificación o liquidez de la sociedad actual, sobre aquella. Merleau Ponty, Heidegger, Brentano, Husserl podrían ser algunos de los representantes de la escuela fenomenológica que acuñan el término intersubjetividad, mientras que en nuestra disciplina lo hacen Storolow, Atwood y Ross (1978) y Nemirovsky (2007), entre otros.

En una primera aproximación muy genérica se habla de intersubjetividad primaria para referirse a las interacciones en las que está involucrado el bebé, para distinguirlas de aquellas secundarias en las que se tiene conciencia de ser un sujeto capaz de estar empáticamente en el mundo con otros, la segunda no ocurre sin la primera.

Intersubjetividad implica concebir un sujeto abierto a su historia, a su presente y a su futuro viviendo en la paradoja planteada por la ecuación repetición-novedad; por lo que la subjetividad se constituye en un devenir, no es solo repetición, reedición, señala Nemirovsky (2007).

Desde nuestra perspectiva, consideramos que la intersubjetividad en un grupo se da en un plano concreto, en el aquí y ahora, no en el “como si”, de allí su especial potencial terapéutico.

Enlazada conceptualmente, con esta visión, la *transmisión psíquica* remite prioritariamente a un aspecto inconsciente de las relaciones entre los humanos que lleva a encontrar una suerte de continuidad de una generación a otra. Esta compleja transmisión dependerá de los trayectos identificatorios, de los mecanismos de imitación y de las impregnaciones imprevistas en las cuales se conjugan ideales, imperativos superyoicos, mandatos sociales o valores signados por la pertenencia a diversos grupos. La misma se encuentra involucrada en la repetición y las ineludibles conjunciones de transformaciones-deformaciones imprevisibles. De allí que resulta complejo detectar los efectos de la transmisión a larga distancia de acontecimientos traumáticos vividos por uno o varios miembros de una familia. A pesar de ello, o más precisamente por ello, desde nuestra óptica, es necesario dilucidar de dónde proviene lo transmitido para una mejor evolución del conflicto relacional, implicado en el síntoma del niño. Kohut (1971) señala que las desavenencias entre los padres crean terribles miedos, pero peor es aún el sufrimiento que proviene de la sutil ausencia de éstos, de sus personalidades vacías o de sus encubiertas psicosis. La concepción del trauma tiene una perspectiva extensa en un enfoque relacional, ya que estos se originan en tempranas y fallidas interacciones de la diada madre-bebé y su entorno contenedor -que provocan discontinuidad en la línea de desarrollo dirá Winnicott o traumas acumulativos dirán otros-, que van más allá del tradicional trauma de la escena primaria.

Cuando se trata de acontecimientos traumáticos se produce un fenómeno similar a la “*transmisión radiactiva*”, señala Gampel (2006), mediante la cual se crean configuraciones de elementos dispersos. Allí la tarea terapéutica consistirá en realizar nuevos conjuntos más funcionales u operativos a la dinámica de la personalidad y de las relaciones con los hijos.

El abordaje multifocal implementado pretende, desde la instancia diagnóstica, estimular esta reorganización mediante la exploración del potencial traumático vigente en la conflictiva parental y transmisión transgeneracional, para continuar el trabajo de profundización en el curso del tratamiento de grupo, en pos de su elaboración.

Tanto la intersubjetividad como la transmisión transgeneracional, en su esencia, se valen de la *identificación proyectiva* como fenómeno psíquico para su expresión o manifestación. Su importancia, reconocida por diversas corrientes psicoanalíticas, radica en que es necesaria, en sus aspectos sanos y enfermos, para la formación de Objetos internos. Se trata de un rico y complejo proceso mental mediante el cual el sí mismo experimenta la fantasía inconsciente de colocarse o colocar aspectos propios en un objeto con fines de indagación o defensa, señala Grotstein (1981). Opera de manera concomitante a los fenómenos esquizoides, en el sentido que la escisión hace a la diferenciación dentro y fuera del psiquismo, mientras que en oposición, la identificación proyectiva, es necesaria para la generalización que promueve la reunión de distintos contenidos. Es un mecanismo específicamente relacional, necesita de un objeto continente, es decir, nunca opera en el vacío y está estrechamente vinculado a la dos ansiedades básicas con las que lidia el ser humano: temor a quedar perdido en la separación versus temor a quedar atrapado. Toda tarea analítica implica en palabras de Paz (2012) “*conocer la vida secreta de la identificaciones proyectivas*”.

Otra temática involucrada en el abordaje propuesto es la *parentalidad* en sus diversas modalidades (monoparentalidad, parentalidad adoptiva, abuelo parentalidad, pluriparentalidad u homo parentalidad) que refieren a la condición de padre/madre, así como al desempeño del rol que implica, como un concepto entre tantos. La parentalidad es un proceso de desarrollo vital que comienza aún antes del embarazo, con las expectativas previas de la madre y/o del padre futuros, los procesos dinámicos actuantes en esta - quizá la más universal de las condiciones humanas- lleva a incorporar como premisa la reciprocidad del dar y el tomar en todos los niveles de las relaciones interpersonales.

Avanzados e innumerables investigaciones de distintas líneas teóricas, y campos disciplinares (antropología, sociología, políticas sociales) en las que se destacan los estudios sobre el apego, han descriptos diversas modalidades de cuidados parentales que se extienden desde los reforzamientos coercitivos y castigos excesivamente duros a actitudes positivas y activas que actúan como factor de protección. Si bien las diferentes investigaciones no han podido determinar el peso psicopatológico de estos factores, ni han logrado una metodología consensuada para su estudio, reconocen la necesidad de desarrollar nuevos modelos psicoterapéuticos en un abordaje como el que aquí proponemos.

Intersubjetividad, transmisión, identificación proyectiva y parentalidad cuatro complejos fenómenos psicológicos brevemente descriptos, dan cuenta de que es necesario ir más allá de la tendencia a limitar el alcance del término “relacional” a la dimensión bipersonal para incluir la complejidad de lo interpersonal, el mundo natural, cultural, por lo tanto grupal, en la constitución subjetiva.

Las intervenciones de grupo propuestas, a través del intercambio verbal emocional empático entre los participantes, buscan promover la paulatina separación del pasado conjuntamente con el reconocimiento de los demás. Precisamente de la empatía entre los integrantes del grupo, incluido el terapeuta, surgen complejos

procesos de identificación, en los que se reproducen los necesarios pasajes de fusión-separación. Ese espacio de intercambio, signado por el descubrir las “*coincidencias*”, aquello compartido, “ilusoriamente igual”, semejante entre dos o más personas, paulatinamente proveerá el primordial sentimiento de compañía. Intercambios en la que nacen vivencias relacionales de comunicación que disminuyen el aislamiento ligado a vivencias de “anormalidad” y con ello facilita la elaboración de los sentimientos de soledad y culpa. Ese lugar común que aproxima, acompaña y constituye el sustrato necesario para la diferenciación personal.

Agruparse significa un verdadero intercambio, como un compuesto químico que, al conjugarse con otro, tiene una reacción en la que el nuevo compuesto es irreversiblemente diferente al anterior, es decir el sujeto tiene una nueva experiencia de modificación. (Fontana 1971) Esta situación en la que somos modificados desde el nacimiento por el continuo intercambio con los otros, refiere al periodo de simbiosis normal y se reproduce en el grupo, en diferentes grados. Sin embargo, por la intensidad de la emocionalidad en el seno del grupo se suelen generar temores de fusión que conllevan a la estructuración de defensas para regular dichos intercambios y procesos de identificación. De este modo, con distancias y acercamientos, las identificaciones constitutivas del lugar común, participan en los procesos de deconstrucción y reconstrucción de la identidad.

En la conjunción de nuestra experiencia asistencial con la investigación clínica y empírica, hemos corroborado que los grupos terapéuticos, se abocan especialmente a la construcción de este espacio común al que se puede retornar como refugio ante movimientos progresivos y/o intensas movilizaciones. El grupo se constituye como un continente que da lugar al despliegue -con sus propias cualidades en niños y adultos- de los elementos primordiales constitutivos del psiquismo, que acompañan el proceso de separación.

Por la relevancia que le otorgamos al fenómeno de fusión-diferenciación, al que nos estamos refiriendo, nos detenemos para ejemplificarlo. Un *grupo de cuatro niños*, en el primer periodo de tratamiento, comenzaban sus sesiones con un juego de naipes que denominaron “chanco va” (armaban un mazo con dieciséis cartas del uno al cuatro, en sus diferentes palos). Cada integrante recibía cuatro cartas que tenían que intercambiar con sus compañeros hasta conseguir -frecuentemente todos a la vez- las cuatro iguales) A través de esta escena lúdica reiterativa, especialmente resguardada por reglas específicas, procuraban verificar qué estaba cada uno dispuesto a aportar, de qué necesitaba desprenderse para recibir del otro, qué tenía en común, qué de diferentes y cuál sería su patrimonio privado-diferenciado, representado por las reunión de las cuatro cartas iguales. En otras palabras, cada uno ha tenido que despojarse para recibir de los otros lo que se necesita y, de este modo, completar el juego-completarse. Esta actividad lúdica continuaba, con la división en parejas de varones y niñas, para a modo de espejo desarrollar juegos imitativos de diferentes gestos (sacar la lengua, correr con los dedos las ojeras hacia abajo, doblar las orejas) Luego de estos reaseguros y medición de parecidos y diferencias, resguardados por la presencia de los terapeutas que modulan el potencial agresivo, podían compartir verbal y lúdicamente algunas de sus preocupaciones, dividirse en

subgrupos para luego volver a reunirse. Una vez que el grupo se constituyó, estos juegos perdieron el carácter reiterativo y solo reaparecía cuando surgían nuevas movilizaciones.

En el *grupo paralelo de padres*, la temática reiterativa de diferenciación con la que se procuraba hacer un compás para recomponerse, luego de intenso intercambio grupal -con fuertes y por momentos adhesivas identificaciones en álgidas problemáticas- emergía a través de conversaciones en torno al lugar de pertenencia que tuvieron en la infancia: la ciudad, el campo, el país de donde provenían. Aludían a un espacio y tiempo “allá” en la medida que se construía en el “aquí-ahora”; en una suerte de revisión y recomposición de la identidad para poder continuar con el intercambio grupal. En el mismo sentido se perfilan los roles que cada madre va ocupando en el grupo, ya desde el inicio, aparece la figura de “la peor madre” para paulatinamente encontrarnos con “la madre perfecta”, surge “la madre desastre”, “la buena y tranquila” en interjuego con “la madre grupo” que se va construyendo, conteniendo y tolerando al conjunto.

Destacamos la importancia de que el terapeuta se conecte emocionalmente con estos procesos de identificación, acercamiento y retracción para dejarlos fluir a modo de un necesario vaivén del trabajo grupal.

En este sentido, los grupos paralelos ofrecen una amplia diversidad de imágenes que permiten trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma. Brinda un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede proveer nuevos aportes, y modelos vinculares que transforman las estructuras personales, estimulan la integración de nuevos puntos de vista y, -en la medida que se toleren las diferencias-, promueve la elaboración de identificaciones primitivas, que tallan la transmisión transgeneracional.

A nuestro entender, una de las fortalezas de las características exogámicas de este diseño terapéutico es el modo en que se cuida la relación asimétrica entre padres e hijos, al proveer dos espacios diferenciados (el grupo de padres y el grupo de hijo) y simultáneamente complementarios. De este modo, los estados regresivos y necesidades de dependencia infantil de los padres pueden ser estimulados, contenidos y trabajados sin interferir en la imagen de fortaleza que necesitan tener los hijos para poder crecer.

Asimismo, al compás de los procesos de identificación, el grupo -cual una composición musical- ofrece posibilidades específicas de expresión y de captación de la realidad interna que le son propias. Foulkes (1981) recurre a la palabra “resonancia” para explicar la comunicación y transacción en el grupo como un estado emocional que consideramos equivalente a la música en cuanto a su capacidad para mesmerizar, emocionar, excitar, apaciguar, es decir a su capacidad para transmitir emociones, estéticas, historias y culturas, señala el compositor y psicoanalista relacional Ghent (2002).

Es así que, al como señala Torras de Beà (1996), cuando el grupo funciona introspectivamente sus integrantes expresan con palabras o simbólicamente (juego,

dibujos) sus sentimientos y reacciones, de manera similar a como lo harían en un tratamiento individual. Pero cuando funciona en forma proyectiva los sentimientos, las relaciones de objeto, se externalizan, escenifican y actúan en el tejido de relaciones interpersonales, según la modalidad particular de relación objetal, en la que las rivalidades, celos, envidias, dependencias, seducción, sometimiento, tendencias sádicas, inhibiciones, etc. pueden ser observadas con tanta claridad y concreción que no deja lugar a dudas. Cada integrante tiene la posibilidad de conocer algo más de sí mismo y de los otros, a partir de las imágenes que, de diversas maneras, devuelven los compañeros y el terapeuta. Así, tienen la oportunidad de comprender cómo fue incorporando el mundo externo, qué partes conserva a modo de identificaciones adhesivas y la reorganización que se produce a partir del intercambio entre los integrantes del grupo, en esta nueva red vincular.

En otras palabras, el hecho de que todo suceda ante cada uno de los miembros y en presencia del terapeuta tiene un valor específico dada la fuerza que cobra el sentido de realidad que aporta el convalidar la propia percepción en combinación con la de los otros. En el compartir grupal, cada uno de los integrantes aporta elementos terapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto. Cada participante hace su propio proceso, evoluciona y mejora según el interjuego de sus capacidades con las que desarrolla en el grupo.

Referencias Bibliográfica

- Atwood G. y storolow R. (1992) “*Structures e intersubjetivity: Exploration in Psychoanalytic phenomenology.*” Hillsdale NJ: The Analytic Press
- Bion, W. (1972).” *Experiencias en Grupos*”. Buenos Aires. Paidós.
- Bleichmar, H. (1997) “*Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*”. Barcelona. Paidós
- Bowlby, J. (1952) “*Los cuidados maternos y la salud mental*”. Buenos Aires. Humanita
- Fontana, A. (1971) “*Psicoanálisis y Cambio*” Buenos Aires Ediciones de la Flor
- Foulkes, S. (1986)” *Psicoterapia de Grupo-Análisis. Métodos y principios*”. Gedisa
- Fairbairn, W.R. (1966). “*Estudio Psicoanalítico de la Personalida* ” .Buenos Aires. Paidós
- Gampel, Y. (2006). “*Esos padres que viven a través de mí. La violencia de estado y sus secuelas*”. Buenos Aires. Paidós.
- Ghent, E. (2002) “*Relations: Introduction to the First*” IARPP conference [Online electronic periodical]. Retrieved from <http://iarpp.net/resources/enews/enews1.pdf>
- Grotstein, J. (1986) “*La identificación proyectiva y escisión*”. Buenos Aires. Gedisa
- kohut (1971) . “*El análisis del self*”. Ed. Amorrortu .Buenos Aires

- Moreno, J. L (1959). *Psicoterapia y Psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis*". Ed. Fondo de cultura económica. México
- Menzies, E.P.I. (1974). "A Personal Review of Group Experiences" Comunicación presentada en Centre for Applied Social Research, Tavistock Institute of Human Relations. Londres.
- Merea, C. (1994). *"La extensión del psicoanálisis"*. Buenos Aires. Paidós.
- Nemirovsky C. (2007). *"Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis"* Grama Ediciones. Buenos Aires
- Paz, R. (2010). *"Cuestiones disputadas en la teoría y la clínica psicoanalítica"*. Ed Biebel
- Pundik (1965). *"Moreno: pensamiento y obra del creador de la Psicoterapia de Grupo, el Psicodrama y la sociometría"*. Edición del autor. Ed Garamond.SCA. Buenos Aires.
- Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., & Fontao, M. (2011). "Gruppenprozesse in einer fokaltherapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. *Gruppen Psychotherapie und Gruppendynamik.* (47) 38-52.
- Toranzo E y Otros (2008) *"Un abordaje relacional en un ámbito institucional Grupos psicoterapéuticos de padres e hijos"* Revista Electrónica Topia.
- Torras De Beà, E. (1996) *"Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica"*. Buenos Aires. Paidós
- Zuretti M. (2010) *Matriz, grupo e inserción sociométrica Psicodrama en la universidad II* / Mónica Zuretti [et. al.]; compilado por Cristina Elisa Moreira; dirigido por Mónica Zuretti. - 1a ed. - Buenos Aires: Criseli, 2010. Internet. ISBN 978-987-25753-0-4

DISPOSITIVOS GRUPALES DE AUTOGESTIÓN: SU VALOR EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EN LA SALUD MENTAL

Rubén Zukerfeld

1. Introducción

1.1 Vulnerabilidad y aspectos psicosociales en las enfermedades crónicas

En las condiciones sociales actuales es habitual que el problema de la enfermedad crónica se incluya en el campo de la salud mental independientemente de que el enfermo sea o no un “enfermo mental”. En realidad todas las categorías de la llamada psicósomática son parte de este campo y en general las perspectivas interdisciplinarias modernas incluyen siempre algún nivel de intervención psicológica en casi todas las enfermedades. Esta tendencia –que constituye la contracara de la medicina tecnológica– suele tener como referencia explícita o implícita, una concepción sobre la influencia psicosocial en la *vulnerabilidad* del sujeto y una jerarquización de la misma como base de su recuperación. Esta influencia puede ser estudiada teniendo en cuenta los sucesos vitales que pueden o no tener eficacia traumática, las características de la red vincular tanto en su valor de apoyo como de stress social y la calidad de vida del sujeto enfermo. Existen muchos estudios que ponen en evidencia en especial la influencia del aislamiento social como factor de riesgo y que demuestran el valor de la percepción de ayuda y apoyo emocional para la supervivencia y recuperación de la enfermedad.

Por otra parte el enfermo de patologías sin cura etiológica (v.g. hipertensión, diabetes, obesidad mórbida) pero con alto poder de control sobre las mismas a través de cambios de hábitos y estilo de vida, necesita del apoyo psicosocial para desarrollar recursos para su recuperación. También es conocido como en el mismo sentido han tenido un intenso desarrollo programas grupales en el ámbito de las adicciones y trastornos de la alimentación.

1.2 El problema del sufrimiento

En *El Malestar en la Cultura*, Freud señala tres fuentes de sufrimiento humano: el propio cuerpo, el mundo exterior y *las relaciones con otros seres humanos*. Obsérvese que en estas formas en las que se presenta la realidad externa al aparato psíquico se

ponen en juego dos tipos de problemas: a) en las tres fuentes citadas se imbrican fenómenos del orden de la naturaleza con otros del orden de la cultura. b) su subjetivación se da de distintas maneras según la cualidad y la magnitud de los fenómenos. Su eficacia traumática es variable y de acuerdo con Freud sería inversa a la posibilidad de significación. En otros términos, ciertas vicisitudes de aquellas fuentes se procesarían de acuerdo con el principio de placer- realidad y otras más allá del principio de placer.

Es importante tener en cuenta también otro par de cuestiones. Freud señala aquí el *sufrimiento* pero es necesario recordar que es de las mismas fuentes citadas que el sujeto obtiene satisfacción y reparación para aquel padecimiento. Los vínculos con el *otro* que puede ser “auxiliar, modelo, objeto y rival” son ligaduras libidinales que desde la noción de ambivalencia, ponen en evidencia la existencia del amor y también la del odio.

El psicoanálisis freudiano y especialmente las teorías de las relaciones objetales postfreudianas, han provocado uno de los cambios radicales y más controversiales en la clínica, la psicopatología y en general en la valoración de la conducta humana, a partir de establecer la diferencia entre un objeto externo y un objeto interno creado por introyección que se constituye en parte de una actividad fantasmática. Es sabido que para la constitución de objetos internos buenos o protectores es necesaria la existencia de objetos externos que garanticen un sostén mínimo, y que de acuerdo a las vicisitudes relacionales evolutivas se requerirá la presencia permanente del objeto externo o se podrá tolerar la dinámica de ausencias y presencias. La vivencia interior de protección que suele estar asociada a la autoestima es así el gran moderador del sufrimiento psíquico.

Este sufrimiento en relación a otros seres humanos es el que ha motivado abundantes consideraciones clínicas y teóricas sobre los modos de enfermar en determinados contextos macro y microculturales. Así es que teorías que estudian los vínculos inter y transobjetivos y la categoría misma de “familia disfuncional” dan cuenta del interés que tiene este campo. Asimismo el desarrollo de sistemas grupales y comunitarios para tratar crisis vitales y enfermedades crónicas, permite inferir la jerarquía que ha adquirido el concepto de *red vincular* en cualquier abordaje terapéutico: toda la actual crisis de los modelos de solidaridad social y su conexión con el incremento de determinadas patologías expresa claramente esta concepción. Así es que entendemos como red vincular (RV) a *la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de sostén y/o de stress de magnitudes variables*. El concepto de *apoyo* incluye tener tanto a quien recurrir como en quién pensar para sentirse reconfortado, apoyado o motivado; el concepto de *stress* incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes o confusos como la sensación de no tener a quién recurrir. Estas variables tienen en cuenta las relaciones que establece el sujeto en su ámbito familiar pasando por todos los distintos niveles de pertenencia intermedios, (barriales, laborales, etc.) hasta su pertenencia a determinada clase social. En términos

generales el estar integrado a su comunidad mejora su calidad de vida y lo ayuda a recuperarse más rápidamente de distintas manifestaciones sintomáticas. Por otra parte el aislamiento social –como vimos- suele ser considerado un factor de riesgo para las enfermedades. Además es conocido que las personas que padecen serias enfermedades requieren más apoyo y cuidado de su entorno, es decir que la misma enfermedad influye sobre su red vincular y puede recursivamente incrementar su vulnerabilidad.

La definición utilizada muestra - como puede apreciarse - la importancia del intercambio generador de apoyo o perturbación y la existencia de una trama intersubjetiva que ofrece también distintos modelos de identificación. Así es que donde se encuentra el sufrimiento se puede encontrar la ayuda y la reparación. La presencia o ausencia de RV y especialmente su característica (más “sostenedora” o más “estresante”) la consideramos de gran importancia para: a) la regulación de la autoestima y de la identidad, b) la elaboración de duelos, c) la constitución de valores y proyectos vitales, d) el afrontamiento de situaciones traumáticas.

Dentro de la RV pueden señalarse descriptivamente vínculos familiares (originarios y adquiridos) y extrafamiliares que corresponden a distintas pertenencias sociales e institucionales.

Aquí nos ocuparemos solamente de los dispositivos grupales con problemática semejante y modalidad autogestiva

2. Dispositivos grupales y autogestión

2.1 Introducción

Existe una larga historia acerca de las terapias grupales en la Argentina que implica la coexistencia de escuelas e instituciones diversas de gran predicamento en el campo de la salud mental. A mi modo de ver conviene destacar seis influencias y dos grandes tipos grupales:

- a) Psicoanálisis: desde los pioneros de las instituciones psicoanalíticas se propició la psicoterapia de grupo que hoy en día incluye numerosas modalidades de orientaciones diversas desde Bion a Kaes¹.

¹ Es imposible reseñar aquí la enorme producción teórico-clínica en la Argentina en este campo. Baste señalar los aportes clásicos de Grinberg, Langer y Rodrigué, los desarrollos sobre grupos de reflexión de Ferschtut y Dellarrosa, las concepciones sobre grupalidad de Pavlosky, Kesselman y Bauleo toda la creación del campo de las configuraciones vinculares a partir de ideas de Berenstein, Puget y Bernard y el psicoanálisis compartido de Stein. También en Brasil existe un importante movimiento de trabajo grupal en los que se destaca David Zimmerman que en su libro junto a L.C. Osorio *Como Trabajamos con Grupos, Artes Médicas, Porto Alegre, 1997*, realiza una notable recopilación de todas las formas de trabajo grupal entre las que destaco los artículos de Fiscmann sobre grupos operativos, Barros sobre grupos de autoayuda y Millo Filho sobre grupos con pacientes con enfermedad somática

- b) Psicodrama: desde las ideas de Moreno hasta las del llamado psicodrama psicoanalítico las técnicas dramáticas tienen un lugar importante en los abordajes grupales
- c) Grupos Operativos: las ideas de Pichón Rivière y sus seguidores fundadores de la psicología social constituyen otra influencia rica y vigente en el campo grupal.
- d) Grupos “vivenciales”: un sector heterogéneo que comprende los laboratorios, técnicas gestálticas, corporales y otras modalidades influidas por Perls.
- e) Grupos cognitivo-conductuales: suelen constituirse como programas inspirados en las ideas de Beck y de Ellis y se han desarrollado mucho en el campo del stress.
- f) Grupos de autogestión o ayuda mutua: modalidad en la que la fuente básica ha sido el trabajo de Alcohólicos Anónimos y que en sus orígenes no incluye intervención profesional.

Todas estas modalidades han constituido dispositivos propios, establecidos criterios de agrupabilidad y planteado líneas de investigación con aportes significativos para la salud mental. Por otra parte es posible clasificar a los grupos en dos tipos: *heterogéneos* y *homogéneos*. Los primeros se conforman con personas que se agrupan por mínima semejanza, es decir por la expectativa individual de obtener algún beneficio del grupo, pudiendo tener distintas problemáticas, patologías o condiciones vitales. Por lo general la mayor parte de los estudios y teorizaciones corresponden a este tipo de grupos coordinados por profesionales con formación psicoanalítica y/o psicodramática.

Los grupos llamados “homogéneos” son aquellos que se forman por máxima semejanza, que debiera ser su nombre, pues la homogeneidad no existe sino que distintas singularidades, además de la expectativa citada anteriormente, comparten la misma enfermedad, problemática o condición vital. La noción de grupo “homogéneo” se hizo sinónima de la de grupo de autoayuda (self-help) por el nacimiento de Alcohólicos Anónimos. Es importante hoy en día cambiar también esta última sinonimia: un grupo de semejanza máxima puede ser de autogestión absoluta, de autogestión relativa o guiada –con coordinación profesional- o no privilegiar la autogestión.

Entendemos como autogestión o ayuda mutua al conjunto de procedimientos que desarrollan los integrantes de un grupo con la finalidad de producir algún tipo de alivio y/o cambio en la mayoría de ellos mismos sin intervención profesional (autogestión absoluta o pura) o con una coordinación de un profesional que no padece la patología o la condición (autogestión relativa).

2.2 Principios generales

Los procedimientos grupales de *todas* las corrientes citadas han tenido una importante influencia en el campo de la psicósomática, adicciones, trastornos de la alimentación, patologías fronterizas. Pero en general la modalidad autogestiva es paradójicamente la de mayor desarrollo y la menos estudiada rigurosamente. En otra

parte (Zukerfeld, 1996) hemos planteado lo que entendemos como los tres principios en los que se basan estos grupos (semejanza, modelización y confrontación) y su relación con las nociones psicoanalíticas de identificación primaria, construcción del Ideal y percepción de la realidad.

Aquí desarrollaremos la relación entre aquellos principios y lo que Irving Yalom (1976) en sus importantes investigaciones plantea como “factores curativos” de los sistemas grupales, de tal manera que la semejanza, modelización y confrontación se convierten en principios para el logro de determinada eficacia terapéutica.

Estos factores son once y los agruparemos por su relación con el que entendemos principio general.

2.2.1 Principio de semejanza

Plantea la relación directamente proporcional entre *semejanza* de problemática y posibilidad de eficacia terapéutica y se basa en el desarrollo de identificaciones primarias. Es decir existe un valor terapéutico en lo que sería el pasaje del “a mí me pasa” al “a nosotros nos pasa”. Se cumple en la medida que se desarrollan allí los siguientes cinco factores:

- a) **Cohesión:** definida en un grupo como el equivalente al vínculo en la relación individual es algo así como la atracción que mantiene a los integrantes de un grupo como pertenecientes al mismo. Es una necesaria precondition que no debe confundirse con confort y que implica interés en mostrarse frente a otro y que otro se muestre frente a uno en un ambiente protegido. Sin mínima cohesión no existe funcionamiento grupal y la semejanza la favorece.
- b) **Universalidad:** es un patrón que se define como la sensación de compartir padecimientos y/o características con otros integrantes de un grupo en oposición al sentimiento de “particular”, “especial” o “secreto”.
- c) **Esperanza:** hemos mencionado en otra parte (Zukerfeld, 1996) que estos son dispositivos que funcionan a través de las tres “anzas” (semejanza, confianza, esperanza) y remarcado el valor terapéutico de ver que otros han cambiado o se han recuperado; la llamada “inoculación de esperanza” de Yalom.
- d) **Altruismo:** la posibilidad de ayudar a otro que ofrece un grupo tiene gran valor para la autoestima del que brinda aquella ayuda. Es un concepto que emparenta un valor ético como la solidaridad con un valor terapéutico e implica una posibilidad de resolución de la ambivalencia.
- e) **Imitación:** es un factor que genera controversias en la medida que su signo varía: se pueden imitar conductas saludables o patológicas pero no hay duda que el primer caso implica un primer ensayo en el desarrollo de los procesos de cambio.

Es importante no confundir un principio que se basa en la semejanza con la idea de aplastamiento de las diferencias o etiquetamiento. Este último es el resultado de *una*

distorsión donde se confunde semejanza con identidad. Aquí es conveniente recordar lo que señala Freud en 1921 cuando explica la constitución de la masa artificial en dos tiempos: *primero* los miembros de la masa proyectan su ideal sobre el líder y *luego* se identifican entre sí. Esta masificación es la consecuencia lógica de la idealización en el sentido de la presencia de un Yo Ideal. En cambio desde el punto de vista metapsicológico en el grupo de autogestión primero se produce la identificación con el otro y posteriormente se construye un Ideal del Yo que pasa a ser el modelo de la cura

2.2.2 Principio de Modelización

Plantea la relación directamente proporcional entre *claridad, explicitación y consenso a la propuesta terapéutica* -el modelo- y su eficacia. Como acabamos de señalar se basa en la posibilidad de construir Ideales desencarnados con posterioridad al encuentro con el semejante. Es decir que existe un valor terapéutico que se agrega al “nosotros” y pasa a ser “nosotros con este modelo que construimos”. Se cumple en la medida que se puedan desarrollar allí tres factores curativos de Yalom.

- a) **Información:** es importante el compartir nociones básicas acerca de la enfermedad, su proceso terapéutico y el funcionamiento mismo de un grupo. Muchas veces esta información se da por tradición oral, otros es formal y escrita y a veces es ad hoc pero debe ser clara y compartida: la incertidumbre sostenida es un factor ansiógeno que puede ser perturbador.
- b) **Resocialización:** todo modelo incluye la posibilidad que los integrantes de un grupo desarrollen capacidades inhibidas y/o registren las consecuencias de conductas inapropiadas o estereotipadas y realicen aprendizaje social.
- c) **Factor existencial:** casi todos los modelos que se desprenden del principio general procuran que se desarrolle en los integrantes de un grupo una visión global de la vida y la muerte y en especial la noción de responsabilidad. Este es un concepto clave en especial para patologías que se autoperpetúan a través de comportamientos y que implican niveles de decisión. Los modelos suelen incluir una ética propia y un estímulo para el desarrollo de proyectos.

2.2.3 Principio de confrontación

Se define como la relación entre las condiciones que da un grupo para poder *enfrentar realidades negadas e intentar transformarlas* y su eficacia terapéutica. Es decir que existe un valor terapéutico que completa lo citado en 2.2.2 pasando a ser : “nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta”. Incluye tres factores descriptos por Yalom que tienen que ver en general con movilizaciones emocionales de distinto nivel que ponen al Yo frente a la posibilidad de cambio, ellos son:

- a) **Catarsis:** este factor hay que comprenderlo como la posibilidad que brinda el grupo de expresar emociones fuertes manteniendo la cohesión. No implica descarga per se y habitualmente es un factor valorado por los integrantes del grupo aunque no esté necesariamente asociado a cambios comportamentales. Esta idea está implícita en (b)

- b) **Experiencia Emocional Correctiva:** Descrita por Alexander, es jerarquizar el cambio en relación con la expresión de emociones que corrijan experiencias anteriores del sujeto. Implica un testeo de la realidad actual para percibir la diferencia entre el presente temido en función del pasado traumático. El grupo actúa como un soporte y como un campo donde se realiza lo que sigue en (c)
- c) **Aprendizaje interpersonal:** Este es un concepto clave del psicoanálisis y de la psiquiatría a partir del cual a ésta se la adjetiva como “dinámica”. La noción ha sido descrita y desarrollada por Sullivan que define la psicoterapia como el estudio y tratamiento de los procesos que se dan entre las personas. Todas las teorías y técnicas grupales incluyen esta noción que implica trabajar sobre las distorsiones paratáxicas que también describió Sullivan. El intercambio con otros integrantes de un grupo es una fuente inagotable de aprendizaje de: las propias percepciones erróneas contaminadas de proyecciones variadas y los efectos que producen las distintas expresiones verbales y corporales de los integrantes.

3. Discusión: eficacia terapéutica y percepción de ayuda

3.1. Todas las definiciones sobre los principios plantean una relación directa con la eficacia de la dinámica grupal. Esta puede pensarse de distintas formas de acuerdo a la base teórica que se tenga y a los objetivos planteados. Obsérvese que la noción amplia de “aprendizaje” se encuentra incluida de diferentes maneras en los tres principios generales. En relación con la semejanza se encuentra la imitación de comportamientos saludables y en relación con la modelización la información y resocialización descriptos. Estos son niveles más intelectuales del grupo, distintos del aprendizaje interpersonal que es más emocional y típico de un grupo de buen funcionamiento.

Los principios generales y sus factores terapéuticos derivados se implementan a través de un amplio bagaje de técnicas que provienen de distintos esquemas referenciales y que solamente son compatibles en la medida que cumplan con aquellos principios. Es por eso que distintos terapeutas, líderes o coordinadores grupales de orígenes muy diferentes, profesionales y no profesionales, pueden realizar una buena práctica que llamarán psicoterapéutica, psicoeducacional, psicodramática, o de grupo operativo, clasificaciones importantes en última instancia más para los terapeutas que para los pacientes. Estos últimos sienten que hacen “un grupo “y que éste funciona o no, ayuda o no, cumple o no con sus objetivos. Yalom es el que justamente ha destacado que muchas veces los que los integrantes de un grupo han considerado “curativo” no es el mismo factor que los coordinadores valoran como tal. Esta observación vale también para los grupos de autogestión absoluta o “pura” donde el coordinador no es un profesional sino un usuario de la misma patología o condición que tiene el grupo.

Pero es también este tipo de grupo el que más controversias genera en el campo psi en general y en el de los terapeutas grupales en particular. Las críticas más habituales son:

- a) los grupos son procedimientos superficiales.
- b) favorecen el contagio de patología.
- c) cristalizan seudoidentidades.
- d) son sectas.
- e) generan dependencia.

Como se comprenderá la crítica de “superficialidad” es la más endeble de todas ya que generalmente parte de una subestimación de la dinámica interpersonal en comparación con un referente de “profundidad” que se atribuye al vínculo individual. Este es un tema hoy en día perimido que queda probablemente como resto de una concepción de la década del 60 donde el grupo era la alternativa “barata” para el paciente que no podía acceder al psicoanálisis individual por su costo.

Más serio es el problema del “contagio” y el de “seudoidentidad”. En ciertos grupos esto sucede en relación con aspectos del funcionamiento psíquico carenciado de sus integrantes, en la violación de principios elementales de admisión (v.g. psicópatas) y especialmente en el desconocimiento de los principios generales que mencionamos anteriormente.

¿Por qué? En relación con el contagio (v.g. el adicto a drogas suaves que imita al adicto a drogas “pesadas” del grupo) se debe pensar si se cumple el principio de semejanza y entenderlo como un problema grupal pero no como una característica: es riesgoso juntar a tabáquicos, alcohólicos y cocainómanos bajo el rubro de “grupo de adictos” y se se hace se debe ser consciente del principio general que no se tiene en cuenta.

La seudoidentidad es un fenómeno más complejo porque lo que a veces está en juego aquí es el horror frente a la falta de nombre de una sensación o estado. Muchos grupos ofrecen ese nombre y generan alivio (muchas veces al principio profundo rechazo) y este es un primer paso en el proceso: es conocida la presentación de sí mismos que hacen los integrantes de Alcohólicos Anónimos. Sucede que este primer paso -“soy alcohólico- adquiere a veces en otros grupos -“soy bulímica”- un sentido clausurante de cualquier reflexión sobre la singularidad; cuando esto sucede conviene revisar el principio general de confrontación, es decir pensar que realidad se está negando. Y cuando los grupos no hacen revisión de los principios generales y se cierran sobre sí mismos generan dependencias patológicas y se convierten en sectas. Esta deformación se da cuando el líder –profesional o no profesional- se convierte en la encarnación del Ideal y transforma al grupo en iglesia o ejército.

3.2. Todo sistema que pretenda ser terapéutico debe evaluar sus intervenciones periódicamente especialmente cuando estas pasan principalmente por el sutil y complejo

poder de la palabra. Esto implica que no basta con suponer –de acuerdo a la concepción personal- que se brinda ayuda, sino que se necesita constatar que el sujeto afectado la percibe. Esto plantea un problema teórico clínico bastante amplio porque en muchos casos la propia patología dificulta la percepción de ayuda o directamente la rechaza. De todos modos entiendo que es importante tener un panorama aproximado sobre como pensar la posibilidad del sujeto enfermo de obtener ayuda a través de un dispositivo grupal de autogestión. Pienso que la misma depende en definitiva de tres variables: la *patología* central de los integrantes, la estructura del *dispositivo* y la puesta en práctica de los *principios de funcionamiento* que describimos en 2.2

- a) Importancia de la *patología*: por lo general cuando la misma altera significativamente la calidad de vida del sujeto, este suele percibir más rápidamente la ayuda grupal que por su sola existencia mejora esa calidad deteriorada. También es evidente que los sujetos que padecen de patologías que tienen rechazo social o estigma, se sienten muy ayudados por poder compartir su problemática con semejantes. Además cuando la necesidad básica gira sobre cambios de comportamiento el valor de las terapias grupales percibida como de gran ayuda para sus integrantes.
- b) Importancia del *dispositivo*: en el mismo destacamos que la modalidad grupal y el liderazgo del coordinador influyen de distintas maneras en la percepción de ayuda por parte de sus integrantes. Aquí las características personales son decisivas dado que independientemente de la patología hay pacientes que se sienten ayudados por un líder carismático de modalidad activa mientras que otros valoran más el intercambio entre semejantes. Pero lo que es preciso señalar es la importancia del contexto donde se desarrolla el grupo que incluye el *setting* y en especial el problema del dinero. En este sentido y por definición los grandes grupos puros de autoayuda son gratuitos y los que se ofrecen en las instituciones públicas con o sin profesionales, también. Cuando el grupo constituye un servicio o prestación arancelada cambian las condiciones de contexto en la que hay que incluir la forma en la que él o los profesionales coordinadores son remunerados. Lo que aquí quiero enfatizar es que es obviamente distinta la percepción de ayuda del enfermo que requiere un servicio por el que paga, de aquel que se siente parte militante de un sistema de ayuda mutua sin fines de lucro.
- c) Importancia de los *principios generales*: en los últimos años nos ha interesado poner a prueba la vivencia personal que tienen pacientes y coordinadores de los grupos de los fenómenos de identificación, del valor de la propuesta y de la posibilidad de expresión e intercambio emocional. Esto es : existen pacientes que básicamente perciben la ayuda proviniendo de la semejanza, mientras que otros la atribuyen al modelo y/o a lo que incluimos en el principio de confrontación. Lo mismo suele darse con los coordinadores y a veces existen discrepancias en esa valoración de las que conviene ser consciente con la finalidad de mejorar el dispositivo y su funcionamiento.

En relación con el último problema planteado, en cualquier sistema grupal suelen hacerse periódicas evaluaciones sobre el funcionamiento y su eficacia. Suelen consistir en reflexiones entre integrantes y coordinadores con diversos matices en cuanto a sinceridad y a posibilidad de tomar distancia de la tarea realizada y evaluarla. Por otra parte cuando se quiere evaluar la eficacia del grupo se suelen administrar escalas para evaluar la evolución de determinadas dimensiones sintomáticas (vg. ansiedad, depresión) pero no el *funcionamiento en sí mismo*. En este último sentido hemos diseñado una escala, la Escala de Funcionamiento Grupal, *EFG-25*, que tiene esa finalidad y que utilizamos en distintas poblaciones de enfermos crónicos que participaban de grupos.

EFG-25 es una escala de funcionamiento grupal que evalúa la percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal de acuerdo a los principios generales de *semejanza, modelización y confrontación* y a los once factores curativos descritos por Yalom (1985)¹. Consiste en 25 frases aplicables a cualquier integrante mayor de 18 años de cualquier tipo de grupo. Produce un valor total de percepción subjetiva de ayuda y eficacia de 0 (inexistente) a 100 (máxima teórica) y valores parciales para cada principio general y los factores curativos asociados. Brinda datos basales de expectativas a ser comparados con el retest y datos de contrastación entre la percepción de terapeutas y pacientes. Permite evaluaciones cualitativas y ser utilizada inclusive como material de trabajo intragrupal.

Se construyó sobre una selección de las 25 frases de mayor ranking de un total de 60 de la investigación original de Yalom que conservan sus propiedades psicométricas y que fueron reagrupadas de acuerdo a los tres principios descritos. Se diseñaron dos versiones: para pacientes al cabo de al menos de seis meses de grupo y para los coordinadores. En el apéndice puede observarse el modelo para los participantes de grupos. Para los coordinadores se modifica la consigna y en lugar de preguntar “que fue lo que lo ayudó” se pregunta “que supone usted que brinda más ayuda en el grupo que usted coordina”.

4. Conclusiones

Los dispositivos grupales de modalidad autogestiva constituyen un poderoso recurso para la medicina en general y para el campo de la salud mental en particular. Es sabido que aún hoy en día existen dificultades de integración entre paradigmas médicos, psiquiátricos y psicoanalíticos con estos sistemas grupales. Desde la medicina general a veces se teme perder el poder médico tradicional sobre el paciente y desde la psiquiatría se puede pensar estos recursos como un paliativo peyorizado. Algo más compleja es la actitud de ciertos sectores dentro del hoy heterogéneo campo del psicoanálisis que comentamos en 2.1. En ese sentido es que ya desde fines de la década del 70 estamos estudiando con herramientas que provee la teoría psicoanalítica a los grupos de autogestión y de allí han surgido los principios teóricos desarrollados en 2.2. Creemos

que el debate debiera pasar por allí y no tanto por inferir de la *patología* de los grupos las características y funcionamiento de los mismos. Estas deformaciones e iatrogenias existen de igual modo que existen en el psicoanálisis, la psicoterapia individual y cualquier intervención médica.

Por otra parte hay que considerar también las dificultades de integración de algunos sectores de los grupos de autogestión que pueden estereotipar y descalificar al médico por inoperante, al psiquiatra por “pastillero” y al psicoanalista por intelectualizador. Además muchos de estos grupos no están interesados en la evaluación de su funcionamiento o resultados. Este ha sido el otro aspecto que hemos intentado presentar en este trabajo: introducir un modo de evaluación de funcionamiento para pacientes y coordinadores que sea comparable y que permita realizar modificaciones en el dispositivo grupal.

Finalmente creo que se desprenden de este trabajo al menos tres grandes cuestiones:

- a) la necesidad de integración de recursos que provienen de distintos orígenes que se evidencia –por ejemplo- cuando un coordinador moderno de grupos incluye un rol playing sin ser psicodramatista
- b) la necesidad de rigurosidad en la evaluación pensando en que es lo que más puede ayudar para disminuir sufrimiento y promover transformaciones de la realidad.
- c) la necesidad de jerarquizar los lazos sociales y redescubrir la solidaridad no solo como un valor ético sino también como recurso terapéutico imprescindible, en especial en contextos caracterizados por la exclusión social y la apología del individualismo.

Referencias Bibliográficas

- Yalom, I.** (1976) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York Basic Books, 1985.
- Zimmerman, D.** *Fundamentos Básicos das Grupoterapias Artes Médicas*, . Porto Alegre, 1993
- Zukerfeld, R.** (1996) *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica.*, Buenos Aires, Paidós.
- (1998) “Grupos com Portadores de Transtornos Alimentares”. En Zimerman, D. y Osorio, L. (comps) *Como Trabalhamos com Grupos*, Porto Alegre Artes Médicas.
- (1999) “Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión”. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, vol X, págs. 91–99

APÉNDICE

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO GRUPAL (EFG-25)*

Ud. leerá a continuación una serie de frases que describen los motivos por los que muchas personas sienten que un grupo las ayuda. Le pedimos que Ud. marque con un número de 0 a 4 aquello que Ud siente que lo ha ayudado el grupo utilizando la escala:

	0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho	4: Muchísimo	
1. Brindarse a otras personas.....						
2. Ayudar a otros y ser importante en sus vidas.....						
3. Pertener y ser aceptado por el grupo.....						
4. Mantener contacto íntimo con otra gente						
5. Contar cosas que les avergüenzan y ser aceptados						
6. Aprender que no son los únicos que sufren o tienen problemas.....						
7. Comprobar que se es tan valioso como otras personas.....						
8. Ver como otros resuelven sus cosas y así poder hacer lo mismo.....						
9. Ofrecerse Ud. como modelo de comportamientos.....						
10. Sentirse estimulado por los demás integrantes						
11. Entusiasmarse al ver que otros mejoran gracias al grupo.....						
12. Saber que otros han sido ayudados le da fuerzas						2.084
13. Desarrollar la capacidad de estar con gente con experiencia						
14. El grupo les da la oportunidad de aprender cómo comunicarse.....						
15. Las intervenciones o información que puede dar Ud.						
16. Las sugerencias o consejos del grupo.....						
17. Las sugerencias de un miembro en particular del grupo.....						.5
18. Aprender cómo expresar los sentimientos.....						
19. Ser capaz de decir lo que les molesta en lugar de guardárselo.....						
20. Aprender en el grupo que impresión se le causa a la gente.....						
21. Darse cuenta de si se comprometen con la gente auténticamente						
22. Escuchar lo que otros piensan honestamente de cada uno						
23. Descubrir y aceptar aspectos desconocidos de sí mismos.....						
24. Enfrentar los verdaderos problemas de la vida.....						
25. Aprender que uno es el responsable de hacer los cambios en su vida....						3.125

Total:

¿Existe algo que Ud. siente que lo ayudó mucho (3) o muchísimo (4) en el grupo y que no haya encontrado en las 25 frases? Escríbalo con el número 3 ó 4.

Total Cr.:Corr.

* © Zukerfeld, 1995. Modif. y adapt. Yalom 1985.

SEGUNDA PARTE

Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo en poblaciones diversas

CON LOS MÁS PEQUEÑOS¹
GRUPOS TERAPÉUTICOS EN LA PRIMERA
INFANCIA

Núria Beà y Eulàlia Torras

Los niños de edades entre 3 y 5 años, con *dificultades de relación, problemas evolutivos globales o retraso del habla que no se deben a dificultades intelectuales*, suelen beneficiarse de la experiencia de Grupo Terapéutico. Muchos de ellos presentan dificultades para relacionarse con los otros niños e integrarse en sus juegos, por lo que en la escuela suelen quedar aislados y sus experiencias y los estímulos que reciben quedan empobrecidos.

En la evolución de la mayoría solemos encontrar una acusada pobreza o incluso ausencia de diálogo y de comunicación con el entorno. El intercambio verbal con sus padres con frecuencia se limita a indicaciones y órdenes acerca de la conducta, comparten poco las experiencias emocionales y mantienen un gran desconocimiento mutuo. Algunos presentan rasgos autísticos. La experiencia de Grupos paralelos para los padres y el niño suele modificar este estado de cosas e impulsar la evolución.

A pesar de que las características de los niños que se benefician del Grupo forman un abanico amplio y diverso, no creemos adecuado incluir a niños con autismo de Kanner, ni a niños demasiado disociativos y actuadores ya que necesitan más contención de la que este tipo de Grupo puede ofrecer. En todo caso ellos necesitan Grupos específicos como los propuestos por Geneviève Haag (1987).

Como en todos los Grupos Terapéuticos, el objetivo es promover comunicación, pero aquí se empieza por tratar de conseguir hacer alguna actividad en común, que evidentemente también significa comunicación, aunque aquí a través de la conducta, a partir de la cual ir hacia el diálogo y el pensamiento verbal.

Características diferenciales de los grupos de primera infancia

Estos Grupos tienen características especiales debido a la edad de los niños, pero sobre todo por su momento evolutivo, a menudo estancado en la transición entre el período sensorio-motor y el pensamiento verbal (Piaget, 1965). En términos de Piaget entre el sensorio-motor y el simbólico.

¹ Este artículo forma parte del capítulo cuarto del libro Grupos Terapéuticos de la misma autora, publicado en Barcelona por la Editorial Octaedro, a quien agradecemos la gentileza de poder publicarlo en este espacio .

En el Grupo, poniendo las experiencias emocionales, sensoriales y motoras en palabras facilitamos la evolución hacia el pensamiento verbal. El niño va desarrollando asociaciones coherentes entre las experiencias y las palabras y así, las experiencias pueden ser pensadas, simbolizadas, cobran significado y se hacen progresivamente conscientes (Corominas, 1991).

La función central del terapeuta es tratar de *mantener el interés, la motivación y la atención focal* de los niños. En base a estas funciones, es también central ir poniendo en palabras lo que se hace y sucede en el Grupo, así como ir reconociendo y verbalizando las emociones, los sentimientos y las formas de relación que se van estableciendo entre los niños. Todo esto los ayuda a descubrir relaciones entre las experiencias, que van ganando en significado y constituyendo progresivamente un conocimiento estructurado.

A pesar de que una función del terapeuta es verbalizar las experiencias, es importante que no hable demasiado. Las palabras son muy importantes pero justamente por esto, a esta edad más que a otras, es necesario que sean esenciales todas, núcleo de la experiencia y que el terapeuta de ningún modo caiga en “ir hablando”, en prodigar “baños de palabras”. Cuando se habla demasiado el niño se queda con la música de fondo, pero fácilmente se le escapan los significados.

En cuanto a la edad, la edad evolutiva de los niños de 3 años recién cumplidos y la de los de 5 años, por ejemplo, es muy diferente. Por esta razón, del mayor al más pequeño de un Grupo Terapéutico debería haber como máximo un año o uno y medio de diferencia. De todos modos, en la práctica esto depende de las características de cada niño en concreto.

El encuadre viene dado sobre todo por el terapeuta. Con los niños pequeños con dificultades nos parece preferible que lleve el Grupo *un solo terapeuta*, ya que a esta edad las necesidades son intensas y la capacidad de tolerar o esperar poco regulada. En estas condiciones los niños compiten por absorber al terapeuta y si hay más de uno el Grupo fácilmente se escinde en subgrupos alrededor de cada uno de los adultos. Cuando hay un solo terapeuta, la rivalidad y el deseo de acapararlo por supuesto surgen también, pero esta escisión no se produce. En cuanto a este punto, hemos oído profesionales que creen que el problema de que el Grupo se escinda si es conducido por dos terapeutas debe resolverse en el Grupo mismo, como parte de la tarea de éste. Esta opinión nos parece, como mínimo, más bien optimista, basada solamente en la teoría ya que parte de la expectativa de que los niños sean más capaces de entender, simbolizar y elaborar de lo que por su misma edad y psicopatología permiten esperar. Generalmente hemos encontrado que quienes la formulan no han trabajado con este tipo de experiencia clínica. Con los mayores, en cambio, la presencia de dos --o más-- terapeutas puede tener ventajas.

Nuestros Grupos Terapéuticos de niños pequeños trabajan generalmente una vez por semana en sesiones de tres cuartos de hora a una hora de duración. Sólo excepcionalmente las sesiones son más largas, pero esta cuestión del tiempo es conveniente adecuarla al tipo de niños que van a formar cada Grupo y a la duración de las sesiones que se vea recomendable en cada caso.

El encuadre incluye también el espacio, que es conveniente que sea siempre el mismo, en nuestro caso un despacho, por así llamarlo “polivalente” del Servicio. Otros

centros tienen espacios específicos para Grupos o para tratamientos en general.

Nos parece preferible trabajar con un mobiliario mínimo para “evitar la dispersión. Por esta razón, además de los armarios y la mesa que pertenecen a la sala, dejamos en ella una silla para cada uno, o sea, el número de sillas correspondiente al número de niños y al terapeuta. Como la mesa se utiliza pocas veces, ésta y las sillas pueden de momento colocarse contra la pared para que quede el máximo espacio libre en el centro, donde el terapeuta y los niños realizarán las actividades, si conviene sentándose en el suelo. De todos modos, los muebles pueden servir para representar espacios específicos, como una casita, tren, túnel, garage, escuela, tienda, o como decorados para alguna representación. Si un Grupo es aficionado a dibujar, la mesa puede moverse a una posición conveniente.

En las salas donde realizamos nuestros Grupos se llevan a cabo también otras actividades: otros Grupos, primeras visitas, seguimientos y tratamientos individuales. En los armarios y cajones están los materiales que se necesitan para realizarlas, por tanto necesitamos tomar medidas especiales: recibir a los niños con los armarios cerrados y las llaves retiradas de la cerradura para evitar que la curiosidad o los descubrimientos nos dispersen, y según cómo, tener que empezar a detenerlos y a decir "NO" desde el comienzo. También para evitar la dispersión, cuando entran los niños a la sala el material y los juguetes que utiliza el Grupo no están a la vista, y el terapeuta saca lo necesario según la actividad que vayan a realizar.

Nuestra propuesta inicial suele ser: "venimos aquí para jugar todos juntos". Más tarde se puede ir matizando, pero dada la edad de los niños al comenzar el Grupo y que habitualmente los que atendemos en esta modalidad terapéutica son, al menos evolutivamente, más pequeños, en general no escucharían una frase más larga o menos concreta.

Encontramos que, como parte del encuadre y de la función de contención, es útil establecer una sistemática que vaya ayudando a tomar conciencia de quienes somos los que componemos el Grupo y a diferenciar esta actividad de las otras que realizan en la escuela, familia, etc.. Como puede observarse, contamos con dos tareas de diferenciación: la diferenciación del niño como persona separada, distinta de los demás, y la diferenciación ligada a las pertenencias, en este caso al Grupo.

Así, cuando entramos al espacio del Grupo los saludamos, y enseguida tratamos de que se fijen en los que han venido y en si falta alguien. Luego intentamos que recuerden si en la sesión anterior faltaba alguien y si es así, que le expliquen o le expliquemos entre todos lo que hicimos. Estas actividades, como recordar qué niños faltan, que significa tener presente lo que está ausente, es básica para los procesos de simbolización, ya que, como sabemos, se representa lo ausente. Por esta razón recordar los ausentes del día o del día anterior es un buen ejercicio para la evolución de las funciones psíquicas.

Si alguno de ellos espontáneamente explica alguna cosa personal, tratamos de hacerle un espacio y de que le escuchen y cuando todo esto, que va muy deprisa, ya no los mantiene interesados, sugerimos pensar juntos qué haremos hoy. Luego llevamos a cabo la actividad escogida con el material necesario.

Un ratito antes de que sea la hora les avisamos de que falta poco para terminar para que vayan haciéndose a la idea. Luego, cuando quedan algunos minutos, les proponemos recoger y nosotros mismos comenzamos a hacerlo, como forma de ayudarlos a tomar conciencia de que se termina el tiempo que teníamos y de que vamos a despedimos.

Antes de salir dedicamos un momento a pensar qué haremos el próximo día, como forma de tender puentes hacia la siguiente sesión. Todo esto va haciéndose sin rigidez. Observamos que aquí, situando en el futuro lo que hoy se decide hacer, también se están entrenando las funciones simbólicas.

Nos parece conveniente trabajar a partir de los intereses del Grupo, teniendo en cuenta a cada uno de sus miembros y dejar a los niños la iniciativa siempre que es posible. Sin embargo, a veces es necesario que seamos más directivos, por ejemplo que propongamos una actividad teniendo en cuenta las preferencias del Grupo y las actividades que motivan a estos niños. Se debe a que, por su misma edad y características, muy fácilmente dejan de atender, se dispersan, pierden el interés por sus propias propuestas o tratan de resolver los asuntos a golpes. Entonces, antes de que el Grupo se des-madre, es útil proponer una actividad de las que les resultan atractivas para volver a captar la atención y conseguir hacer algo juntos.

Dentro del Grupo ayudamos a los niños a relacionarse entre ellos y a proponer iniciativas. Las únicas limitaciones que ponemos son a hacerse o a hacernos daño y a destrozar el material o la sala.

Es tarea del terapeuta tratar de que todos los niños participen, de que todos tengan espacio y tiempo. Esto hace que tengamos que estar especialmente atentos a los niños más silenciosos y a los que tienden a aislarse, para contar con ellos y atenderlos. Son niños que fácilmente van auto-excluyéndose, pero cuando el terapeuta tiene presente mantenerlos integrados, también los otros niños tienen más tendencia a contar con ellos.

Las actividades que pueden hacerse son múltiples: imitar y adivinar animales; jugar con los juguetes del Grupo; representar cuentos, dibujo y actividades de lápiz y papel; jugar a pelota o a juegos como "pica-pared", "sillas musicales" y un largo etcétera. La terapeuta puede también inventar juegos adecuados a las características de los niños.

El material y los juguetes del Grupo pueden ser muy variados: muñecos, y cochecitos de tamaños proporcionados entre ellos; algún vehículo mayor, como por ejemplo un camión; tazas, platos y ollas; piezas de construcción; una pelota blanda, que no bote demasiado; trapos; lápices y papeles; algún juguete grande como una casita en la que quepan los muñecos... El material se puede ir completando a medida que transcurre el Grupo si se cree necesario para su trabajo.

Es preferible que cada Grupo tenga sus propios juguetes y que se guarden cuando termina cada sesión. Ahora bien, los juguetes grandes, como una casita de 50 o 60 cm de altura, un garaje grande o un taller de coches, un camión o caja grandes pueden compartirse con otros Grupos, por lo menos los que conduce un mismo terapeuta. Cuando se juzgue necesario, esto se hará saber a los niños.

Para los niños muy pequeños que aún no han desarrollado mucha habilidad manual es mejor que los juguetes no sean demasiado pequeños. Como idea podemos hablar de cochecitos de unos 15 centímetros y otros juguetes proporcionados a ellos.

Por supuesto, cada Grupo es diferente y cada sesión también. Es evidente que la capacidad del terapeuta de inventar sobre la marcha, de desarrollar recursos, es muy importante. Con frecuencia tenemos la sensación de que las cosas, en el Grupo, van más deprisa que nuestra capacidad de pensar, pero luego notamos también que a medida que avanza, la tarea se va haciendo más abarcable.

Dentro de las sesiones van surgiendo cuestiones diversas y conflictos que pertenecen al foco de nuestro trabajo: la elección de los juegos que vamos a hacer, cómo repartir el material entre los niños, qué hacer con los objetos que a menudo traen de casa. Tratamos de ayudarlos a pensar cómo resolver estas cuestiones y de darles los medios para que ellos mismos pongan las reglas.

Los juguetes que traen de casa, en el Grupo tienen diversas funciones: la de objeto contra-fóbico; la de despertar curiosidad o envidia a los otros niños, ayuda para hacer amigos, para atraerlos y para manipularlos... Cuando nos parecen claras, tratamos de poner en palabras estas dinámicas con cuidado de no acusarlos. Algunos terapeutas proponen la idea de que los objetos que entran en el Grupo durante la sesión son del Grupo y tratamos de ayudar al propietario a decidir si prefiere compartir el objeto con sus compañeros o que lo guardemos fuera de la vista hasta la salida. Cuando se dan cuenta de que el riesgo de que se lo rompan se les hace demasiado difícil de tolerar, suelen preferir esta segunda solución. Tratamos de ir encontrando la forma que vaya mejor en cada situación y de que sea lo menos posible una imposición nuestra. Es frecuente que antes de entrar a la sesión los niños hagan depositarias de los objetos que traen a sus madres.

Les suele costar mucho hablar entre ellos. Sobre todo al principio tienen clara tendencia a hablar en forma radial al terapeuta e incluso a venir a decirnos bajito y al oído lo que quieren decir. Como uno de los objetivos es fomentar las relaciones entre ellos, sugerimos al niño que nos ha venido a hablar que lo repita para todos y tratamos de llamar la atención a los otros, diciendo por ejemplo "escuchad lo que dice Fulanito", para que, si lo vuelve a repetir, lo escuchen. Si vemos que será muy difícil que el niño repita lo que ha dicho y en cambio sería útil que los otros lo oyeran, podemos ofrecernos a repetirlo nosotros, haciendo como de altavoz. A veces lo que un niño nos viene a decir no debe repetirse al Grupo; en ese caso por supuesto no lo hacemos, pero tratamos de que el aparte no se alargue.

En los Grupos de estas edades, por lo menos al principio, suele haber niños de lengua materna catalana que comprenden muy poco el castellano y niños de lengua materna castellana que comprenden muy poco el catalán. Por esta razón, cuando decimos algo que interesa que todos comprendan bien, solemos repetirlo en la otra lengua. También traducimos lo que los niños dicen, aunque otras veces, si no nos parece esencial, lo dejamos pasar para facilitar la fluidez de los diálogos.

Organización del grupo

Debido a la edad de los niños hay particularidades de la organización que nos parece útil destacar.

A diferencia de lo que a veces hacemos al organizar un Grupo Terapéutico con niños mayores, aquí antes de comenzar el Grupo citamos a cada familia por separado y les pedimos que vengan con el niño. La finalidad es presentarnos a ellos, que nos conozcan personalmente y explicar a los padres la idea de trabajo por medio del juego, para que no se sorprendan cuando el niño hable de lo que hacen en el Grupo. Como siempre, subrayamos lo importante que es que su hijo asista a todas las sesiones y que ellos asistan siempre al Grupo de padres y que lo hagan puntualmente para que el niño pueda compartir toda la sesión con sus compañeros.

Les pedimos que traigan al niño con ropa fácil de sacar y poner, para que puedan desabrigarse si es necesario y manejarse mejor si van al lavabo. Les proponemos también que le sugieran ir a orinar antes de entrar a la sesión, ya que habrá un solo terapeuta en el Grupo y los padres tampoco podrán acompañarlo al lavabo porque estarán en el Grupo paralelo de padres.

Luego continuamos la entrevista con el niño solo, para conocerlo, conversar con él o jugar y así facilitar que el primer día de Grupo nos conozca un poco. A esta edad, no es raro que en la primera o segunda sesión algún niño pase algún rato llorando o lloriqueando, aunque en general no llega a ser necesario ir a buscar a la madre.

El Grupo nos da la oportunidad de ir conociendo al niño: sus características emocionales y personales, su capacidad intelectual, la relación que establece con los otros niños y con el terapeuta, sus posibilidades de evolución y también lo que puede aportarle el Grupo. Algunos aspectos personales se hacen evidentes desde la primera sesión, mientras que otros van emergiendo y cambiando a medida que se avanza.

A continuación ofrecemos una primera sesión para ilustrar lo dicho.

A jugar todos juntos

Javier tiene 3 años y 11 meses; Luís, 4; Marta 3 y 3 meses y Judith 3 y 1 mes. Mientras los espera, la terapeuta prepara todo para la primera sesión. Lo cuenta así:

Diez minutos antes de la hora Judith, Marta y Javier se han encontrado en la sala de espera y han empezado a jugar juntos mientras sus madres conversan. Judith se cuela en la secretaría del Servicio y aprovecha para servirse un par de bombones de una caja que le han regalado a la secretaria. Su madre lo nota y la reprende.

Cuando los hago pasar, Javier mira a su madre, indeciso, pero al poco se decide a entrar. Entro la última y enseguida veo a Judith subida en una silla y revolviendo en la caja de juguetes que he dejado encima de la mesa. Javier y Marta están inmóviles

delante mismo de la puerta. Los saludo con un, "¡hola!" y mientras tiendo la mano a Judith invitándola a bajar de la silla, digo que entre todos miraremos lo de la caja y que es mejor que esperen un momento.

Ella salta de la silla y quedamos todos de pie, en círculo. Les digo también: "ya sabéis que vendremos a jugar aquí todos juntos" y luego, para presentarlos, digo el nombre de cada uno de ellos mientras lo señalo con el dedo, pero me olvido de decir el mío. Ellos se miran unos a otros pero no dicen nada. Marta y Javier están serios y muy quietos. Judith en cambio se mueve inquieta, no para.

Pregunto si quieren que les muestre lo que he traído, mientras pongo la caja en el suelo. Los tres se inclinan sobre la caja para mirar el contenido. Saco la casita y la dejo en el suelo, ellos sacan los vehículos y los juguetes más grandes y con cuidado vuelco el resto de juguetes en el suelo diciendo que así lo veremos mejor.

Nos sentamos en el suelo y los vamos examinando. Judith se va apoderando de todo lo que ve. Marta, un poco más relajada, coge una muñeca y Javier se queda inhibido, mirándonos con cara muy seria. Todos están silenciosos. Miran lo que uno y otro tiene.

Judith mete unos muñecos por un agujero de la casa y nos muestra que van a parar a un cubo que hay dentro de la casa. Por unos momentos estamos todos contemplando como maneja los muñecos.

Marta coge la bañera y me la muestra en silencio. Judith dice que es una bañera. Más tarde encuentran el retrete y Judith dice, "para hacer pipí". Cuando encuentran la pica del lavabo no la reconocen y yo comento que es para lavarse las manos. Judith va parloteando. Vamos mirando entre todos todo lo que me van mostrando: un caballo, un árbol, una puerta que no sabemos a dónde corresponde y lo voy comentando para todos. Marta me muestra unas vallas. Yo explico lo que son, les propongo enganchar algunas para hacer un jardín y les muestro cómo hacerlo. Marta lo intenta. Javier le da otra para que también la enganche, pero cuando yo dejo de hacerlo, ella también deja.

Cuando han pasado diez minutos, la secretaria llama a la puerta anunciando que ha llegado Luís. Me levanto y voy a la puerta a recibirle. El se queda inmóvil un momento y luego se acerca. Le ayudo a sacarse la chaqueta mientras le digo que le presentaré a los otros niños y que como ya sabe, vendremos a jugar todos juntos una vez por semana. Me siento nuevamente en el suelo y lo invito con un gesto a que también se siente. El continúa de pie mientras yo digo: "éste es Luís" y vuelvo a decir el nombre de los niños, que lo están mirando desde su posición de sentados en el suelo. Acabo diciendo, "y yo, Núria ¿os acordabais?" (me refiero a cuando me presenté en la entrevista previa).

Luís, aún de pie, dice, "Yo tengo así", mientras enseña su mano levantada con cuatro dedos estirados. Le pregunto si quiere decir cuatro años y él asiente. Enseguida digo a todos, "Luís nos dice que tiene 4 años". Judith contesta, "Yo tengo así" y nos enseña tres dedos. Pregunto directamente a los otros dos, "¿Y tu Javier?". El, con dudas, enseña también tres dedos. Yo lo corroboro diciendo, "tú tienes tres años". Miro a Marta quien no dice ni hace nada, pero que está claramente atenta a la conversación. Le pregunto "¿Y tu, Marta, cuántos años tienes?". Espero unos momentos pero no

contesta y entonces digo "Tú tienes tres ¿verdad?". Ella asiente con un movimiento de cabeza.

Le digo a Luís que aquellos son los juguetes que tenemos para todos. El se acerca y va mirándolos sin sentarse. Dice que su casa es de ladrillos y añade "y la han pintado". Yo lo repito y pregunto a los otros cómo son sus casas, pero no se interesan.

Durante un buen rato vamos mirando los juguetes. Luís hace algún comentario acerca de las cosas que tiene en casa, pero los otros no le siguen. Después dice: "En casa tengo un cesto lleno de juguetes" y en vista de que nadie comenta nada, lo repite con voz fuerte, ostentadamente.

Entonces yo comento, "¿Ah, sí?" Y dirigiéndome a los otros niños, "Y vosotros ¿donde guardáis los juguetes?" Judith dice enseguida, "Yo en una caja". Lo dice muy bajito y yo lo repito en voz más alta: "Judith dice que ella guarda sus juguetes en una caja" y a continuación pregunto a Javier. El, también en voz baja dice, "en una bolsa". Lo repito en voz alta y pregunto a Marta donde los guarda, pero ella no dice nada. Trato de ayudarla preguntándole, "¿Tienes juguetes en casa, Marta?". Ella asiente. Entonces hago como un resumen, "Luís en un cesto, Judith en una caja, Javier en una bolsa, y Marta, sabemos que también tiene juguetes pero no donde los guarda".

Continúan atentos a los juguetes, examinándolos y Javier que es el que está más quieto, se pone a llorar flojito. Yo le pregunto, "Javier ¿qué pasa?". El dice, "mamá". Le digo, "echas de menos a mamá"... "no nos conocías...". Me entran dudas de si podrá aguantar toda la sesión. Me acerco a él, le doy unas palmaditas en la pierna y comento que las mamás están también aquí, en otro despacho, todas juntas, hablando". Luís dice que su madre no, ella está esperando aquí afuera. Lo dice en tono arrogante, incluso desafiante.

Propongo que entre todos hagamos un parking. Javier asiente. Empiezo a juntar piezas de madera y poco a poco todos se van sumando a hacerlo y me van pasando piezas. Cuando la construcción está bastante adelantada, Luís lanza el coche grande contra la construcción y la desmonta. Digo: "vaya, el coche de Luís lo ha tirado todo". El nos mira satisfecho.

Reconstruimos el parking, ahora también con la ayuda de Marta. Ella y Judith van trayendo piezas. Propongo que vayamos aparcando los coches y Luís viene con el más grande. Javier continúa llorando pero más tranquilo, y yo le alcanzo un cochecito para que lo aparque él. Para no tener que moverse, él lo empuja y el cochecito derrapa haciendo ruido. Comento que el cochecito ha hecho, "brrr", y Javier medio ríe.

Javier sigue llorando y los tres niños lo miran. Comento que está asustado y muestro el reloj, especialmente a él, diciendo que, "cuando la aguja esté aquí, nos iremos". Parecen entenderlo bien y Javier se tranquiliza un poco.

Les propongo que miremos los muebles de la casa y que los pongamos donde corresponde. Digo: "esto, por ejemplo, parece una cama". Luís busca todas las camas y va hacia la casa a ponerlas. Marta y Judith también van hacia la casa y ponen muebles dentro. Judith pone una muñeca asomada al balcón y lo comento. Ella sonrío. Le pregunto a Javier si quiere colocar la mesita, pero indica que no con la cabeza.

Judith se acerca a mi trayendo la taza del baño y una muñeca de trapo. Le pregunto si hace pipí. Ella asiente y la sienta en la taza. Yo comento, "¡pero va a mojarse la falda! ¿no se la levantas?". Ella me muestra que también tiene falda, como la muñeca. Yo digo que es cierto y que Marta también. Luís dice que él lleva pantalones. Yo lo confirmo y pregunto a Javier, que dice que él también tiene pantalones. Comento que los niños llevan siempre pantalones, que las niñas a veces pantalones y a veces faldas, y añado, "mirad, yo hoy llevo pantalones". Judith dice que ella también tiene pantalones. Luís dice que él no tiene faldas.

Judith vuelve a interesarse por la muñeca que me ha traído. Hago como que le subo las faldas y le bajo las bragas para sentarla a la taza. Ahora todos están atentos y siguen mis movimientos. Judith dice, "ahora va a bañarse". Yo pregunto, "¿vestida? ¿os bañáis vestidos, vosotros?" Alguien dice que no.

Marta me muestra otra muñeca parecida y le pregunto si también quiere bañarse. Ella niega con la cabeza y me la pasa indicando que la sienta en la taza. Se refiere a que también le baje las bragas antes de sentarla, por lo que repito esa representación. Entonces yo pregunto, "¿quien más quiere bañarse o hacer pipí?". Javier me alcanza un muñeco señalando la taza. Lo pongo a hacer pipí de pie y digo que los niños hacen pipí de pie. Luís dice que él también. Javier dice que él sentado y Marta no dice nada. Luego señala la bañera y pongo el muñeco dentro y pregunto quién va a enjabonarlo. Javier dice que él y se lo paso. Luego hacemos como que lo secamos.

Pregunto qué se ponen después de bañarse. En general dicen que el pijama. Pregunto, "y después ¿qué hacéis?", Luís dice que cenar. Propongo que hagamos la cena para los muñecos.

Judith se ha ido moviendo por la sala y ahora está detrás de la mesa tratando de abrir los cajones. Voy hacia allí y le digo que los deje, que nosotros tenemos los juguetes y de la mano la llevo hacia el grupo.

Pongo la olla encima de la cocinita, pero Luís lo tira de una patada. Hago como que recojo la sopa, pero Judith dice que ahora está sucio y que ella lo quiere limpiar y hace el gesto de hacerlo.

Pregunto, "bien, ¿qué haremos para cenar?" Javier, bajito, dice, "patatas". Pregunto a todos si les gustan, mientras reparto platos. Pero no están interesados y no atienden. Marta trae una paella y Luís una jarra. Javier está siempre atento, pero inmóvil a mi lado. Siguen colocando cosas dentro de la casa.

Les aviso que pronto será la hora de terminar. Judith pregunta por qué. Yo les digo que se nos termina el tiempo, pero que volveremos el próximo lunes y les muestro el reloj, señalando la aguja.

Pongo la caja en el suelo. Comienzan enseguida a meter cosas en ella y yo coloco la casa. Judith por unos momentos protesta. Comento que quizá les gustaría seguir, pero que volveremos la semana que viene. Me ayudan a recogerlo todo, excepto Judith que vuelve a estar detrás de la mesa revolviendo los cajones. La conduzco hasta donde están los otros y los agrupo cerca de la puerta. Luís la abre y dice que se va. Yo le pido que la cierre y les digo que volveremos a jugar el lunes que viene y les muestro 7 dedos, digo, "de aquí a así de días". Judith imita mi

gesto. Digo que ahora ya nos conocemos, pero que no sé si recuerdan como me llamo. Espero, y como no dicen nada, digo que me llamo Núria y que podemos también recordar los nombres de todos. Y añado, "Tu eres...?" y van diciendo sus nombres. El de Marta lo tengo que decir yo, ya que ella está atenta pero calla. Vuelvo a decir el mío y luego, "hasta el lunes". Cuando abro la puerta veo a las madres ya esperando.

Comentario

Hemos elegido esta sesión porque nos parece una buena muestra del trabajo del terapeuta en el Grupo de primera infancia, pero no quisiéramos dar la impresión de que la mayoría de sesiones son así. En ésta se consiguen muchos momentos de interacción e incluso de diálogo con la participación de todos. Puede deberse a las capacidades de estos niños, pero sobre todo al hecho de tratarse de una primera sesión, donde las necesidades y los impulsos disruptivos no se actúan aún con toda su intensidad. Todavía funciona la precaria contención "externa" o corsé de influencias sociales y el efecto de la novedad. Puede decirse que no han "entrado" aún del todo, no hay todavía el grado de "familiaridad" que vendrá más tarde, con la regresión, y permitirá que las ansiedades y los impulsos se expresen descontroladamente. Entonces, la tendencia invasiva de Judith, la competitividad de Luís o las tendencias de Javier y de Marta pueden hacer mucho más difíciles los intercambios y la tarea del Grupo.

Una sesión en la que predominara la disociación, cada niño fuera por su cuenta y apenas se consiguiera interacción sería una sesión muy difícil, pero que hubiese destacado el esfuerzo de contención y el trabajo de integración que trataría de conseguir el terapeuta.

Desde la primera sesión vamos conociendo a los niños y va perfilándose la dinámica del Grupo. En unos y otra habrá cambios a medida que se avanza, aunque el progreso dependerá de la capacidad de cada niño de aprovechar la experiencia del Grupo para evolucionar y del progreso familiar que se consiga, al que tratamos de aportar algo a través del Grupo de padres.

Las características de los cuatro niños de este Grupo se ponen de manifiesto desde el comienzo. Así, la primera que destaca es Judith, que se cuelga en la secretaría, se sirve bombones y su madre la reprende; luego, sin dar tiempo se sube a una silla y revuelve la caja de juguetes; más tarde se apodera de todos los que va viendo y va detrás de la mesa a revolver los cajones. La terapeuta la describe como inquieta y movidiza. Todo esto nos sugiere mucha ansiedad, avidez, necesidad de atención con la consecuencia de volverse invasiva. Sabemos que estas características suelen estimular en el entorno negativas y reprimendas, que cierran un círculo vicioso o colusión que aumenta la ansiedad y pone en peligro la evolución del niño. No sabemos si en la familia de Judith se ha establecido ya este círculo vicioso, pero vemos que la terapeuta se da cuenta de este riesgo y está atenta desde el comienzo.

Javier y Marta llaman la atención desde el principio por inhibidos. A pesar de que la terapeuta dice que antes de la sesión, mientras las madres conversan, ellos dos y Judith juegan en la sala de espera, en cuanto las madres no están presentes, ambos se quedan

inmóviles y serios junto a la puerta. Marta no dice una palabra en toda la sesión y Javier lloriquea durante un rato. Su inhibición sugiere una ansiedad de tipo fóbico, que permite a Marta, contar sea sin salir de su refugio de silencio, relacionarse un poco, y a Javier aguantar toda la sesión, siempre y cuando se le acompañe de forma especial. Vemos que la terapeuta cuida de no olvidar a Marta, que con su silencio podría facilitar que se dejara de contar con ella, y trata de apoyar a Javier, sin sobreprotegerlo.

Luís, que llega más tarde y es el mayor del Grupo, pronto da a conocer su necesidad, impulsos y sistema defensivo. Trata de compensarse exhibiendo competitivamente lo que tiene y derrumbando lo que los otros hacen. En la familia y en el entorno social estas características a menudo estimulan reacciones en contra y reprimendas, con lo que se devuelve a los niños una imagen negativa de ellos mismos y se estimula que se identifiquen con ella. Esta dinámica podría conducir también aquí a un círculo vicioso pero vemos a la terapeuta dándose cuenta de este riesgo, tolerando la provocación y tratando de integrar el niño al Grupo.

Notamos que cuando llega Luís la dinámica del Grupo cambia y Judith, que al principio destacaba, queda durante un rato más integrada al Grupo. La terapeuta ahora tiene que atender también a Luís y esto podría estimular en ella más avidez y volverla más invasiva, como sucede luego, al final de la sesión. Pero el papel que Luís adopta, en cierto sentido de líder a la contra, desplaza a Judith y le facilita --o empuja-- a relacionarse desde otra posición, en este caso más integrada. Estos cambios y reajustes en la dinámica son un fenómeno que se puede observar frecuentemente en los Grupos. Cada miembro en cierto sentido determina el lugar de los otros y es determinado por ellos.

Los rasgos personales de los miembros del Grupo han de pensarse también en relación a la dinámica que se crea en él. Cada miembro contribuye a esta dinámica, pero también la dinámica de cada momento exagera o suaviza características de los participantes. Por ejemplo, Luís llega tarde y encuentra "el festín" en marcha. Los otros niños tienen ya su sitio y los juguetes. Es difícil decir hasta qué punto esta entrada exagera su rivalidad hasta convertirlo en desafiante. Por otro lado, después de la llegada de Luís, Javier empieza a llorar. Seguramente se trata de que ha pasado ya más rato separado de su madre del que él puede aguantar, pero también puede haber influido algún cambio en la atención de la terapeuta ahora más solicitada por la entrada de Luís.

Ver trabajar a la terapeuta en esta sesión nos da idea práctica de los objetivos que persigue, que podríamos resumir diciendo: realizar una actividad todos juntos en un marco de interés y atención focal. Estimular la asociación de ideas para que destaquen los significados de las experiencias. Tratar de que la atención que ella prodiga a los niños y la participación de éstos resulten equilibrados.

Para ello trata de crear el Grupo "desde el centro", a base de encontrar núcleos de atracción que concentren el interés, la atención focal y la motivación de todos. Se trata de intereses que comparten, lo cual facilita que puedan también asociar ideas y ampliar experiencias. Esto sucede en diversos momentos de la sesión, quizá especialmente cuando la terapeuta sienta la muñeca en la taza del baño, bajándole las bragas. No nos sorprende ya que se trata de un área de especial interés y excitación --erotización-- a estas edades, cuando los niños están tratando de consolidar el control

de esfínteres. Sabemos que alrededor de los 4 años los chistes se cuentan con una sola palabra: culo, pedo, caca...

Por el contrario, vemos que la cuestión de la comida no llega a atraer la atención de los niños. Podemos preguntarnos la razón, pero con los datos que tenemos hasta aquí no se nos ocurre ninguna hipótesis con cierta base. Pero es posible que recurriendo a otros datos de cada niño o a otras sesiones pudiéramos construirla.

Observamos que cuando Javier llora, la terapeuta le pregunta qué pasa dando por supuesto que le sucede algo. No le dice que no llore, que no pasa nada, como hacen a menudo los adultos fuera de contacto con lo que el niño está viviendo. Javier contesta, "mamá". La terapeuta le dice la frase entera: "echas de menos a mamá", reconociendo y verbalizando los sentimientos del niño, pero al mismo tiempo apoyándole para que pueda aguantar toda la sesión, para que compruebe que es capaz de hacerlo.

Pero la terapeuta y los niños aún se conocen poco. Quizá ésta es la razón por la que no trata de poner nombre a los sentimientos de Luís cuando luce ostentoso o embiste la construcción que los otros están haciendo. Es más difícil hablar a un niño de sentimientos de rivalidad, celos, envidia, que a menudo generan reacciones en contra, sin sonar --incluso sin ser-- acusatorio.

Tratándose de una primera sesión es natural que dediquen bastante tiempo a examinar los juguetes, a decir los nombres y que la terapeuta repita los de los niños y el suyo propio. Están creando el Grupo, los vínculos, el espacio con sus objetos y eso necesita re-conocimiento. Observamos también que a lo largo de la sesión, la terapeuta aprovecha las propuestas de los niños y va "llevando el hilo". Cuando es necesario toma la iniciativa y estimula asociaciones y diálogo con sus propias preguntas y propuestas. A medida que avance el Grupo surgirán más propuestas de los niños y los momentos de juego se irán enriqueciendo con las asociaciones de todos. Este diálogo entre el juego y las palabras, entre lo vivido y lo imaginado, evolucionará hacia el pensamiento verbal y las capacidades elaborativas, tan importantes en el proceso de maduración personal.

Referencias Bibliográficas

- Corominas, Júlia (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*. Barcelona. Espaxs
- Haag, Geneviève. (1987). *Petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques avec ou sans troubles organiques*. *Revue de Psychothérapie psychanalytique de Groupe*, nº 7-8. Erès. Toulouse.
- Piaget, Jean (1965). *La construcción de lo real*. Buenos Aires. Proteo.

DISPOSITIVO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO “GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA (GTF)” PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS VIOLENTOS

Susana Quiroga y Glenda Cryan

1. Introducción

El dispositivo diagnóstico-terapéutico *Grupo de Terapia Focalizada- GTF* para adolescentes tempranos violentos es un dispositivo de corto plazo y de orientación psicodinámica, que fue pensado, desarrollado e investigado a lo largo de más de diez años en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga), formando parte de diversos proyectos de investigación.

La creación del mismo surge a partir de una demanda de la comunidad atendida en forma gratuita en dicho Programa. El permanente aumento de las consultas y derivaciones de adolescentes violentos, la falta de programas nacionales y provinciales para abordar la violencia juvenil, las dificultades que presenta el abordaje terapéutico de este tipo de patologías y la urgencia en dar respuesta a esta problemática son algunas de las causas que motivaron el desarrollo del *GTF*.

En líneas generales, podemos afirmar que este dispositivo *GTF* con objetivos predeterminados y con actividades específicas para cada una de las sesiones, constituye un marco de contención estable en contraposición a la realidad disruptiva y cambiante en la que viven los adolescentes violentos. El riesgo de vida que presentan las patologías del acto, en especial en la población de los adolescentes, requiere del desarrollo e investigación de dispositivos y técnicas específicas que permitan optimizar el abordaje, teniendo como meta última la transformación del acto en verbalizaciones coherentes y transformadoras de los vínculos patológicos en conductas saludables.

En este sentido, destacamos que al iniciar esta investigación nos encontramos con la ausencia de tratamientos específicos, con objetivos y técnicas predeterminadas para adolescentes violentos así como también con una carencia de estudios empíricos sobre eficacia terapéutica en este tipo de pacientes que contemplen el análisis de proceso y de resultados.

A continuación, describiremos las principales dificultades que presentan los adolescentes violentos tanto en el proceso diagnóstico como en el abordaje terapéutico, focalizando especialmente en la deserción temprana a los tratamientos psicodinámicos clásicos.

En segundo lugar, presentaremos las nuevas técnicas desarrolladas en el Programa de Psicología Clínica para Adolescente, y específicamente el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF.

Por último, mostraremos los resultados de deserción obtenidos hasta el momento así como las principales conclusiones.

2. Dificultades que se presentan en el proceso diagnóstico

El Programa de Psicología Clínica para Adolescentes comenzó a funcionar en el año 1997. Desde aquel momento, los principales motivos de consultas se centraban en el predominio de reiterados traumas infantiles y/o actuales que se manifestaban en la aparición de conductas antisociales y autodestructivas. A partir del creciente aumento de las consultas por problemáticas relacionadas con la violencia juvenil, en el año 2001 se creó la *Unidad de Prevención y Asistencia en Violencia familiar, escolar y urbana*, con el objetivo de contar con un equipo de profesionales especializados en este campo.

De esta manera, los pacientes pueden acceder a un tipo de atención psicoterapéutica especialmente desarrollada para estas patologías. Para ello, previamente se realiza un proceso psicodiagnóstico individual que consiste en una entrevista al adolescente y a sus padres y en la administración de una batería de instrumentos psicométricos y proyectivos, que permite considerar en primera instancia los criterios diagnósticos para Trastorno Negativista Desafiante- TND y Trastorno Disocial- TD (según el DSMIV).

En un estudio realizado previamente (Quiroga y Cryan, 2005b, 2008c, 2012), se comprobó que los pacientes no suelen acudir a la consulta en forma espontánea, lo cual supone la falta de conciencia de enfermedad por parte de los adolescentes y de sus padres. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes son derivados por escuelas (90%), juzgados (3%) e instituciones de acción social de la zona (3%), habiéndose hallando sólo un 3,84% que acude a la consulta en forma espontánea.

A partir de estos datos, consideramos que una de las principales dificultades que se presenta en el proceso de admisión –además de la falta de *conciencia de enfermedad* del sujeto y la *implicancia de la familia* en el mismo – se debe a que las derivaciones se realizan con un discurso que proviene de la evaluación del problema desde el ámbito escolar (maestros, asistentes sociales o psicólogos) que suele ser correcta, pero no suficiente para la investigación del mismo desde el ámbito clínico-diagnóstico del Programa. Las mismas se concentran en tres grandes categorías:

Problemas de conducta, Problemas de aprendizaje y Problemas familiares. Estas categorías son demasiado abarcativas y no permiten discriminar el nivel de gravedad del problema. Por tal razón, se realizó un desglose de estas categorías en los distintos tipos de manifestaciones que se presentan en la consulta clínica durante el período de la adolescencia temprana, ya sea en forma separada o interrelacionada en un mismo o en varios sujetos, de manera singular (Quiroga y Cryan, 2007c). A continuación, se presenta el análisis de este desglose realizado durante el período 2001-2005 en una muestra de 42 adolescentes.

1- *Problemas de conducta:* dentro de esta categoría se encuentran los *Problemas de relación* presentes en un 100% de los casos, tanto con los pares como con las figuras de autoridad. Estos problemas se manifiestan en algún tipo de maltrato hacia el otro:

a- *Agresión física* (golpes de puño, patadas, empujones, etc. hacia los pares): 95% (N=40). Sólo dos mujeres de esta muestra con intento de abuso sexual no presentaban agresión física.

b- *Agresión verbal:* (insultos, burlas, humillaciones, descalificaciones del otro hacia los pares y/o hacia la autoridad): 100% (N=42)

c- *Desafío a la autoridad parental o escolar:* incumplimiento de normas escolares: 95% (N= 40); ausencias reiteradas/llegadas tarde a la escuela: 69% (N=29) y fugas de la institución escolar o del hogar: 52% (N=22)

d- *Distorsión de la información* (mentiras por fabulación, ocultamiento de los hechos o por intento de manipulación del otro): 98% (N=41)

e- *Conductas delictivas:* robo: 17% (N=7); hurto: 35% (N=15); daños a objetos o a la propiedad: 62% (N=26)

2- *Problemas de aprendizaje:* dentro de esta categoría se discriminaron aquellas que dificultan el aprendizaje y/o llevan al fracaso escolar:

a- *Repetición del año:* 81% (N= 34), destacándose un 19% (N=8) que repitió en 2 oportunidades

b- *Problemas de atención:* 93% (N= 39)

c- *Abulia o desinterés por el aprendizaje y/o el conocimiento:* 88% (N=37)

d- *Fallas cognitivas especialmente de comprensión lógica del discurso:* 38% (N=16)

3- *Problemas familiares:* dentro de esta categoría se incluyen tanto situaciones traumáticas provenientes de la pareja parental como de la historia del sujeto en esa familia:

a- *Violencia familiar* (agresión física, verbal, emocional o sexual): 83% (N=35)

- b- *Pérdidas de familiares del paciente*: muertes: 24% (N=10) y abandonos: 40% (N=17)
- c- *Depresión y desesperanza de los pacientes*: 71% (N=30) y de familiares directos: 79% (N=33)
- d- *Enfermedades* (somáticas, intervenciones quirúrgicas, enuresis, etc.): 31% (N=13)
- e- *Accidentes de tránsito y traumatismos*: 24% (N=10)
- f- *Ingestas tóxicas* (Consumo de alcohol/ drogas/ medicamentos): 31% (N=13)

Este estudio más discriminado y focalizado de las manifestaciones nos llevó a perfeccionar el dispositivo *GTF* profundizando las categorías diagnósticas y desarrollando técnicas específicas y eficaces en la intervención terapéutica. Por otra parte, estos desarrollos nos permitieron descubrir la significación que las manifestaciones de la violencia cobran dentro del contexto poblacional de nuestro Programa y en especial en la adolescencia temprana (en la cual se encuentra el mayor índice de prevalencia de este problema) así como también detectar con mayor precisión los puntos de urgencia sobre los cuales operar terapéuticamente.

3. Dificultades en el abordaje terapéutico de los adolescentes violentos

Los adolescentes violentos suelen presentar dificultades para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. Esto se debe fundamentalmente a las características de estos pacientes, en los cuales la acción hetero y autodestructiva predomina por sobre la posibilidad de verbalización. En este apartado, presentaremos una revisión de la literatura sobre esta temática que apunta por un lado, a lograr la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos y por otro, a demostrar la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para este tipo de pacientes.

En principio, considerando los desarrollos que forman parte de la presente investigación, Quiroga y Cryan (2004, 2005 b, 2007 c, d, 2008c, 2010c) afirman que los adolescentes violentos se caracterizan, desde el punto de vista intersubjetivo, ya sea por un déficit en los vínculos, puesto de manifiesto en apatía, abulia y/o desinterés por el otro (Kaës, 1988), o por la predominancia de vínculos de odio (Kernberg, 1989), manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y de sus pares en el grupo. Desde el punto de vista intrapsíquico, se observa un déficit en la construcción de la trama representacional por la intensidad y la cualidad de situaciones vitales traumáticas acaecidas en la infancia y en la realidad familiar actual.

En relación con la historia de desarrollo de estos pacientes, Kernberg, P., Weiner y Bardenstein (2000) advierten que la misma suele contener indicadores de alto riesgo (abuso sexual, físico, verbal y emocional, negligencia y/o amenaza de abandono de las figuras parentales) que influyen en el desarrollo de un futuro Trastorno Antisocial de la Personalidad. En esta línea, resulta interesante considerar la noción de apuntalamiento que plantea Kaës (1976, 1988), la cual es entendida como un concepto múltiple ya que proviene de la función paterna y materna así como también del grupo y de la cultura. Esta noción de apuntalamiento se ha desestructurado en esta población adolescente. Por lo tanto, en este punto se hace necesario diferenciar la realidad como potencialmente traumatogénica de la noción de trauma como injuria psíquica que puede producirse o no frente a los eventos fácticos externos de carácter disruptivo (Benyakar, 2003) La reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas trae aparejado lo que se conoce como trauma acumulativo (Khan, 1963) o vivenciar traumático que produce una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo y un desmantelamiento de la subjetividad.

Dos autores que han realizado importantes desarrollos en relación a los niños que odian son Redl y Wineman (1959). Los desarrollos que realizan pueden ser extrapolados para comprender el funcionamiento mental de los adolescentes violentos. En este punto, un concepto fundamental de su trabajo consiste en considerar que los niños que odian se convierten en los que “nadie quiere” debido al volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, a la carencia de expresión verbal y a las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo. En este sentido, describen que estos pacientes se tornan intolerables para el terapeuta debido no sólo a la apariencia exterior sino también a la tendencia a volcar abierta e indiscriminadamente su odio a través de una serie de actos agresivos. Por otra parte, destacan que el odio también puede ser ocultado bajo una suave superficie de docilidad que dura un tiempo en el cual pareciera no existir casi ningún contacto con lo que suceda a su alrededor, razón por la cual la agresión estalla esporádicamente. De esta manera, aquello que los había inmovilizado explota para luego retornar a la etapa anterior de hosca apatía, es decir, que parecen pasivos e indefensos durante un tiempo aunque detrás de la mirada aparentemente vacía e infantil de sus ojos indiferentes, se oculta un mar de agresión, destrucción y contraodio incontrolado. Los autores sostienen que por el despliegue de tanta agresión que se manifiesta súbitamente, la mayoría son considerados intratables por las vías habituales del análisis infantil debido fundamentalmente a dos factores. El primer factor es la descomposición de los controles de la conducta que la agresión acumulada ha provocado en la personalidad de estos pacientes, y el segundo se relaciona con la solidificación de una parte de su odio en una sección organizada de defensas sagazmente desarrolladas contra la conexión moral con el mundo que los rodea.

En esta línea, es importante considerar los aportes de Masterson (1975) a la comprensión de lo que denomina adolescentes fronterizos. El autor plantea que los

adolescentes fronterizos son aquellos que vivencian la etapa de separación con intensos sentimientos de abandono que se experimentan como una verdadera cita con la muerte. Al aferrarse a la imagen materna como modo de defensa, no logran atravesar las etapas evolutivas normales de la separación-individuación hacia la autonomía. En este sentido, plantea que la comprensión del rol de la separación-individuación permite predecir los componentes del cuadro clínico, ya que las manifestaciones abiertas consistirán en el estilo peculiar de las defensas del paciente contra sus sentimientos de abandono, que maneja mediante la división y la negación. Entre los factores que considera que permiten realizar el diagnóstico del cuadro clínico del adolescente fronterizo, se encuentran las defensas del paciente contra la depresión por el abandono, la tensión precipitante que manifiesta la experiencia de separación ambiental, la historia pasada que evidencia una fijación oral narcisista, el tipo de padres que suelen presentar su propio síndrome fronterizo y el tipo de comunicación familiar que suele expresarse a través de hechos y no de palabras. Para este autor, la “debilidad” de la estructura del yo hace que les sea difícil controlar su actuación destructiva, ya que la misma representa una defensa contra los sentimientos de abandono.

Con respecto a los desarrollos de Balint (1982) acerca del nivel edípico y el nivel de la falta básica, es posible pensar que los adolescentes violentos se ubican en este último. El autor subraya la importancia de diferenciar el trabajo que debe realizarse en el nivel de la falta básica entendido como un nivel más primitivo que el nivel edípico y destaca que el mismo debe ser entendido como una falta, no como una situación, posición, conflicto o complejo. El nivel de la falta básica se caracteriza porque todos los hechos que ocurren en él pertenecen exclusivamente a una relación de dos personas, es decir, que en este nivel no está presente una tercera persona. Esta relación de dos personas tiene una naturaleza particular que es diferente de las conocidas relaciones humanas del nivel edípico. Esto se vincula con la realidad de que la naturaleza de la fuerza dinámica que obra en este nivel no es la de un conflicto, y por lo tanto, el lenguaje adulto resulta inútil o equívoco para describir los hechos de este nivel dado que las palabras no tienen siempre una significación convencional reconocida.

Por su parte, Giovacchini (1989) conceptualiza al adolescente borderline como un objeto transicional. El autor plantea que la dificultad en el abordaje terapéutico de estos pacientes reside en la falta de reconocimiento del terapeuta y en la insistencia en no tener nada que decir. Esto se debe a una autorepresentación pobremente organizada, a los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y a las relaciones objetales marginales que suelen establecer. Por otra parte, explicita que estos adolescentes no fueron tratados como objetos vivos de niños, por lo cual prevalece la ausencia de sentimientos y la impresión de que se relacionan con los objetos de manera literal, es decir, como objetos más que como personas. Asimismo, reconoce que suelen tornarse dependientes del terapeuta, ya que el mismo es la única persona emocionalmente significativa que puede reconocer su incipiente sensación

de estar vivos. Una de las manifestaciones más frecuentes que se presentan en la clínica de estos pacientes es la tendencia a lamentarse de estar perdiendo el tiempo cada vez que acuden a la consulta y la tendencia a faltar o cancelar las consultas, razón por la cual el terapeuta se siente inútil mientras que el paciente parece esforzarse por confirmar este sentimiento. Sin embargo, entiende que a pesar del trato descortés, el paciente valora al terapeuta, ya que en forma similar al objeto transicional el terapeuta es maltratado y manipulado psíquicamente aunque su presencia sea vital. El hecho de que el terapeuta sobreviva a la destructividad del paciente y que acepte el papel de “objeto transicional” para con el mismo, le permite al adolescente utilizarlo como un puente comunicante entre las partes desvinculadas de su mente y como una puerta de ingreso al mundo externo. Si bien esta experiencia puede resultar penosa para el terapeuta, ya que está absorbiendo la vulnerabilidad y el dolor que el paciente debió haber sufrido en su infancia por ser tratado como algo inhumano, el proceso de tratamiento intenta conceder humanidad a esta relación ya que el terapeuta enfrenta el trastorno interno de una crisis y una deshumanización existencial.

Por último, Kernberg (1994) sostiene que los pacientes más difíciles de abordar son aquellos en los que la intensa agresión se relaciona por un lado, con una severa patología del superyo y por otro, con fallas en la constitución del yo que impiden el dominio de la actuación violenta. Por otra parte, considera la aparición de tormentas afectivas que surgen en la psicoterapia de estos pacientes y que dificultan aún más el abordaje terapéutico (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999). Las tormentas afectivas suelen manifestarse en dos situaciones particulares que serán descritas continuación. La primera es aquella en la cual una tormenta afectiva abierta y visible explota en el escenario psicoanalítico, generalmente de un modo intensamente agresivo y demandante; aparece superficialmente como un ataque sexualizado contra el terapeuta, cuyo carácter invasivo revela la condensación de elementos sexuales y agresivos. En estas situaciones, el paciente, bajo la influencia de tal experiencia afectiva intensa, es impulsado a la acción mientras que las capacidades de reflexión, comprensión cognitiva y comunicación verbal de los estados internos en general son prácticamente eliminadas. Esto hace que el terapeuta deba depender principalmente de la observación de la comunicación no verbal y de la contratransferencia para evaluar y diagnosticar la naturaleza de la relación objetal cuya activación está dando lugar a la tormenta afectiva. La segunda situación parece casi lo contrario de estas flagrantes tormentas afectivas, ya que se manifiesta a través de largos períodos durante los cuales la conducta rígida y repetitiva del paciente, junto con la escasez de expresión afectiva (una monotonía aburrida) impregna la sesión. El efecto sobre la interacción entre paciente y terapeuta durante tales periodos puede ser tan poderoso y amenazante como el de las tormentas manifiestas. El terapeuta puede sentirse aburrido hasta el punto de desesperarse, enfurecerse o sentir indiferencia, y puede llegar a reconocer que se ha alcanzado un impasse, por lo tanto tiende a intentar analizar e interpretar el escenario que está siendo representado mediante la conducta

del paciente hasta darse cuenta de que la información significativa aquí proviene de estas reacciones contratransferenciales y de la comunicación no verbal del paciente. Esto normalmente conduce a la emergencia sorprendente del afecto violento que había enmascarado la rígida monotonía, un afecto violento que a menudo se siente en primer lugar en la contratransferencia y que luego emerge rápidamente en la interacción terapéutica, una vez que la contratransferencia se utiliza para interpretar la transferencia.

Diversos autores coinciden en afirmar que el marco de referencia para el abordaje terapéutico de estos pacientes es la psicoterapia grupal. Sin embargo, es necesario considerar estas conceptualizaciones teóricas para comprender el funcionamiento mental de estos pacientes y de esta manera, desarrollar abordajes psicoterapéuticos específicos. En este punto, es interesante rescatar lo que plantea dio Bleichmar (1988) acerca de las actividades programadas en el marco del tratamiento debido a que en estos pacientes, el agrupamiento parece conducir inevitablemente al predominio de la impulsión motriz, de la acción transgresora, de la desorganización y de la lucha fratricida si no se incorporan marcos, un sistema de representación reglado o una ficción sistematizada. Por otra parte, Sujoy (1990) destaca que actualmente ha virado el concepto de igualar asociación libre con acción libre y la puesta de límites ya no es pensada como una intervención pedagógica y cercenante sino como una intervención necesaria terapéuticamente, ya que permite la emergencia mediatizada del material inconciente. La continencia y la limitación necesaria en el grupo es lo que provee la base para que se pongan en marcha las tendencias progresivas, las cuales implican el desarrollo de nuevas funciones, la posibilidad de simbolización y el establecimiento de algún tipo de estrategia diferente para enfrentar lo desconocido.

Desde la salud mental, estos desarrollos nos llevan a vislumbrar las dificultades correspondientes al área asistencial debido a que este tipo de pacientes tiende a generar disturbios tanto en los consultorios como en las diversas instituciones que los asisten. A modo de síntesis, esta caracterización que hemos presentado, nos muestra que en los adolescentes violentos se observa una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y las relaciones objetales marginales que suelen establecer, entre otras. A estas dificultades se le agrega una de fundamental importancia: la deserción temprana a los tratamientos clásicos, íntimamente vinculada a estas características intrapsíquicas e intersubjetivas que dificultan el establecimiento de vínculos estables con el terapeuta y con los otros participantes del grupo. A continuación presentaremos un apartado con datos acerca de la deserción en distintos abordajes psicoterapéuticos.

4. La deserción en distintos abordajes psicoterapéuticos

Uno de los mayores problemas que se presenta en este tipo de patologías consiste en la deserción temprana a los tratamientos clásicos. Las características de este tipo de pacientes (mencionadas en el apartado anterior) nos muestran que el abordaje terapéutico suele resultar muy complejo, razón por la cual la adherencia al tratamiento tiende a ser baja y la deserción alta, especialmente al inicio del mismo.

En este sentido, Garfield (1994) descubrió en diferentes metaanálisis que el 70% de la deserción se produce entre la cuarta y la décima entrevista. Asimismo plantea que el nivel socioeconómico de los pacientes está asociado positivamente con la permanencia, siendo las personas con nivel socioeconómico más alto las que tienden a permanecer más tiempo en psicoterapia. Por el contrario, aquellos pacientes que presentan patologías con tendencia a la actuación tienden a una mayor inestabilidad en el vínculo transferencial que aquellos que tienen conflictos de naturaleza intrapsíquica.

En la misma línea y en nuestro medio, Payarola (2001) planteó que en el abordaje grupal de hombres adultos violentos, la deserción debe ser considerada especialmente en las primeras etapas del tratamiento. Esta situación se debe a que en las patologías del acto, es fundamental establecer una dinámica grupal que supere los obstáculos que se presentan en el inicio del tratamiento con el objeto de lograr adherencia al mismo y a las consignas planteadas por el coordinador.

Beutler, Machado y Allstetter Neufeld (1994) afirman, por otro lado, que aquellos terapeutas que utilizan manuales tienen resultados superiores que aquellos que no los usan. Con respecto a la deserción en los tratamientos para pacientes adultos con Trastornos Borderline de la Personalidad, en la literatura internacional se encontraron estudios que muestran la tasa de deserción en diferentes tratamientos manualizados. Entre ellos, Clarkin, et.al. (2005) aplicando la Psicoterapia Basada en la Transferencia-*TFP*, registró una deserción del 23% en tratamiento de largo plazo (un año de duración). Este dato lo compara con otros estudios y muestra que Stevenson y Meares tuvieron un 16% de deserción, Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard también tuvieron una deserción del 16.7% con la Terapia Dialéctica-Conductual-*DBT* mientras que el estudio de Bateman y Fonagy tuvo una deserción del 21% con el Tratamiento Basado en la Mentalización- *MBT*. Con respecto a la Terapia Interpersonal- *IT*, van Schaik, van Marwijk, Beekman, de Haan y van Dyck (2007) mostraron que en un tratamiento de corto plazo (diez sesiones), el nivel de deserción fue del 32%.

Estos resultados muestran la importancia de realizar estudios de deserción para evaluar la eficacia terapéutica de los tratamientos. Asimismo, se observa la importancia de desarrollar nuevas técnicas terapéuticas, específicas y manualizadas,

que permitan focalizar en la problemática de la violencia en la adolescencia y, fundamentalmente, evitar la deserción temprana generando transferencia con el terapeuta, el grupo de pares y la institución.

5. Desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas

Los resultados obtenidos en los sucesivos estudios epidemiológicos (Quiroga y Cryan, 2004) nos condujo a un replanteo del abordaje de esta población, tanto en el ámbito de la evaluación como en el del tratamiento (Quiroga y Levy, M. 2000, Quiroga, Emborg, Fernández, et.al, 2002, Quiroga, Piccini, et.al, 2003, Quiroga, Nievas, et.al, 2003).

Dado que estos pacientes presentan una alta vulnerabilidad física, somática y psicosocial debido a la alta prevalencia de ideaciones e intentos de suicidio, de alexitimia, de sucesos de vida traumáticos y de desestimación de conductas de riesgo en el área del cuerpo, la sexualidad, las adicciones y el pasaje al acto, nos abocamos a evitar la deserción como punto fundamental del proceso terapéutico (Quiroga, González, Pérez Caputo, 2003, 2004).

La implementación del nuevo abordaje nos condujo al logro de una mayor eficacia terapéutica, sin perder los criterios generales de ética y responsabilidad profesional. En este abordaje se incorporaron las siguientes técnicas:

- Para la deserción a la concurrencia a la primera entrevista de admisión se pensaron diversas técnicas que incluyeron: a) llamadas telefónicas para ofrecer un nuevo turno con el objeto de generar una transferencia positiva con la institución, b) interesarse por las causas de la ausencia del paciente para brindar soporte empático al vínculo, y c) brindar información acerca de los beneficios de incluirse en un proceso diagnóstico y terapéutico y aclarar dudas sobre la finalidad de los mismos. Asimismo, se intensificó el trabajo en red con las orientadoras educacionales y sociales de las escuelas de los distritos derivantes, con el objetivo de establecer un registro y control del tratamiento y de esa manera, manifestar ciertos cuidados hacia estos pacientes que suelen presentar un estilo de desvinculación intrapsíquica abandonante. Para ello se implementó una *Ficha de Derivación* que debe ser llenada por el profesional responsable de la derivación que inicia el contacto entre el Programa y la institución escolar.
- Para el segundo momento de deserción, se observó que el proceso diagnóstico de cuatro o cinco entrevistas individuales, si bien era muy completo y detallado, generaba el establecimiento de una transferencia positiva con el psicólogo del equipo diagnóstico, lo cual dificultaba el pasaje al terapeuta que

conduciría el tratamiento. Esto nos llevó a abreviar la etapa diagnóstica individual a dos sesiones, con el objeto de realizar una primera evaluación de selección y discriminación de patologías para determinar la posibilidad de atención psicológica en nuestro servicio o una pronta derivación a instituciones asistenciales más específicas. Una segunda técnica implementada ante el incremento del número de pacientes en lista de espera fue realizar admisiones grupales con la finalidad de evitar la resistencia hacia la consulta psicológica manifestada a través del desinterés o la transferencia negativa, generada por el tiempo de espera.

- El tercer momento de alto riesgo de deserción es el inicio del tratamiento, debido a las dificultades de estos pacientes y sus familias de establecer vínculos estables, asumir las funciones parentales y el desconocimiento de las consecuencias futuras de sus conflictos. Para ello, se creó un dispositivo terapéutico grupal previo al inicio de un Grupo de Terapia de Largo Plazo de Orientación Psicodinámica (*GTLP*). Este dispositivo denominado Grupo de Terapia Focalizada (*GTF*), es el que se presenta en este trabajo y se desarrolla en el próximo apartado (Quiroga, Paradiso, Cryan, et.al. 2003, 2004, 2006). Una técnica que se incorporó posteriormente a los datos que se presentan aquí, es la *Ficha de Asistencia* al dispositivo *GTF* y al *GTLP*, por medio de la cual el referente escolar se informaba e informaba al Programa acerca del cumplimiento del tratamiento. De esta manera, los pacientes sentían que la comunicación entre escuela y Programa era permanente, sintiéndose contenidos y cuidados por ambas instituciones.

6. Abordaje Terapéutico Grupal Focalizado y Modulizado

El dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada- GTF* consiste en la conformación de grupos cerrados, con temática focalizada y orientación psicodinámica que constan de diez sesiones de una vez por semana de una hora y media de duración. Estas diez sesiones se distribuyen de la siguiente manera: *Primera sesión*: multifamiliar, compuesta por los adolescentes, sus padres, el terapeuta del grupo de adolescentes, el terapeuta del grupo paralelo de padres y los observadores; *Segunda a octava sesión*: Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* y Grupo de Terapia Focalizada para Padres-*GTFP*; *Novena sesión*: multifamiliar; *Décima sesión*: sesión de cada adolescente con su familia. En estas diez sesiones se logra completar el proceso diagnóstico y se realiza una primera evaluación de los efectos terapéuticos alcanzados a partir del dispositivo *GTF*. Esta primera evaluación de los pacientes se realiza una vez finalizado el *GTF* con el objetivo de decidir si son derivados a un Grupo Terapéutico de Largo Plazo (*GTLP*), a Terapia Individual, a Terapia Familiar, a Servicios externos de cuidado intensivo o a la Repetición del Primer Módulo *GTF*.

Con respecto a los **objetivos** del dispositivo *GTF* para adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva, los mismos son:

- a) *Comprender* el motivo de consulta o “conciencia de enfermedad”
- b) *Esclarecer* los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal
- c) *Esclarecer* los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites
- d) *Describir y comprender* la composición familiar
- e) *Trabajar* la relación del síntoma con los vínculos familiares.

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, estos objetivos fueron operacionalizados a través de intervenciones específicas en cada una de las sesiones. Para ello, se construyó una **guía terapéutica** en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos (Quiroga y Cryan, 2011). Esta sistematización se debe fundamentalmente a las características intrapsíquicas e intersubjetivas que presentamos de estos pacientes así como en las dificultades que presentan para verbalizar sus conflictos, lo cual se manifiesta en el “no tener nada que decir” dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y no registran las problemáticas que los afectan. Asimismo, esta sistematización provee un marco de contención estable que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Sin embargo, es importante aclarar que el marco de referencia es psicodinámico, y que tanto los objetivos como las técnicas apuntan a seguir la lógica de la constitución del aparato psíquico y a comprender las fallas en la constitución de la subjetividad. Esto implica considerar que en los casos en que los pacientes intervienen espontáneamente o surgen problemáticas urgentes a resolver, se da prioridad a los mismos, retomando lo pautado en la guía terapéutica sólo en los casos en que sea posible.

Con respecto al estilo de trabajo en estos grupos, predomina una interacción entre terapeuta, coterapeuta y pacientes, donde las **técnicas de intervención** están centradas en: a) la clarificación de aspectos cognitivos confusos, b) la confrontación con aspectos disociados intra e intersubjetivos, c) el señalamiento y la puesta de límites, como momentos previos al uso de la elaboración psíquica mediante la interpretación, como sucede en el tratamiento de orientación psicodinámica de pacientes neuróticos. En este sentido, la *clarificación* es una técnica en la cual el terapeuta invita al paciente a explicar, explorar y/o ampliar la información expresada en forma vaga, poco clara o contradictoria. En los adolescentes violentos, en los cuales el uso de la palabra no ha alcanzado el estatus que posee la acción, esta técnica permite comprender el relato de situaciones confusas, logrando un ordenamiento en el discurso del paciente que facilite la posibilidad de insight sobre

lo sucedido. La *confrontación*, en cambio, apunta a que el paciente pueda observar los aspectos incongruentes de lo que ha comunicado, que se encuentran disociados intrapsíquicamente. Dado que estos pacientes se caracterizan por mentir u ocultar hechos, en el discurso suelen encontrarse diversas explicaciones contradictorias; esta técnica permite confrontar al paciente tanto con su realidad objetiva como con su realidad psíquica. A través del *señalamiento* se busca destacar los componentes significativos del discurso que no son considerados relevantes por el paciente. En este punto, esta técnica permite señalar tanto las situaciones de riesgo a las que están expuestos estos pacientes así como también las modificaciones en su comportamiento a lo largo del dispositivo. Por último, la puesta de límites resulta de fundamental importancia en estos pacientes dado que es lo que permite que se establezca un encuadre seguro y estable con normas consensuadas que le permita al paciente sentir el “marco de contención” que brinda el dispositivo.

En relación con el grupo paralelo de padres *GTFP*, si bien excede el marco de esta presentación, resulta importante aclarar que el mismo cuenta con objetivos y técnicas específicas que apuntan a concientizar a los padres no sólo acerca de las patologías que presentan sus hijos sino también las que presentan ellos mismos y que son transmitidas transgeneracionalmente. La detección clínica de patologías y Trastornos severos de Personalidad de los padres de adolescentes violentos (Quiroga y Cryan, 2009b) nos llevó a comenzar a sistematizar el dispositivo *GTFP* y a evaluar la eficacia terapéutica del mismo dado que lo consideramos de fundamental importancia en el abordaje terapéutico de adolescentes violentos.

7. Resultados obtenidos con el GTF

Las técnicas utilizadas en los Grupos de Terapia Focalizada (*GTF*) han mostrado resultados positivos: los pacientes que concurren a los *GTF* completan casi en un 70% no solo las técnicas de corto plazo sino también el período de seis meses establecido como la base mínima indispensable para considerar un principio de cambio psíquico (Quiroga, González y Pérez Caputo, 2003, 2004).

En el período 2001-2005 se realizaron 9 *GTF* para adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. El total de pacientes admitidos a la Unidad del Violencia del Programa en ese período fue de 86. Sin embargo, 27 pacientes (31,39%) que habían completado el proceso diagnóstico individual previo al inicio del *GTF*, nunca concurren. De los 59 pacientes que iniciaron el dispositivo, 42 lo completaron. Estos datos muestran que el 71,18% de los pacientes completaron las 10 sesiones correspondientes así como también la evaluación psicométrica final. Sólo un 28,82% desertó durante el dispositivo *GTF*.

Al estudiar la deserción en el *GTFP*, se compararon dos muestras de pacientes: una que inició el *GTFP* sin realizar el dispositivo *GTF* y otra que lo realizó

previamente (Quiroga, González, et.al, 2003). Se observó que en la muestra sin la aplicación del dispositivo, un 23% de los pacientes no iniciaba el *GTLP* y un 48% no completaba el período de seis meses mínimo de tratamiento. Por el contrario, en la muestra con la aplicación del dispositivo *GTF*, se observó que sólo el 12% no iniciaba tratamiento y que el 32% no completaba el período de seis meses.

Comparado con los datos obtenidos de deserción a nivel internacional, entendemos que un porcentaje de deserción menor al 30% en la etapa inicial del tratamiento muestra que el dispositivo resulta eficaz para disminuir la deserción. Los datos publicados por Garfield y Bergin (1994) en Estados Unidos describen que los promedios de deserción son los siguientes: Nunca concurren a la primera entrevista (42%), No completan el diagnóstico (45%) y No completan el tratamiento de seis meses (32%). Este último dato es coincidente con el porcentaje de deserción al tratamiento de largo plazo de los pacientes que realizaron el dispositivo *GTF* previamente.

Además de los porcentajes de deserción obtenidos en esta presentación, debemos considerar algunas variables propias del contexto de la población, como por ejemplo el eje sociodemográfico, el poco compromiso con los tratamientos psicoterapéuticos y la falta de recursos materiales y psíquicos para sostener los mismos. Una de las variables más importantes la constituye la fase evolutiva de la adolescencia temprana por la que están atravesando estos pacientes, la cual está signada por los cambios corporales que colocan al aparato psíquico en una situación comparable al trauma con efectos de extrañamiento y despersonalización (Quiroga, 1998). Otra de las variables a considerar es la falta de conciencia de la problemática por la cual concurren al tratamiento, lo que se traduce en que la demanda a la consulta no sea espontánea (Quiroga y Cryan, 2005b) y que casi el 97% de la población acuda en forma obligada referida por la escuela o los juzgados.

Por lo tanto, la aplicación de este dispositivo grupal *GTF* de duración limitada, logró disminuir la deserción y favoreció la continuación del tratamiento de largo plazo- *GTLP*. Probablemente, la contribución de este dispositivo a la disminución de la desconfianza y de la hostilidad implicó un descenso en la conducta impulsiva, un aumento de la empatía y de la transferencia con el terapeuta y la identificación con los pares y la institución.

8. Conclusiones

En este trabajo intentamos mostrar las dificultades clínicas que presenta el abordaje terapéutico de una población de alto riesgo, en la que predominan vínculos patológicos transmitidos en forma transgeneracional.

Una de las problemáticas más recurrentes en estos pacientes es la dificultad para mantener vínculos estables. La predominancia de este déficit vincular se observa tanto en los adolescentes como en sus padres y se relaciona con las interrupciones y

disrupciones en la historia familiar y transgeneracional que estas familias presentan. Este déficit se manifiesta como un obstáculo para el establecimiento de la transferencia y se muestra a través de la apatía, abulia y/o desinterés por el otro o en la predominancia de vínculos de odio manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y de sus pares en el grupo.

La literatura que presentamos nos muestra que en los adolescentes violentos se observa una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y las relaciones objetales marginales que suelen establecer, entre otras.

Estas características intrapsíquicas e intersubjetivas nos conducen a analizar las dificultades que se presentan tanto en el proceso psicodiagnóstico como en el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes. Intimamente vinculada a estas características, se encuentra una problemática muy frecuente y de fundamental importancia: la deserción temprana a los tratamientos clásicos.

Analizando los tres momentos claves de deserción detectados, se realizó un replanteo del proceso psicodiagnóstico y del abordaje psicoterapéutico, que incluyó la creación de nuevas técnicas y dispositivos diagnóstico-terapéuticos grupales, entre los que se encuentra el Grupo de Terapia Focalizada- GTF.

La implementación del GTF con los adolescentes tempranos y sus familias permitió prevenir la aparición de conductas violentas de mayor gravedad, realizar un pronóstico de cada paciente y evaluar el grado de resiliencia que poseen. Se observó una mayor adherencia al tratamiento que se vió reflejada en una mayor asistencia e intervención espontánea y una menor deserción al Grupo de Terapia de Largo Plazo- *GTLP* así como también en el establecimiento de vínculos con sus pares: mayor registro de los miembros ausentes, planificación de actividades grupales fuera del ámbito terapéutico y menor dificultad para integrarse en el *GTLP* con los nuevos miembros. Asimismo, se pudo focalizar en los puntos centrales de las patologías que presentan estos pacientes con el objetivo de lograr una mayor toma de conciencia del motivo de consulta, lo cual trajo aparejado una tendencia a la disminución de la desconfianza y la hostilidad hacia el terapeuta y sus pares, un descenso en la conducta impulsiva, una disminución de la disociación emoción-cognición, y un aumento de la capacidad de comunicación y de empatía.

Si bien excede el marco de esta presentación, el análisis de proceso y de resultados del GTF que se ha llevado a cabo hasta el momento, nos permite afirmar que este dispositivo resultó eficaz para el abordaje terapéutico de los adolescentes tempranos violentos y nos alienta a continuar en la profundización del mismo.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author
- Balint, M. (1982) *La falta básica*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Benyakar, M. (2003) *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos
- Beutler, L., Crago, M. & Allester Neufeld, T. (1994) "Therapist variables". En A. Bergin y S. Gartfield (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 229-269. New York: Wiley and Sons.
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F. & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Schiavi, J. M. (2005) "Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders". *Clinical Neuroscience Research*, 4, 379-386.
- Bleichmar, E. (1988) Psicoterapia de grupos de niños. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. XI, N° 1. pp 29-40
- Gartfield, S. (1994) "Research on client variables psychotherapy". En A. Bergin y S. Gartfield (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 190-228. New York: Wiley and Sons.
- Giovacchini, P. (1989) "El adolescente borderline como objeto transicional: una variación común", en Brandt, L, Giovacchini, P., et.al *Adolescentes borderline*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Kaës, R. (1976) *El aparato psíquico grupal*, Barcelona, Granica, 1977
- Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*, Bs As, CEA, 1991
- Kernberg, O.F. (1989) The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. En Kernberg, O.F. (Ed.), *Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America* (pp. 553-570). Philadelphia: Saunders.
- Kernberg, O. F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, P. F.; Weiner, A. & Bardenstein, K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Khan, M. (1963) The concept of cumulative trauma. *The privacy of the self*. Londres: Hogarth; New York: Int Univ. Press, 1974
- Masterson, J.F. (1975) *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Colección Paidós-Asappia
- Payarola, M. (2001) "Estudio de la variable 'maltrato infantil' en una muestra de hombres violentos". *Manuscrito sin publicar*. Buenos Aires
- Quiroga, S. (1998) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: Eudeba

Quiroga, S. & Levy, M. (2000) "Evaluación de la Alexitimia en Adolescentes en zona de riesgo. Afecto y ausencia de palabras". *II Latin American Research Congress. FEPAL - IPA (International Psychoanalytical Association)*. Tema del Congreso: "Cambio psíquico. Criterios de evaluación" Gramado (Brasil)

Quiroga, S. E., Emborg, P; González, M; Pérez Caputo, M.C. & Fernández, G. (2002) "Manifestaciones de la lógica de la adolescencia temprana a través de la Escala PERI". *IX Jornadas de Investigación: "Presente y Futuro de la Investigación en Psicología"*. Facultad de Psicología de la UBA.

Quiroga, S., Nievas, E; Domínguez, M; González, M. & Emborg, P. (2003) "Sucesos traumáticos en la adolescencia temprana. Presencia e intensidad del hecho traumático en tres poblaciones con diferentes grados de vulnerabilidad psicosocial". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Tomo I, págs. 88-90. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Quiroga, S., González, M.; Pérez Caputo, M.C. & Melicci, J. (2003) "Prevención de la deserción a la consulta psicológica. Inclusión de nuevas técnicas para favorecer la eficacia terapéutica". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Tomo I, págs. 66-68. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750

Quiroga, S., Piccini, M., Vega, V., Paradiso, L., Cryan, G. & Nievas, E. (2003) "Prevención, Asistencia e Investigación en un Servicio de Psicología Clínica para Adolescentes con Patologías de la Autodestrucción". VII Jornadas Nacionales de Prevención del Suicidio. *V Jornada de Suicidología del Mercosur. III Encuentro Nacional Universitario sobre Suicidio Adolescente. I Jornadas Provinciales de Prevención del Suicidio*. 10 y 11 de octubre de 2003

Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Moreno, C. & Auguste, L. (2003) "La vincularidad en grupos paralelos de terapia focalizada para adolescentes tempranos con conductas antisociales y sus padres". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 95-97

Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Auguste, L. & Zaga, D. (2004) "Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 71-73

Quiroga, S., González, M. & Pérez Caputo, M.C (2004) "Una aproximación al problema de la adherencia al tratamiento con adolescentes vulnerables". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Tomo I, págs. 43-44. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Quiroga, S. & Cryan, G. (2005b) "Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial". *Memorias de las XII Jornadas de Investigación: "Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional"* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

- Quiroga, S. Paradiso, L. & Cryan, G. (2006) “Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada- GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad”. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores del Mercosur: “Paradigmas, métodos y técnicas”* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-61
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2007c) Manifestaciones de la Violencia en Adolescentes de Alto Riesgo. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur “La investigación en psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza”*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 104-106
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2007d) Adaptación del Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM) a una población de alto riesgo psicosocial. *XV Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Tomo I, pp. 31-41
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2008c) Grupos de Terapia Focalizada (GTF): Un Dispositivo para Abordar la Problemática de la Violencia Juvenil. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2008 “Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología”*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-80
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009b) Análisis del Macroproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVI Anuario de Investigaciones*, pp. 73-83. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010c) Implementación de redes Sociales para Adolescentes con Conductas Antisociales y Autodestructivas. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2010 “Aportes de la Investigación en Psicología Social con Impacto en el Abordaje de Problemáticas de Salud, trabajo, Educación o Justicia”*, pp.11-31. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011) Guía Terapéutica Del Dispositivo Grupos De Terapia Focalizada- Gtf Para Adolescentes Violentos *XVIII Anuario de Investigaciones*, pp. 69-80. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012) Niños Rebeldes ... Adolescentes Violentos. *Actualidad Psicológica*. pp. 18-20. Buenos Aires
- Redl, F. & Wineman, D. (1959) *Niños que odian. La desorganización y desequilibrio de los controles de la conducta*. Buenos Aires: Ediciones Hormé
- Sujoy, O. (1990) Factores curativos en los grupos terapéuticos de niños y adolescentes. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. XIII, N° 3-4. pp 25-36
- Van Schaik, D. van Marwijk, H., Beekman, A. de Haan, M. & van Dyck, R. (2007) “Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians” *BMC Family Practice*, 8:52

**PSICOTERAPIA DE GRUPO DE PADRES:
INTERVENCIÓN FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE
DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL**

Sabrina Elian Sosa¹ y María Marta Gómez²

Introducción

En este trabajo desarrollamos la experiencia clínica que desde el año 2009 se realiza en *La Casa de Atención Interdisciplinaria para Víctimas de Delitos contra la integridad sexual*, de la provincia de Córdoba, Argentina. Se entiende al abuso sexual como un delito, con implicancias clínico-sociales, jurídicas, etc., que genera en las personas que lo padecen evidentes efectos traumáticos, y que coloca a dicha población en situación de extrema vulnerabilidad. Consideramos el abuso sexual infantil -según Ley Nacional Argentina 25.087- como un delito contra la integridad sexual, que consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que, por su desarrollo no está preparado y no puede expresarlo. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación asimétrica de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona. (Organización Mundial de la Salud)

¹ Lic. En Psicología. Coordinadora de grupos. Equipo técnico: Casa de atención interdisciplinaria para víctimas de delitos contra la integridad sexual. Consejo Provincial de la Mujer de la Provincia de Córdoba Diplomada en Tratamiento y Prevención de la Violencia. Miembro Proyecto de investigación: “Estudio Clínico y Empírico en Prevención, Diagnóstico y Psicoterapia Psicoanalítica Individual- Grupal. Secretaría Ciencia y Técnica. UNSL. Integrante del Proyecto de Extensión Intervenciones grupales desde una perspectiva Psicoanalítica. UNSL

² Lic. En Psicología. Co-coordinadora de grupos. Equipo técnico: Casa de atención interdisciplinaria para víctimas de delitos contra la integridad sexual. Consejo Provincial de la Mujer de la Provincia de Córdoba. Argentina. Diplomada en Tratamiento y Prevención de la Violencia. Prof. Asistente de la Cátedra de Antropología Sociocultural y Latinoamericana de la Facultad de Psicología de la UNC.

Es posible mencionar diferentes clasificaciones de abuso sexual, cuya discriminación se basa principalmente en función de la relación del abusador con la víctima. De un modo amplio podemos hablar de:

- *Abuso sexual extrafamiliar*: cuando el agresor no posee relación de consanguinidad con la víctima y tampoco pertenece a su grupo familiar.
- *Abuso sexual intrafamiliar*: cuando el agresor posee una relación de consanguinidad o lazo de parentesco con la víctima.

En la visión instintivista del psicoanálisis, Ferenczi, (1933) aborda el abuso desde la perspectiva de la teoría de la seducción-lo cual es discutible- señalando que uno de los aspectos que resulta traumático en el caso de la agresión sexual a un menor, es la no correspondencia entre los deseos del niño y los deseos del adulto. Señala que el niño abusado podría adoptar dos conductas: obediente o desafiante pero incapaz de explicar esta actitud. Si consideramos valioso su aporte para comprender cómo la víctima, a partir de su condición de persona débil y abusada, podría negarse a odiar al individuo dominante y explotador, según este enfoque debido a la gran ansiedad y culpa internalizada que sentiría respecto al abusador, con quien se identifica. Desde un enfoque relacional, Fairbairn (1966) refiere que el factor fundamental que induce al niño a someterse incondicionalmente a un adulto se debe a su estado de dependencia absoluta en su necesidad de amor y cuidado; he aquí donde radica la perversión y no tiene nada que ver con el placer. Cabe destacar que coincidimos con dicho autor, quien investigando los abusos en niños, considera que para el niño se trata lisa y llanamente de una experiencia de objeto malo de la cual no se puede defender, le es intolerable y esto es lo que da origen a la situación traumática.

En el caso de la problemática que nos ocupa, el factor traumático no solo depende del conflicto existente entre las representaciones de vivencia, deseos y fantasías y las representaciones morales del yo. Sino que pasa a constituir una dimensión perteneciente esencialmente al mundo interno, en la que se pierde la ligazón entre éste y la experiencia real de una agresión sexual. Existe una situación, externa e interna, precipitante que el yo afronta de diversas maneras, siendo lo esencial la experiencia de impotencia por parte del yo- que conjuntamente con la falta del cuidado de los padres- intensifica el potencial traumático ya que atenta contra el sentimiento de seguridad que el niño necesita para crecer sano.

Si bien hay que distinguir entre la madre y el niño víctima de abuso, se comparten algunas características que se hacen visibles en la transferencia, por ejemplo en los sentimientos de gran ambivalencia en relación al agresor. En esta situación juega un papel relevante (en la madre y en la víctima) la compulsión a la repetición del trauma por la identificación con el agresor. Según Ferenczi (1933) esta identificación se constituye en un intento del niño de evitar la fragmentación total del sí mismo; el abuso es la violencia en no reconocer la diferencia entre el yo y el otro.

Sin embargo, más allá de la relación víctima- victimario, el abuso sexual, genera una vivencia traumática y modifica las estructuras familiares. De allí que,

consideramos fundamental crear un espacio terapéutico que incluya a los miembros de la familia de la/las víctimas que permita elaborar la situación traumática, revisar la dinámica familiar en crisis, y prevenir situaciones de revictimización, en el cual tiene un lugar especial la transmisión transgeneracional.

¿Por qué trabajar con madres y padres de niños víctimas de abuso sexual?

La mirada teórica que encuadra nuestra tarea psicoterapéutica, adhiere a quienes consideran la estructuración del psiquismo desde un enfoque psicoanalítico relacional, el cual plantea la existencia de una necesidad primaria de establecimiento de vínculos y donde las estructuras psíquicas se originan en la internalización de las experiencias de relación. Las modalidades vinculares y los procesos de identificación cobran un rol protagónico, enfatizando en el efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo tal como lo han propuesto Fairbairn, (1943); Bion, (1959); Winnicott D. (1960); Bowlby, (1963). Así mismo tenemos en cuenta los estudios clínicos y/o empíricos realizados sobre proceso terapéuticos de este modo de intervención aportados por Torrás E. (1998) Taborda A. y Toranzo E. (2004/2011) quienes parten de Foulkes (1981) y Bion (1963) para la comprensión de los grupos terapéuticos.

Desde esta postura la imagen del niño como cerrado sobre sí mismo ha sido suplida por una concepción distinta donde el infante y los padres están continuamente observándose, influenciándose y determinando cada uno de ellos la conducta y significados del otro. Estas importantes variaciones de las conceptualizaciones psicoanalíticas clásicas acerca de la constitución del psiquismo han ido repositando a los padres como participantes activos en el tratamiento del hijo.

Se requiere entonces modificar el modo de abordar las problemáticas de la niñez, creando un nuevo espacio para asistir a los padres como agentes transformadores y autores del devenir de sus hijos. (Sosa S., Toranzo E. 2008) especialmente cuando en estas circunstancias *adversas suele ser la madre lo único que le queda al niño*

El rol o *función de la madre* en la dinámica del abuso sexual, ha tenido diferentes vertientes u opiniones provenientes de los diversos autores que han investigado sobre el tema. Es así como algunos señalan que para que se produzca el incesto debe necesariamente existir una madre cómplice, es decir, alguien que no escucha ni ve, o mejor dicho que no desea escuchar ni ver, mostrando con esto una directa complicidad, "una madre entregadora," en palabras, una madre identificada con el agresor. Rotenberg E. (2000) expone claras diferencias entre el abuso sexual y la fantasía de seducción, además de exponer una comprensión completa y profunda del trauma del incesto. La situación de abuso sexual es un hecho violento y desestructurante para la persona que lo vive, especialmente cuando es acompañado por la renegación o desmentida de la familia de la situación ocurrida.

Hay quienes hablan de una madre que aparece abandonando, deprimida, lo cual hace que no pueda percibir dicha situación. Otros autores refieren una madre con

sus propios conflictos sexuales, que no es capaz de funcionar a un nivel de pareja, por lo cual, en cierta forma "entrega" a su hija al padre incestuoso, para que esta ocupe su rol. Desde otras líneas, se entiende a la madre, como una mujer con conflictos internos y propios, en donde aparece una clara dificultad para identificarse con la maternidad, dados por los conflictos con su propia madre. Welldon, E (2008) realiza una explicación y comprensión acerca de la perversión femenina, donde la maternidad puede constituir un medio para algunas mujeres para ejercer actitudes perversas hacia sus hijos, vengándose así de sus propias madres. Muchos de estos conflictos suelen estar relacionados con su propia historia de abuso, de desprotección y/o abandono, donde las madres incestuosas, tuvieron, a su vez, madres abandonadoras (ya sea física, psicológicamente, o ambas). Se convierten en victimarias de ellas mismas y de sus hijos, su cuerpo y sus hijos son tratados como objetos parciales deshumanizados o como "objetos transicionales con características fetichistas" señala la autora. En cualquiera de estas versiones consideramos un ingrediente esencial a la identificación con una madre suficientemente mala.

Por lo tanto estamos frente a una situación compleja de doble victimización que presentará sus obstáculos a la hora del proceso terapéutico, así es posible pensar que en dicho proceso se curan la madre y el niño en intensa identificación, aunque también consideramos que también es necesario incluir la incidencia de la personalidad y patología de los padres. Destacamos sin embargo, que hemos dejado de lado cualquier intento de parapetarnos detrás de esto último, para no deslizarnos en otro modo de etiquetamiento o sobrediagnóstico que se agrega al de víctima; razón por la cual no se toma el diagnóstico como criterio de exclusión. Se tiene en cuenta centralmente el rol materno y su fortalecimiento para que pueda hacer frente a esta compleja situación descripta.

El grupo familiar deberá entonces, atravesar –aunque no quiera– una experiencia impensable que se presenta de modo disruptivo en la vida de sus miembros, poniendo en jaque su estructura. Las responsabilidades parentales frente a los hijos, la revisión del rol materno y paterno, la movilización de experiencias y vivencias infantiles de los mismos, la modificación de la interacción entre los miembros y parientes cercanos, el acceso a las instituciones judiciales, son sólo algunas de las múltiples conflictivas que se tiene que afrontar una dinámica familiar que en algunas ocasiones ya estaba en crisis.

¿Cómo trabajamos?

1. Objetivos de los grupos terapéuticos de madres y padres

La creación de los grupos terapéuticos para madres y padres de niños/as víctimas de abuso sexual, se propone como principales objetivos:

- Aplicar un diseño terapéutico grupal con objetivos y tiempo limitado, destinado a la atención de madres y padres de niños víctimas de abuso sexual.

- Generar un espacio terapéutico grupal, cuya finalidad apunta a contener y elaborar las conflictivas movilizadas en las madres y padres, a partir de la situación de abuso sexual vivida por sus hijos, favoreciendo y promoviendo vínculos filiales más saludables.

2. *Composición de los grupos terapéuticos*

La Institución en la que realizamos esta experiencia es de carácter pública y gratuita, dedicada a la asistencia especialmente de poblaciones de escasos recursos económicos y sociales. La selección de las madres y padres que integran los grupos psicoterapéuticos, se lleva a cabo a partir de la derivación de la población asistida en la institución en la que trabajamos, como de diferentes instituciones públicas – Hospitales, Centros de Atención a la Víctima, Dispensarios, etc.- de nuestra provincia. Los grupos de madres y padres son de carácter heterogéneo y semiabierto, con objetivos y marco temporal limitado. El número de participantes que conforman los grupos de un máximo de 7 integrantes, en una franja etárea de 23 a 45 años de edad aproximadamente. Se realizan 12 sesiones, con frecuencia semanal, de 1:30 hs. de duración y los grupos son coordinados por dos terapeutas. Con el fin de establecer un equilibrio en la composición del grupo, se selecciona un número de pacientes que no genere marcadas asimetrías en cuanto a:

- **Género:** cantidad similar o sin diferencia significativa entre pacientes de un sexo y otro, en lo que cuenta también el género de los terapeutas.
- **Tipo de abuso:** no configurar un grupo parental en el que la única tipología sea el abuso intrafamiliar (cometido por padres, padrastros o cuidadores) Debido a que cuando el grupo es mixto, lo persecutorio recae en el género masculino, pero especialmente en el rol paterno que se busca preservar.

Es un **criterio de exclusión taxativo** las situaciones en que a) alguno de los padres tuviesen participación directa en el abuso sexual de su/s hijo/s y b) existieran dudas significativas en el diagnóstico de abuso sexual del niño.

En nuestros inicios, un criterio de exclusión lo constituían las situaciones de *alta crisis, por develamiento reciente*; sin embargo esto fue dejado de lado ya que la misma es una situación permanente en el servicio. En estos casos el encuadre grupal se acompaña de una intervención individual siempre que las condiciones institucionales lo permitan.

Dos momentos en la psicoterapia de grupo

La psicoterapia psicoanalítica focalizada atraviesa por las siguientes etapas:

1. Entrevistas de admisión a grupo

Previamente a la tarea grupal se realizan una o más entrevistas clínicas con el objetivo principal de recabar datos acerca del motivo de derivación y/o consulta, y evaluar si las madres y padres poseen las condiciones de incorporarse a la psicoterapia de grupo, según los criterios de exclusión. Además, se exponen las características que definen el espacio terapéutico grupal y los beneficios que podrá proveerles para la elaboración de sus conflictivas.

2. Trabajo grupal en sí mismo:

Los grupos psicoterapéuticos de madres y padres, se plantean como una modalidad complementaria a la de sus hijos, los que en su mayoría se encuentran bajo tratamiento individual en nuestra institución. Se trata de grupos predeterminado en sus objetivos y tiempo, focalizados en la situación de abuso. El encuadre de trabajo busca abarcar la asistencia en términos de:

- a) favorecer la elaboración de la situación traumática resultante del develamiento del abuso sexual de su/s hijo/s,
- b) simultáneamente abocarnos a las preocupaciones y temores de las madres, actuales y futuras en las conductas que presentan o pueden presentar los niños, como consecuencia de la experiencia de abuso: mi hijos será homosexual? , se porta mal y pega en la escuela, podrá relacionarse con varones?, tendrá una vida sexual plena?, será un abusador?. Se busca generar un espacio de contención para la elaboración que incremente la capacidad parental de cuidado de los hijos.
- c) focalizar el tratamiento en el rol de materno/ paterno, analizando y conteniendo las vivencias y dificultades psíquicas que surgen frente a la parentalidad,
- d) abrir un espacio en el que puedan explorar los conflictos que emergen en la relación con sus hijos como producto de las carencias vividas por los padres en su infancia, promoviendo una transmisión generacional menos traumática.

Los grupos son coordinados por dos terapeutas. La implementación de un co-terapeuta en este diseño resulta beneficiosa, por cuanto favorece la coordinación del grupo frente a la gravedad y complejidad de la problemática abordada, la movilización intensa de ansiedad y angustia de sus integrantes en diferentes momentos del proceso grupal. Además, el apoyo mutuo entre terapeutas permite

mantener una mayor objetividad, frente a una transferencia y contratransferencia grupal con intensos componentes persecutorios y dolor.

Ambos terapeutas, realizan las primeras entrevistas previas a la conformación del grupo, lo que permitirá tener un conocimiento directo sobre características personales –historia vital, conflictivas principales, etc.- para posteriormente consensuar la incorporación del paciente.

¿Qué trabajamos? Principales conflictivas

A partir de nuestra experiencia clínica deseamos compartir algunos aspectos generales de las diferentes conflictivas que de modo común aparecen en la dinámica grupal en torno a la experiencia de abuso sexual. A modo de síntesis podemos mencionar:

1. La Comunicación: ¿Como hablar en el grupo?

Una problemática que comúnmente emerge en la dinámica grupal en relación a la comunicación es la dificultad de las madres/padres de “hablar” y “nombrar” la experiencia de abuso vivida por sus hijos, como puede apreciarse en la siguiente viñeta:

-Madre 1: “Después que hicimos la denuncia nunca más hablamos de eso...”

-Madre 2: Yo tampoco hable jamás de lo que sucedió, hay cosas que no sé cómo fueron, a pesar de todo el tiempo que pasó. Cuando en la tele dicen la palabra “violación” y mi hija está cerca me pongo “incomoda, me hace sentir mal”.

Se podría pensar que el sólo pronunciamiento de la palabra le da existencia a la experiencia. La dificultad de solo mencionar, dar un nombre a la experiencia, se presenta en los/as pacientes como una modalidad defensiva frente al reencuentro del dolor psíquico concomitante al develamiento de la situación abusiva. De este modo se reproduce en la dinámica grupal lo que sucede en el seno familiar, donde “se sabe, pero no se nombra”.

2- La ambivalencia. Con el agresor y con el hijo victima?

En una sesión de grupo una madre relata que su niño frente a la experiencia de abuso, oscila entre hacer como si “no pasó nada” o “insistentemente hablarle del tema”, provocando que se ponga “como loca”; trabajada esta situación, se pudo ver cómo esta última actitud, coincide con el hecho de que la madre vuelve a establecer

relaciones con el padre abusador. Cuando toma la primera actitud señalada, el niño con el olvido trata de aliviar a su madre.

Cabe aclarar que cuando se presentan situaciones perversas entre la madre y el abusador, el grupo presiona fuertemente, no sólo porque se trata de un doble discurso que enloquece al niño, sino por el riesgo para éste. Además porque constituye una premisa básica para continuar perteneciendo al grupo no violar restricciones legales – como las de impedimento de contacto con el supuesto agresor- .

En el curso del proceso terapéutico es recurrente que la madre se alíe inconscientemente con el agresor (intrafamiliar), lo que trae como consecuencia una contratransferencia impregnada de rechazo en la dinámica grupal. En algunos de estos casos, generalmente encontramos que la madre también ha sufrido abuso en la infancia. De allí la importancia de una comprensión profunda y la ayuda de un buen diagnóstico, para comprender el mecanismo de renegación que está operando, y por ende repitiendo compulsivamente. Es esencial para el terapeuta la comprensión de esta situación a los efectos de manejar adecuadamente la transferencia en el grupo. Esto se hace más difícil por cuanto hay un niño indefenso de por medio, con el cual identificarse resulta más fácil.

3. Cuidado-Descuidos: ¿Cómo cuidar a los hijos? ¿De qué cuidarlos?

La problemática del “cuidar” como función materna/paternas, se presenta como una conflictiva común y central en la dinámica grupal.

La indiscriminación entre riesgos reales y fantasías, temores presentes y futuros sobre el bienestar de los hijos, como de los propios miedos y el de los otros, aparece como una característica consecuente en los pacientes a partir de la situación de abuso. La experiencia de abuso sexual expresa fallas en una de las principales funciones parentales, la de proveer de protección y cuidado frente a los peligros externos; los padres/ madres no han podido cuidar a los niños del abuso, así es que la ausencia de este referente trasforma todo en peligroso. La indiscriminación puede adoptar otra forma de manifestación, en donde la capacidad de cuidar y ejercer el cuidado quedan anuladas frente a la experiencia vivida; así se manifiesta en la siguiente viñeta:

-Madre 1: Vivo encerrada con mis hijos, no los dejo salir a ningún lado, temo siempre que les pase algo malo.

-Madre2: Lo que te tiene que pasar te va a pasar. Lo peor ya paso, que mas puede pasar?

La emergencia de la problemática del cuidado, moviliza experiencias infantiles propias: ¿de qué modo estos padres fueron cuidados? Observándose fallas en las relaciones primarias, y su impacto en la transmisión transgeneracional.

Esta falta de discriminación se observa en la reiterada polaridad según expresa esta viñeta:

-Madre1: Nunca me hablaron de la sexualidad, de cómo cuidarme eso lo aprendí sola.

-Madre2: Mi mamá me controlaba todos los meses las toallitas para ver si me indisponía.

-Madre3: A mí también, no sabía porque lo hacía.

De este modo es necesario enfocar la labor terapéutica en pos de favorecer la discriminación y reconocimiento de las situaciones de riesgo, diferenciándolas de aquellas que se expresan como consecuencia de la conflictiva mencionada. La posibilidad de trabajar sobre las propias experiencias abre un nuevo espacio para pensar las relaciones actuales con sus hijos. En este sentido cabe destacar la importancia de dar un lugar aunque sea pequeño a la historia de los padres- aun cuando esto tenga de algún modo un carácter resistencial - debido a que una proporción importante estos también han sufrido abusos y descuidos en la infancia. Posiblemente aquí es donde se origina la mayor dificultad en la protección de los hijos, y en la medida en que este histórico trauma queda escotomizado, influye en la evolución del trauma actual.

4. Intimidad: ¿Qué es lo propio?

Esta temática se relaciona con la posibilidad de reconocer y discriminar entre las necesidades propias y la de los niños frente a qué y cómo dan a conocer a terceros sobre la situación vivida (escuela, vecinos, etc.) conjuntamente a la desarrollar la capacidad de cuidar su intimidad que ha sido traumáticamente vulnerada. La viñeta a continuación muestra:

-Madre1: Le dije a todos lo que le paso a Mario y quien fue el que se lo hizo.

-Madre2: Pero eso no le hace mal a los chicos?

-Madre1: Por qué?

-Madre2: No se...lo puede hacer sentir mal, que sepan.

-Madre3: Es que te dan ganas que todos sepan quiénes son esos degenerados!

-Terapeuta: (señala)-pero esto no les pasó a Uds..... le pasó al niño....

La necesidad de elaborar la hostilidad y agresión experimentada por madres y padres como consecuencia de la frustración e impotencia ante el develamiento del abuso de su/s hijo/s, se presenta como una conflictiva central a trabajar terapéuticamente, especialmente para prevenir la exposición de los niños que en muchos casos podría derivar en nuevas victimizaciones. Por otra parte la modalidad expulsiva de resolver las situaciones, da cuenta de la dificultad de metabolización y continente de las/os madres/padres. La fragilidad de éstos también se pone en evidencia al enfrentar este momento familiar.

5. Reorganización en la dinámica familiar: ¿Cómo seguir en familia?

Como hemos mencionado el develamiento provoca importantes modificaciones en la vida familiar, éstas se presentan con mayor agudeza en los casos donde el abuso se ha producido dentro de la familia. Ante esta situación la opción de preservar el vínculo con la víctima y asumir una función protectora, implica la pérdida de otros vínculos familiares; como se puede observar en la siguiente viñeta:

-Madre1: "...él era violento, sí...me pegaba. Yo trataba de conciliar, de sacar la familia adelante, pero eso nunca me lo imagine. Yo iba a terapia, mi hija iba a terapia...no se, no lo vi. Ahora estoy sola y veo que estamos mejor.

-Madre2: "...y bueno. Yo siempre la quise mucho a mi hermana. Hacíamos todo juntas, cuando ella estuvo tan enferma yo estaba con ella, lo mismo yo. Si necesitaba algo la buscaba a mi hermana. Pero bueno, pienso que ella esta peor que yo... ella sigue viviendo con mi cuñado...el que abusó de mi hija. Yo la extraño mucho a mi hermana."

-Madre3: A veces hay que elegir... entre los hijos y la hermana o la madre.

Los vínculos con la familia de origen, con los hijos víctimas de abuso, con los demás miembros de la familia y con la pareja, entran en crisis inevitablemente se producen pérdidas, es decir daños colaterales. Se interrumpen lazos, relaciones y se frustran proyectos que desencadenan procesos de duelo que necesitan ser atravesados. Su elaboración es muy dificultosa por la combinación de sentimientos de odio con los de tristeza a los que se suman los que acompañan a historias pasadas -de la infancia de los padres- que se remueven en el aquí -ahora, algunos de carácter muy ambivalente.

-Madre1: -yo nunca me sentí segura con mi padre hasta que se murió.....cuando iba a verlo después que salió de la cárcel tenía miedo que le hiciera algo a mis hijos

Finalmente la complejidad afectiva adquiere una dramática mayor si existe rechazo o ambivalencia en el vínculo con el hijo abusado, que se manifiesta secretamente en el fastidio que les provoca, por ejemplo, la cantidad de trámites que deben realizar. Esto podría tomarse como expresión de la identificación proyectiva de aspectos rechazados en el sí mismo materno, que se presentifican en el hijo.

6. Recursos y limitaciones personales: ¿Se puede con todo?

Una de las conflictivas más frecuentes se relaciona con las responsabilidades del rol materno, paterno, la capacidad de responder a las demandas de sus hijos, la necesidad de límites y el reconocimiento de lo que no se puede, o es difícil de pensar, sentir y hacer. A continuación en la viñeta se observa:

-Madre1: Ahora tengo que trabajar porque mi marido era el que trabajaba, pero no sé cómo hacer con los chicos me da miedo dejarlos solos, que les pase algo. Siento que no puedo con todo sola.

-Madre2: “Yo me acuerdo cuando vine...tenía un lío...no sabía que pensar, como hacer...Pero la chicas me ayudaron mucho, entre todas, salimos adelante. Antes me sentía culpable ahora me siento responsable.”

Las modificaciones en la dinámica familiar, sitúa a estos padres -especialmente en el caso en que uno de los cónyuges se transforma en el único sostén emocional y económico de su familia,-frente a las limitaciones personales .En algunos casos enfrentan con omnipotencia las múltiples demandas para luego caer en el abatimiento.

El espacio grupal de este modo se transforma en un lugar de reconocimiento de las propias carencias, como así también de los propios recursos internos y con qué aliados podrían contar en el medio para afrontar una realidad nueva muchas veces apremiante.

7. Problemáticas relacionadas al proceso legal: ¿De qué se trata esto?

Transitar por el universo de lo jurídico implica para todos ingresar a una realidad que se presenta desconocida, tanto por su lenguaje como por sus prácticas. La siguiente viñeta refiere:

-Madre1: Me acuerdo cuando iba a tribunales y me decían unas cosas...que yo decía ¿de qué me habla? No entendía

nada...Pensaba:¿soy tan inútil? Me hablaba de que si era querellante o no era querellante...? Que es eso? Me conviene a mí? No se...ahora ya sé, pero igual uno se pierde. Yo no soy ignorante, soy maestra, pero con eso...no se...!

-Madre2: El abogado que tengo es un amigo...me dijo que fuera e ver como estaba la causa. Ya tendría que haber ido, pero no fui...no puedo.

-Madre3: Me citaron para una...pericia? Puede ser?... con la gorda, a él también lo van a citar?

El inicio de la relación de los padres y madres con el espacio jurídico, se coloca comúnmente en el centro en la dinámica grupal. El acceso a este mundo desconocido pone en movimiento ansiedades persecutorias, como así también sentimientos de indefensión y desvalimiento, con mayor énfasis en aquellos casos donde no se cuenta con asesoramiento o representante legal que mediaten el encuentro con el funcionamiento de esta institución. El “encuentro” con el proceso legal, se ve obstaculizado por conflictivas internas como: el sentimiento de culpa y su juzgamiento. ¿Qué hice yo para que esto sucediera? ¿Cuál es mi responsabilidad? ¿Soy mala madre? ¿Mal padre? .Es decir se incrementan ansiedades fuertemente persecutorias que conllevan a denuncias poco claras. Especialmente cuando el abuso sexual es intrafamiliar, se tiñe de sentimientos ambivalentes ligados a las consecuencias de las conclusiones del enjuiciamiento y reclusión de un integrante de la familia odiado pero también amado. La labor terapéutica se enfoca, en esta compleja perspectiva, primeramente en la posibilidad de reflexionar acerca de los sentimientos que surgen frente a la justicia, encontrándole un sentido a la intervención judicial frente al abuso sexual de su/s hijo/s. Y conjuntamente favorecer el intercambio de las distintas experiencias de cada uno en este terreno en el cual los más adelantados ayudan a los que recién se inician, con lo cual disminuyen de fantasías, temores ligados al mundo judicial y sus instituciones.

Conclusiones

Consideramos que la posición de las madres frente a la situación de abuso de sus hijos la mayoría de las veces, ha sido cuestionada, aunque pobremente investigada desde la psicología clínica, registrándose una mayor producción teórica desde la sociología, teoría de género y trabajo social; en ese sentido nuestra modalidad de intervención procura ser un aporte. En términos generales al interior de los grupos,

podemos encontrar un predominio de madres que denominamos *revictimizadas*; es decir a la victimización sufrida por éstas en su propia historia vital, experiencias de abuso sexual, emocional y/o físico en su infancia, se le suma una nueva, ahora con sus hijos. Es así que el abuso sexual infantil como otros delitos contra la integridad sexual, refiere a una conflictiva compleja, que requiere de dispositivos específicos en su tratamiento y prevención. En nuestra experiencia clínica hemos observado múltiples ventajas en la implementación del diseño grupal para el abordaje de esta intrincada conflictiva.

Encontramos que el factor terapéutico que ocupa un papel central es el *altruismo* - junto a otros que se encuentran relacionados entre sí- los cuales surgen como emergentes de la propia dinámica grupal especialmente de la comunicación, en cuyo seno se darán los cambios tal como señala Foulkes. Ponerse en lugar del otro, es decir empatizar, en una situación que atenta contra nuestra capacidad de pensar, es muy difícil; cuando esto se consigue ya se pone en marcha el proceso curativo.

Consideramos que sólo cuando los padres logran mostrar su rabia e impotencia por la situación vivida e identificarse con otros en igual situación, cuando logran contactarse con sentimientos inconscientes y especialmente si realizan la acción específica correspondiente al hecho (denuncia, trámites etc.) se puede encaminar la elaboración la situación traumática, luego perdonar, perdonarse a sí misma, y aminorar la culpa.

Podemos destacar que el espacio grupal para estos padres se instaura como una fuente de referencia para enfrentar problemas o buscar respuestas a situaciones cotidianas que afrontan con sus hijos o acerca de sí mismos. La posibilidad de socialización de una experiencia difícil de transmitir a otros que no la han vivido es también lugar de apoyo y empatía en la que no van a ser juzgados sino acompañados. En el grupo la experiencia de abuso sexual de su/s hijo/s, se universaliza, promoviendo la desestigmatización y la posibilidad de pensar lo que se presenta como impensable.

Para un paciente que inicia la terapia, que se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie - ya que no ha podido ser lo suficientemente bueno para sus hijos. -la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante, y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima. Este factor terapéutico descrito como altruismo por Vinogradov; (1996), es de carácter exclusivo en la psicoterapia de grupo y se hace más significativo en la atención de

esta problemática. Frente a la experiencia traumática del abuso sexual que los puso frente a la propia imposibilidad de haber podido cuidar, el grupo les devuelve una imagen diferente de sí mismas, pueden reconocer sus propios logros. Ayudar, escuchar, resolver con otros, es poder ayudar, escuchar y resolver con sus hijos. Es construir lazos de solidaridad para recontextualizar lo traumático. La creación de un espacio psicoterapéutico grupal, permite generar recursos frente a las dificultades que las madres presentan en comprender, contener y acompañar a los niños en la elaboración de sus conflictos ligados al abuso sexual. Tal como señalan investigaciones de Taborda y Toranzo (2005), estimula la capacidad de entender los problemas por los que atraviesan incrementando la capacidad de contenerlo en sus dificultades. Además, permite trascender la dimensión individual e ir más allá y trabajar las problemáticas de la víctima desde una perspectiva global, asistiendo a sus padres e incluyéndolas en el proceso de cura a favor de un desarrollo vital (psico-bio-social) más saludable.

Contemplamos centralmente que la finalidad privilegiada del dispositivo grupal es resolver la transferencia con la institución que trae como consecuencia de cronicidad o acostumbramiento en el/la paciente o abandonos intempestivos.

A partir de la instalación de este dispositivo en la institución se pudo observar una alta adherencia al mismo y una circulación del paciente más flexible a las diferentes instancias del servicio. Asistir en forma periódica a una institución dedicada a la asistencia de víctimas supone asumir la posición de víctima. Cuando sostenemos que el grupo de madres/padres apoya el tratamiento del niño, lo hacemos desde la perspectiva de que una institución que asiste a víctimas, debe tener un protagonismo limitado en la trayectoria de las personas que la transitan.

Finalmente, nuestro objetivo es acotar los efectos del hecho traumático en la subjetividad de quien la ha padecido y su principal finalidad restituir a esa víctima su calidad de niño y a los padres sus roles como tales.

Referencias Bibliográficas

- Abelleira, H. y Delucca, N. (2004) "*Clínica forense en familias. Historización de una práctica*". Buenos aires. Ed. Lugar
- Bion, W. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Paidós.
- Cruceño N., Sosa S. y Gómez, M. (2009): "*Una experiencia en psicoterapia grupal con madres de niños víctimas abuso sexual*". XIII Congreso Argentino de

- Psicología. Compromiso social frente a las problemáticas actuales. Buenos Aires. Ed. Lerner
- Fairbairn, W. (1966): *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires. Paidós.
- Ferenczi, S. (1984): *Confusión de lenguas entre el adulto y el niño*. 1932. Obras Completas. Tomo IV. Espasa Calpe. Madrid.
- Foulkes S. (1981): *Psicoterapia grupo-analítica. Métodos y principios*. Barcelona. Ed. Gedisa
- Rotenberg e. (2000): *Abuso sexual infantil*. Revista de Psicoanálisis, N° 7 Especial Internacional. Edit. Asociación Psicoanalítica Argentina,
- Sanz, D. y Molina, A. (1999): “*Violencia y Abuso en la Familia*”. Buenos Aires. Ed. Lumen.
- Sosa S., Toranzo E. (2008): *Atención Psicológica De Madres De Niños Víctimas De Abuso Sexual En Servicios Públicos*. Revista De Psicología y Humanidades. On line. DISPONIBLE: WWW.EEPSYS.COM
- Taborda A. y Toranzo E. (2004): *Un Enfoque de Psicoterapia Psicoanalítica De Grupo: Grupos Paralelos De Padres E Hijos*. Revista “*Clínica y Análisis Grupal*” Vol.26 (2) págs.063-077. España.
- Taborda A. y Toranzo E. (2005): “*Psicoterapia Psicoanalítica de grupos paralelos padres-hijos: Una modalidad diagnóstica para padres*” Rev. Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente”. Barcelona. España.
- Taborda A. y Toranzo E. y otros (2011) *Psicoterapia de grupo paralelo de padres e hijos: Estudio de proceso terapéutico del grupo de padres*. Ed. Noveduc cap. 21.págs.247-268.Argentina
- Toranzo E. y Sosa S. (2007) *Grupos Psicoterapéuticos Paralelos de Padres E Hijos: Trabajo Psicoanalítico Con Padres*. Boletín Informativo. ADEIP. Año 19 N°55, pág.14-19.Argentina.
- Torrás De Bèa E. (1996) *Grupos de Padres e Hijos en Psiquiatría Psicoanalítica*. España. Ed. Paidós.
- Vinogradov, Sophia y Yalom, Irvin D. (1996) “*Guía Breve De Psicoterapia De Grupo*”. Barcelona. Ed. Paidós.

Welldon, E (1993) *“Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad”* .Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores S.A.

AL INTERIOR DE UN GRUPO DE PADRES

Elena Toranzo y Alejandra Taborda

En concordancia con lo que hemos expuesto hasta aquí, los grupos de padres, focalizados en la problemática relacional paterno-filial, tienen como objetivos centrales: 1) Explorar y promover el contacto emocional con los aspectos intersubjetivos subsumidos en la sintomatología que presenta el niño y 2) Intervenir en los focos conflictivos de la relación con el hijo. Definimos foco como una organización compleja pero eminentemente empírica que se construye en el aquí-ahora con el paciente, en donde se establece el punto nodal o eje de la problemática. Operativamente el mismo puede aparecer más o menos explícitamente condensado en el motivo de consulta y en sus diversos momentos de expresión a lo largo del tratamiento.

En nuestra experiencia, el trabajo grupal focalizado en el rol parental configura un setting apropiado para la realización de dichos propósitos. Favorece -a partir de experimentar vivencias relacionales de comunicación positiva- la expresión y elaboración de sentimientos persecutorios, ligados a experiencias frustrantes constitutivas del objeto malo que no pudieron ser lo suficientemente transformadas.

Cabe recordar que las intervenciones del terapeuta, en el grupo de padres se orientan según el denominado continuo interpretativo que abarca: 1- Preguntas, destinadas a ampliar la información de lo que se relata o muestra. 2- Reflejo, el terapeuta hace de espejo o traductor del material pre-verbales. 3- Señalamientos, procuran estimular el desarrollo de una nueva manera de percibir la experiencia y llamar la atención sobre los componentes significativos de la misma. Sientan las bases para la comprensión que coadyuva al desarrollo de la capacidad de insight. 4- Clarificación, reformulaciones del relato para despejar y recortar los elementos significativos. 5- Confirmaciones y rectificaciones, las primeras tienden a contribuir a la confianza del paciente en sí mismo. Las segundas buscan poner en relieve los escotomas del discurso por el estrechamiento de la conciencia. 6- Confrontación, apoyados en la narrativa, más que en la transferencia, se intenta llegar hasta lo implícito inconsciente. 7- Interpretación, verbalizaciones de los contenidos inconscientes en términos de defensa y resistencias actualizadas en la transferencia

con el terapeuta (Fiorini, 2002). Además, se incluyen un conjunto de intervenciones, guiadas por el sentido común, que resultan necesarias en determinados momentos, entre ellas proveer y reiterar explicitaciones del contrato, información, sugerencias y consejos. Se implementan en una combinación infinita e irrepetible, según las características personales de los integrantes, del grupo como todo, de sus momentos y dinámica. En síntesis, están implicadas la modalidad y experiencia del terapeuta en conjunción con la multiplicidad de fenómenos transferenciales y no transferenciales que acontecen en el transcurrir del tratamiento.

A continuación, presentaremos a las participantes de un grupo terapéutico de padres, a través de una síntesis del material recogido en diferentes instancias del proceso.

El grupo del que nos ocuparemos es semicerrado y de un año de duración. Inicialmente se integró por seis madres, de las cuales asistieron cuatro de un modo estable hasta la finalización del tratamiento (María, Beatriz, Gabriela, Inés) Las dos restantes, quienes comparten la problemática del secreto sobre la paternidad del hijo, lo hicieron de un modo irregular (Luisa y Carmen). En ambos casos, tal como se especificó en los capítulos 4 y 5, el tratamiento comenzó con la inclusión de las madres en el grupo y los niños -una vez informados por sus padres de esta realidad- recibieron, en primer término, psicoterapia individual.

María (M.) argentina, 36 años, casada, 6 hijos. Consulta porque su hijo de ocho años, a quien llamaremos Carlos (C) había sido excluido del grado común e incorporado en la sección especial de nivelación por reiteradas dificultades de aprendizaje. Además, en la escuela extraía sin permiso las pertenencias de sus compañeros, en ocasiones se arrancaba el pelo y estuvo medicado, por el lapso aproximado de un año por Déficit Atencional, fármaco que había abandonado en forma previa a la consulta psicológica. (M) cuenta que tiene ocho hijos y en su relato se puede observar cómo está pérdida entre ellos y su marido que era alcohólico. Refiere también que en otra ocasión asistió a un grupo religioso que les hizo muy bien y ayudó a su esposo a dejar de consumir alcohol. El recuerdo de este grupo se mantenía aún muy presente, tanto es así que con frecuencia en el grupo de padres saludaba con una oración. Recordemos, que era llamativa su fragilidad, muy menuda y delgada, desaliñada en su peinado, con una palidez asociable a falta de alimentación, acompañada de un lenguaje pobre, monótono, en cierto grado confuso, reducido contacto visual que traducía timidez. En otros momentos, el discurso se tornaba verborágico, costaba seguirle el hilo y determinar secuencias temporales. En la transferencia positiva se reunía el interés por colaborar con el tratamiento del niño, conjuntamente con su propia necesidad de dependencia.

Beatriz (B) chilena, 35 años, casada, 3 hijos. Refiere que su hijo de ocho años, al que llamaremos Adrián (A) ha tenido diferentes tratamientos, desde los cuatro años lo llevaron de un lugar a otro, al neurólogo, fonoaudiólogo, psicopedagoga, nunca se dejaron estar. Relata que "(A) empezó con no poder hablar a los dos años...él es muy

bueno, excelente, ordenado, muy tímido, callado y muy distinto a sus hermanos. Veo ahora, como el hermano pequeño me dice de todo, sin ningún problema, este chiquito es muy argentino. La niña es igual, muy conversadora...en cambio a Adriancito le costó mucho todo”...Desde siempre estuvo con fonoaudióloga y en tratamiento psicofarmacológico por Déficit Atencional... He tenido también problemas con las maestras a raíz de que no me ayudaban con el tema. Me costó aceptar que él tenía problemas... me costó muchísimo aceptarlo, yo antes a mí me hablaban de (A) y lloraba, hoy en día no...mi marido es muy bueno le tiene paciencia, el trabaja mucho pero se hace tiempo para estar con los niños... Vivimos mucho tiempo en el fondo de la casa de su madre pero ahora iremos casa propia... Nos costó acostumbrarnos a Argentina, tuvimos que exiliarnos cuando estaba embarazada por problemas políticos y para colmo cuando (A) tenía dos años murió mi padre” Se presenta como una persona que no le gusta mucho hablar y en las distintas instancias del abordaje, se la observa tensa, la piel de la cara enrojecida, rígida, parece a punto de explotar y, a la vez, excesivamente controlada.

Gabriela (G), argentina, 27 años, casada, 4 hijos presenta a su hija de 7 años Gabrielita (Ga) como un desastre, terrible, resulta difícil de manejar. Refiere “no tuve dificultades con ella hasta los dos años, cuando estábamos las dos solas, pero ahora es inmanejable y me enfrenta...no tiene problemas para aprender en la escuela, como hace todo rápido, termina antes y se dedica a molestar pellizcar, tirar el pelo o charlar... Es demasiado despierta, es una avispa y es difícil de seguirle el ritmo cuando yo voy, ella ya está de vuelta...tengo que estar muy atenta, vive preguntando cosas que a veces no sé cómo responderle.” Cuenta que tiene tres hijos más, muy seguidos, y por ahí eso también influye en que no tenga paciencia, en cambio antes se dedicaba sólo a Gabrielita. Su madre le ayuda a veces a cuidarlos, especialmente cuando ella hace changas vendiendo leña que traen del campo, porque su esposo es un poco quedado. Refiere que no es hija de su marido y le dijo la verdad muy bruta cuando la nena tenía dos años. Relata que no le pierde pisada, le exige que haga todo bien y pierde la paciencia, no se puede controlar y esto no la deja dormir tranquila porque llega a pegarle. Su modo de presentar y actuar con la niña, tanto en la Entrevista para padres como en la etapa inicial del grupo, impactaba de manera tal que, con frecuencia, despertaba rechazo y simultáneamente la ubicaba en el centro de atención. Su preocupación por las dificultades para controlarse, que la colocaba en el lugar de “madre mala” dentro del grupo, promovió el trabajo activo de problemáticas referidas a los derechos y obligaciones en el marco de las relaciones asimétricas, los diversos modos de establecer pautas y la repetición de modelos familiares.

Ines (I) argentina, 33 años, concubina, 3 hijos, madre de Patricia (Pa) de 8 años de edad. Dice “no sé qué hacer... (Pa) va mal en la escuela...no junta las palabras, quiere ir a donde está el padre yo estoy separada hace bastante tiempo... él era un tipo que me golpeaba mucho... tomaba mucho.....también se drogaba, sin embargo se quiere ir con él, no acepta la situación. Yo por ahí voy a la casa de mi suegra,

porque él vive con mi suegra y estoy ahí y mi hija cree que me voy a “abuonar”, cuando llega el momento que me voy a ir a mi casa se transforma... yo la traje a la psicóloga el año pasado; pero no me puedo acordar como se llamaba la señorita que la atendía... Yo no permito que mi pareja la rete ni la mande... por ahí no es el problema. Ya le he dicho ‘yo volver con tu papá no voy a volver’... tengo, dos hijos más... tres hijos más... tengo una hija de diecisiete... ya soy abuela también de dos por falta de uno... y tengo un hijo de diez... y un bebé de dos años, todos son de distintos padres. La mando a hacer los deberes que le dan para la casa... y así yo la ponga en penitencia o le pegue... yo soy de pegarles... no soy mucho de hablarles... eh... no los va a hacer, pero si yo le digo ‘andáte en la bicicleta hasta la casa de tu papá’ los hace y sale corriendo’... Ahora creo que estoy de nuevo embarazada. Es una madre que impresiona como fuerte y con experiencia de vida riesgosa, impulsiva, que viene a descargarse, genera un poco de desconfianza en el resto de las madres y dudas sobre la continuidad dentro del grupo.

Luisa (L) argentina, 33 años, casada, 2 hijos, madre de Juan (J) de ocho años. Expresa: “no aprende, va por tercera vez a primer grado, no adelanta y ahora se ha puesto agresivo... antes le quitaba el autito a lo mejor la hermana y no le hacía nada, ahora le quita el autito la zamarrea y hasta la agarra del cuello, antes nunca lo había hecho a eso... En la escuela un día trabaja y otro no. A veces cuando lo retan en la escuela se va al patio y se sube a un árbol para que nadie lo moleste... el problema es que no nos animamos a contarle que mi marido no es el padre... para mi ver él no ha sido un mal padre ... (J) lo que ha querido... él le ha comprado, lo ha llevado, lo ha sacado, lo ha llevado a pasear... no tanto pero... han salido, se van solos... siempre tratamos los dos de decírselo, pero como veíamos este problema que él anda mal en la escuela y todo eso, decíamos ‘y si se lo decimos y se atrasa más o lo perjudica más en la escuela’ así que: por eso teníamos también ese temor de decírselo y que le perjudicara mucho la escuela... o se pusiera agresivo... qué sé yo, uno piensa... yo pienso... pensaba de todas formas siempre lo malo no lo bueno... antes le pegaban, lo pateaban, le tiraban los pelos, le tiraban los útiles y él callado iba y los levantaba o iba y se quedaba en un rincón llorando... y ahora es como que él se ha despertado... Él vivió con mis padres en Mendoza hasta hace tres años y siempre quiere quedarse con ellos... extraña mucho a sus abuelos. En sus intervenciones grupales impresiona como una madre tranquila, que a todo trata de darle una solución pacífica.

Carmen (C) argentina, 34 años, casada, 2 hijos, Madre de Nicolás (N). Ha sido derivada, al grupo de padres, por la psicóloga de la institución para que puedan ayudarla a cómo decirle a su hijo quién es su verdadero padre, por lo cual el niño no es atendido hasta que los padres no resuelvan esta situación. Si bien están de acuerdo con el marido en decirle a (N) la verdad, no saben cuándo ni cómo. (C) refiere “no me habla... se está poniendo difícil de manejar... Pensamos decirle lo del padre después que vuelva de las vacaciones... no sabemos cómo lo va a tomar... muchas veces lo he frenado a mi marido porque es como que él ha tenido ganas de hablarle

solo eh... de contarle solo, entonces le digo no tenemos que estar los tres y se supone que tengo que ser yo la que tiene que contarle como han ido sucediendo las cosas...más de una vez el niño hace cosas malas...y yo se las he dicho obviamente...pero más de una vez hemos tenido discusiones porque también a veces le ha pegado. Otro problema familiar es que tengo mi suegro que vive con nosotros y bueno la educación que él ha recibido no es la misma que reciben los chicos ahora, entonces para mí es un problema eso...porque si yo por ejemplo digo 'no, esto es así' él dice 'no, a mí me parece que es así' y entonces bueno...para no pelear con él y no tener discusiones le digo bueno lo vamos a hacer por el momento así... para mí es como un peso que esté con nosotros porque no podemos tomar nuestras propias decisiones...siempre tenemos una agarrada por algo... por otra parte mi madre me aconseja que hablemos pronto con (N)...porque a ella le dijeron ya grande que era hija de su hermana...fue algo terrible para ella , por eso insiste en que es mejor que lo hagamos cuanto antes". En la transferencia impresiona como alguien muy tensa, ansiosa y presionada, con muchas cosas de las cuales descargarse.

Estudio clínico del grupo de padres y la problemática de la diferenciación

En la interioridad del grupo y para apreciar su rica dinámica a la luz de los conceptos psicoanalíticos que guían nuestro abordaje, centramos el análisis en los complejos fenómenos de la transferencia, la identificación proyectiva y la empatía en sentido amplio. Para ordenar la inmensidad de material clínico, formulamos las siguientes categorías cualitativas: -capacidad para focalizar, -temáticas, -clima emocional, -interacción, -comunicación e -intervenciones del terapeuta. Asimismo, es indudable que nuestros estudios de macro y micro proceso realizado con métodos empíricos, ejercerán cierta influencia en este análisis. (Taborda, Toranzo y otros 2008, 2009, 2010 y 2011)

Se trabaja en el marco de las transcripciones verbatim de once sesiones del primer corte del tratamiento (las tres primeras y la primera y última de cada mes, numeradas correlativamente a efectos del muestreo). Consideramos pertinente dividir el proceso en tres fases y tomar los aspectos más representativos de cada una: inicial correspondiente a las primeras cuatro, media (5, 6, 7) y final (8, 9, 10, 11).

En una apreciación global de las sesiones se puede distinguir claramente tres etapas en la evolución del grupo en cuanto a su capacidad para ir profundizando en la problemática por la cual consultan. Cabe recordar que se trata de una psicoterapia grupal focalizada, donde Foco se define como la capacidad del grupo de referir verbalmente conflictos interpersonales ligados con el rol parental, conectarlos con el origen y el mantenimiento de la sintomatología del niño.

En la fase inicial consideramos que el grupo no puede ocuparse del conflicto relacional dado que está abocado a construirse a sí mismo. Las pacientes, en un clima

de cierta tensión e incertidumbre, se van conociendo, se observan, con curiosidad y desconfianza. El foco todavía es indefinido, se presentan y describen diferentes temáticas sin profundizar ninguna. Si bien en la primera sesión el foco aparece medianamente definido, esto se debe a que el contenido de la misma es relativamente estructurado: presentación de los miembros del grupo y su motivo de consulta por parte de los pacientes, presentación del encuadre de trabajo y objetivo del abordaje por parte de la terapeuta. La siguiente viñeta ejemplifica cómo se establecieron algunos incipientes enlaces entre el síntoma y la problemática relacional, en un nivel racional acorde con el momento grupal. La terapeuta, en sintonía, sólo subraya elementos del discurso que pueden paulatinamente llevar al plano de la comprensión del significado de los síntomas.

Inés (I) refiere: yo la traigo porque tiene problema de aprendizaje, tiene ocho años (...) está muy agresiva me hace rabiar muy mucho (...) tiene problemas para leer en lengua, tendría que ir a cuarto, conoce todas las palabras pero no las puede unir...yo soy separada de su papá...Terapeuta (T) dice: ¿desunida? (I): soy separada y tengo otra pareja (...) no quiere que yo esté con otro. (T) ¿no acepta que se hayan separado, que se una con otro? (I): exactamente no acepta, (...) es muy apegada al padre (...) él es un adicto y me pegaba.

En la misma fase Luisa (L) en la tercera sesión con un lenguaje descriptivo, presenta la problemática relacional con su hijo Juan, que tiene dificultades de aprendizaje y desconoce quién es su verdadero padre. Si bien en el discurso le otorga relevancia a los posibles efectos negativos de decirle la verdad al niño, en su narrativa, la importancia del secreto se relativiza. El contenido de las causas del síntoma se desplaza al desarraigo que implicó la lejanía de los abuelos, el alcoholismo en remisión del padre adoptivo y los celos de la hermana, tal como lo muestra la siguiente viñeta (L) “Yo vengo porque el problema de Juan es que no tiene aprendizaje, va por tercera vez a primer grado y no adelanta, ahora se ha puesto agresivo, un día trabaja, otro día no (...) Antes aguantaba que le hicieran cualquier cosa, ahora anda a las piñas con los compañeros y la hermana (...) Otro problema es que no nos animamos, no sabemos cómo decirle que mi marido no es el padre de él (...) Mi marido tiene miedo que cuando le digamos él lo rechace, (...) Él vivió con los abuelos en Mendoza y cada vez que va allá es para traerlo siempre llorando y a lo mejor le agarra unos días que no quiere ni comer (...) Le decía papi a mi papá”... (T) A pesar de que se llevan bien tienen miedo de que lo rechacen ¿Por qué será?... (I) Quizás porque mi marido antes tomaba...

En cuanto a las intervenciones, la terapeuta, en esta fase, procura ampliar el relato a través de preguntas, explora las respuestas y promueve la participación de los integrantes. Los interrogantes se intercalan con clarificaciones destinadas a confirmar y/o rectificar diferentes aristas de la entrecortada narrativa. La terapeuta explicita la relación entre problemas de aprendizaje y secretos familiares, en consonancia con el

nivel racional defensivo adoptado por el grupo, nadie por ahora está muy dispuesto a profundizar.

En este escenario, en un clima con marcada distancia emocional y desconfianza se implementan defensas de evitación, desplazamiento y especialmente racionalización. En cuanto a la dinámica interaccional, los integrantes escuchan en un respetuoso silencio e intercambian algunos consejos. Dos participantes, en acotados pasajes, procuran ponerse en el lugar de la paciente que ocupa el centro de la conversación y simultáneamente, avalan la palabra de la terapeuta respecto a la relevancia de develar el secreto. De este modo, se expresan los sentimientos ambivalentes del grupo.

Resulta pertinente considerar que el contenido manifiesto referido a la identidad de los niños, alude inconscientemente al proceso de constitución de la identidad grupal que está en camino. Por el momento la interacción es baja, radial y dependiente del terapeuta; el “espíritu de grupo” está en vías de construcción, por ende, no hay cohesión sino distancia emocional tanto con la problemática parento-filial, como entre los integrantes (momento fóbico).

Sin embargo, en la sesión 4 -que denominamos de transición- las referencias recurrentes a “los lugares”, fuera y dentro del grupo, marcan un hito en relación a la construcción de la pertenencia. Se habla de los espacios en la mesa familiar, comparten sus biografías que reseñan sus lugares de origen: la ciudad, el campo, el país, para concluir en el espacio físico que ocupan en la sesión. El material sugiere cómo las dimensiones temporo-espaciales envuelven el darse a conocer, promueven sentimientos de confianza y tendencias a la cohesión grupal. Si bien esto conduce a alejarse temporariamente del foco de trabajo, favorece el desarrollo de intercambios de mayor intimidad. Se esboza la transferencia grupal propiamente dicha, abriéndose un momento de transición entre la consolidación del grupo y la posibilidad de trabajar focalmente. En otras palabras, las madres, recurriendo a la metáfora de “los lugares” dentro y fuera del grupo preparan el acercamiento emocional al interior de sí mismas y a las temáticas centrales de la terapia, en un progresivo abandono de la racionalización y distancia emocional.

El material clínico muestra la importancia nodal que adquiere otorgar un espacio a la historia infantil de los padres, en el cual se despliegue la afectividad vital para la construcción del grupo que dará un lugar continente al aquí-ahora con sus hijos.

A partir de la segunda fase (sesiones 5, 6, 7) el grupo logró construirse a sí mismo y emprender el trabajo focal, en paulatina conexión emocional con los conflictos que surgen en la parentalidad, en pos de ir tendiendo enlaces con los síntomas del hijo.

En esta fase media, las sesiones 5-7 pueden ser descritas como centrales en el proceso de insight, dado que emergen estados emocionales intensos que se conjugan con la posibilidad de pensar. Pueden manifestar de un modo más abierto de sentimientos hostiles, de frustración y temores -hacia los hijos (“el niño roba, no aprende”; “la niñita es guaranga, una avispa, alguien le puede hacer algo feo”); -

respecto de la pareja (“mi marido es alcohólico”; “es muy quedado”; “el padre se fue cuando quedé embarazada”; “me divorcié porque se drogaba y me golpeaba”) y - hacia el medio circundante (la policía, los vecinos, la maestra, la directora). Esta dinámica, probablemente es posibilitada por la capacidad del grupo, recientemente adquirida, de funcionar como continente del dolor psíquico que provocan dichos afectos. Emerge la búsqueda activa sobre cómo enfrentar los problemas y se vislumbran algunas soluciones, paulatinamente la desesperanza e impotencia decaen. La colocación de la culpa y lo negativo en la pareja y el entorno pueden interpretarse como proyección que traducen los necesarios momentos grupales de ataque y fuga en el proceso de cohesión grupal. Las intervenciones de la terapeuta procuran modular la ansiedad para contener dichas proyecciones, implementando preguntas que lleven a los pacientes a focalizarse en el aquí y ahora grupal. Todo esto da lugar a relatos de sucesos biográficos traumáticos como la violación de una media hermana por parte del padre de una integrante del grupo y en consecuencia, el temor obsesivo que esto se repitiera con su hija que describía reiteradamente como una avispa, como referimos en el capítulo 6 y se ejemplifica en la siguiente Viñeta (G) mire... ahí lo vi... es un gran miedo que tengo con la nena...(llora)...(T) ¿Qué miedo G?.....(G) No sé, es miedo a que le pasen cosas... como ella es tan así que alguien se aproveche de esa situación; ve? (T) ¿Te parece que le pasarán cosas porque es despierta, le pueden pasar porque es asío aunque no fuera así, le pasaría lo mismo?(G) Y bueno ...(llorando) eso es lo que yo cuido... sea despierta o no... ésta es por demás despierta (se recompone) yo cuido todo eso... que si alguien la toca de más.... Si la están observando demás; que si entre chicos hay roces o no... que no me gustan... yo la saco... sea hombre o mujer... los otros chicos, sean de la edad de la nena o no... a la nena la cuido terriblemente, ni el padre la puede tocar.... Yo digo eso no se hace, es una inmundicia, yo les mando un padre nuestro de aquellos... y yo siempre que... por ahí digo sos loca.... Cómo vas a pensar esas cosas de R (marido actual)... si él es peor que yo de cerrado en todas es cosas de sexualidad... de adultero... pero no.... yo si veo que tengo que evitar eso lo evito... con sus hermanos habían agarrado a jugar, un jueguito.... Se ponía uno abajo y otro se pasaba por arriba y van dando vuelta. Cuando descubrí ese jueguito... me puse como loca... y les prohibí totalmente. (T) Es mucha tu preocupación... (G) Si yo estoy ...como se dice... obsesionada por el tema... y no quiero que le pase... a mis hijos, bueno... eso... pero al revés,... yo me doy cuenta que así puede ser peor...(se observa cómo va tomando una posición fetal, sentada en su silla, conjuntamente con movimientos de rocking) (T) Si.... así no la puedes cuidar (G)... Por ahí pienso... así... con esta obsesión... no voy a ningún lado. (T) Claro... se ve como no lo puedes cuidar... así obsesionada... sufren mucho ¿tenés idea de dónde viene esto?... ¿a vos te ha pasado algo? (G)... No a mí no me ha pasado nada... no en mi persona... pero (llora) a una media hermana por parte de padre... con el padre... la violó... y eso a mí me tiene re-mal (G) asiente con la cabeza, mientras se continúa con el rocking.

Este contenido con potencial traumático actual, hasta el momento, no había sido compartido en el grupo, ni relacionado con sus obsesivas preocupaciones respecto a la conducta de la niña (minucioso control tanto del dormir con sus hermanos como del juego, bajarse los pantalones en la escuela cuando jugaba con dos compañeras o temores a que pudiera sufrir un ataque sexual en la misma)

Consideramos que la viñeta constituye una ejemplificación sobre cómo los integrantes del grupo procuran comprender, mediante complejos fenómenos de identificación proyectiva, la repetición de modelos familiares traumáticos, que sólo pueden pensarse en compañía de otro.

La sesión 7 se caracteriza por tener un foco definido y una interacción grupal intensa, donde la racionalización declina definitivamente. Inicialmente, los pacientes abordan la problemática de una madre (M) cuyo hijo fue expulsado de la escuela por robo. Ella en un primer momento, intenta negar la importancia de la temática, pero el grupo le señala su relevancia. Esto da lugar a que la paciente pueda expresar con más claridad, que otras veces, la necesidad de recibir ayuda del grupo, tal como lo muestra la siguiente viñeta: (M) “Ah, bueno...si yo eso creía por eso no quería ni faltar a la sesión ni venir tarde tampoco para hablar.... en fin... para ver cómo hago con la escuela...con quien tengo que hablar para resolver el problema”

Todos los miembros del grupo participan en la búsqueda de soluciones en forma de consejos: “hablar con la directora”, “controlar las amistades”, “hacerlo estudiar en la casa”, “llevar constancia de atención psicológica”. Las madres expresan problemáticas comunes: para poner límites, enojos que les dificulta pensar, conflictos que surgen frente al particular modo de ser del hijo y desorientación frente a las demandas tanto del medio social adverso como de los niños, especialmente cuando éstos son más grandes. Luego de este trabajo grupal intenso, reaparecen referencias a lugares de pertenencia y discrepancias culturales, como un intento de los integrantes de volver a mirarse en su devenir histórico y así, establecer un espacio de diferenciación, en procura de restablecerse del sufrimiento compartido. Posteriormente, en el último segmento de la sesión emergen dos largos silencios cuando el grupo se ve sobrepasado en su capacidad de pensar el conflicto que presenta una de las pacientes, quien en la siguiente viñeta refiere: (I) “Los otros días (...) mi ex marido me pegó a mi y todo fue por Patricia porque estaba en la casa del padre (...) Rompió una taza y la trajo llorando, ella se quería ir de nuevo, yo le dije que te cuesta yo lo tengo de lunes a viernes (...) Que no la voy a llevar, empezamos a discutir, cuando quise dar la vuelta para meterme a mi casa me dio una patada acá, yo me di vuelta para manotearlo y él me agarró del cogote y ya me mataba. (...) Pero ellos quieren estar con el padre...yo les pregunté si quieren estar con el padre o conmigo (T) Tal vez le resulte difícil contestar esa pregunta porque es como si tuviera que responder a quien quiere más (I) Es que yo le pongo los límites, que hagan los deberes y por eso se quieren ir (T) Habrá otra razón (I) no sé...a lo mejor es porque ahora tengo una nueva pareja y creo que estoy embarazada. Los

integrantes comparten sentimientos persecutorios, de desamparo e impotencia frente a un medio hostil, carente, que los excluye. Sin embargo, el grupo intenta avanzar trabajosamente en la autorreflexión y en la adopción del criterio de realidad. La confianza y el tono empático de las interacciones permiten escenificar la necesidad, de todos y cada uno, de tener un cuidado especial, y un lugar en el grupo.

En relación a las intervenciones la terapeuta, a lo largo de la sesión, apoya el fluido intercambio entre los integrantes. Reúne elementos de la narrativa de cada uno dándole un sentido en el conjunto, analiza las situaciones focalizando la problemática del hijo, señala la ambivalencia, confronta aspectos disociados, atiende especialmente a los movimientos regresivos y necesidades de dependencia que emergen en ciertos pasajes de la sesión, que requieren un papel más directivo por lo que da un consejo a pedido de un miembro del grupo. No obstante se observa que la interacción radial declina para dar lugar a un fluido intercambio entre las madres. En este momento de intenso trabajo grupal la expresión de la transferencia radial, remite al supuesto básico de apareamiento y las pareja que sucesivamente cada madre conforman con el terapeuta, llevan a cabo una interacción continua que los demás miembros del grupo escuchan atentamente, con alivio y esperanza. La dinámica grupal oscila entre movimientos progresivos y regresivos, el grupo ejerce una función continente, en la medida en que se constituye en un espacio donde pueden probarse y ejercitarse diferentes modos de enfrentar los problemas, tolerar la ambivalencia, regular la autoestima y aceptar las diferencias entre los integrantes, en sus modos diferentes de crianza y de las características de sus hijos.

En la fase final (sesiones 8, 9, 10 y 11) del primer tramo del tratamiento, disminuye la dependencia de la terapeuta. Se observa mayor empatía en el fluido intercambio entre los integrantes, en un clima emocional afectuoso, signado por procesos de identificación. Conjuntamente con un incremento en su capacidad de discriminación o diferenciación en los componentes del conflicto relacional con el hijo y el contexto en el que este se desenvuelve al incluir otras relaciones significativas y nuevas asociaciones. Proceso que enriquece la comprensión emocional, como producto de la concentración en el foco, una interacción intensa y una creciente cohesión grupal. (Fontao y otros 2009)

Desde la perspectiva clínico-descriptiva, las madres muestran una mayor confianza en sus propios recursos y comparten pequeñas pero importantes modificaciones de los niños y ellas mismas. En ocasiones estos progresos son atribuidos a Dios (representante del padre de la infancia) por lo que aún no pueden reconocerlo como recursos propios. En este vaivén se puede apreciar la permanente cadencia de avances y retrocesos, propios de la evolución de la universal necesidad de depender.

Por su parte el Terapeuta interviene con preguntas, clarificaciones y confirmaciones, sostiene y alienta a la madre que relata las escenas vividas frente al contenido recurrente: “decirle la verdad al niño” y así analizar la problemática que

fuera tan resistida en sesiones anteriores. De las siguientes viñetas se infiere lo antedicho: (G) hay muchas cositas que ha estado cambiando en mi nena. (C) yo tenía miedo mi marido tenía más miedo (T) pero ¿le pudiste decir? (C) si él no dijo nada cuando le dijimos solo se largó a llorar y nos dio las gracias... nunca esperamos que nos diera las gracias por decirlo...después al otro día empezó con las preguntas...también estuvo la hermana de 6 años cuando le dijimos nos sentamos los cuatro, ella también hizo un montón de preguntas ¿cómo se llamaba, si lo íbamos a buscar, si sabíamos donde vivían, se lo puedo decir a la abuela, ella también sabe, le puedo preguntar?"

La paciente describe el alivio del niño y relata la mejoría que observa la maestra y la psicóloga de la escuela en la conducta del niño (más relajado, tranquilo, se ha despertado no pelea tanto, hace todos los deberes con dibujos y todo). Relata sus propios cambios emocionalmente aliviada (C) yo le digo a mi marido me siento como si estuviera vacía, como que tenía algo pesado adentro que no me lo podía sacar igual a él...él siempre tenía miedo al rechazo que le iba a decir no te quiero más (T) estás aliviada y te preparas para todas las preguntas que pueden venir después de eso...(C) me da miedo que me pregunte algo que no pueda contestar (T) bueno él ya se buscó en la abuela a otro informante la abuela que también te puede ayudar...preguntar más para saber la verdad y estudiar más y conocer más va unido...un niño interrumpe el aprender cosas porque tiene interrumpida la verdad ahora que se abrió esa puerta puede seguir...la idea que tenían es que iban a suceder solo cosas malas si le decían (C) si uno estaba equivocado...

Compartiendo esta situación, (G) (que en sesiones anteriores contó como se lo había dicho a su hija) refiere que ahora queda explicarle a los hermanitos pero que esta vez no lo va hacer sola sino cuando este el su marido. Continúan relatando cambios y el terapeuta señala y confirma los aspectos más evolucionados en otra paciente en su rol materno. (M) ...Carlos está muy lindo lee y todo porque él no leía, gracias a Dios me es fácil a mí también porque le dicto y él escribe...cuando uno le pide a Dios, Dios después le soluciona el problema (T)... pero vos también te ocupaste...(M) si es cierto si uno le pide a Dios y uno no hace nada no se consigue nada... tiene que ir todo junto. A posteriori, esta madre puede profundizar en elementos centrales de la problemática (M) Carlos es bastante vivo, cuando yo voy él ya vuelve (T) justamente parece que ése era el problema...que tenés que crecer vos para que puedas seguir llevándolo y el no te pase a vos...(M) si a veces yo no sabía que hacer y le daba unos cintazos...no lo puedo fajar más no sé que me pasó, estaba re mal pero bueno fue ese día que se escapó de la escuela (T) entonces los azotes sirven un ratito (G) sirve para sacarse la bronca de uno... te sirven a vos porque a los chicos no le sirven. El grupo vuelve a encontrarse con una problemática compartida y angustiante, alrededor de la impulsividad, tratan de ver cómo dejar de pegarle a los hijos. Las madres pueden ponerse -paulatinamente- en el lugar del niño que recibe azotes y en su propia impotencia.

En la sesión 9 se alude a la inclusión del tercero y el Grupo, mientras van dilucidando de qué modo ellas mismas se sitúan en la relación con el padre de sus hijos. Una madre (B) refiere cómo a la ausencia temprana de su padre ha afectado a su hermano y en un lapsus a ella misma. A continuación relata una situación en donde su hijo (A) pone a prueba la autoridad del padre que no otorga un permiso y que ella por ser más blanda o no saber se lo da, reconociendo “el error” en el manejo de la situación.

El Terapeuta interviene tratando de que las madres puedan ponerse en contacto con los sentimientos del niño frente a la presencia o ausencia del Padre que les permita establecer relaciones entre el comportamiento de los maridos y de los hijos, aceptar cómo éstos interactúan entre sí y que “no todo depende de ellas” lo cual marca un paso adelante en dejar el rol de “madre todopoderosas” y el de hijas cuando en el lapsus recuerdan a su propio padre. Continúa Beatriz gratamente sorprendida por los cambios de su hijo Adrián, relata situaciones de socialización, salidas con los amigos a jugar, a practicar deportes en un club, pero atribuye estas modificaciones al crecimiento. En cambio otra madre dice (G)...hizo un vuelco de vuelta y...le hace bien venir al grupo (de niños)... como que ha mejorado un poquito más... además dejó de contestarle a la maestra, porque era una cosa alevosa como le contestaba (T) según venís contando parece que esto depende mucho de que si vos confías en ella y le das chance a ella para ser una buena niña...y te das la chance de ser buena madre...

Si bien prima una actitud de reconocimiento de la tarea del grupo que ellas o sus hijos han realizado, esto va acompañado de sentimientos ambivalentes, ya que por otro lado atribuyen los cambios positivos al crecimiento o a Dios, externalizando lo bueno fuera del grupo. Es necesario para una mayor integración y maduración como madres, incluir partes de sí mismas positivas y adueñarse de los logros o introyectarlos para un mejor desempeño del rol. Es posible que el acercamiento del receso de cuarenta y cinco días por vacaciones, acentúe estos aspectos inmaduros que requieren ser trabajado para promover la integración de los diversos sentimientos que surgen frente a la separación.

En la sesión 10 el clima parece más bien reflexivo, las temáticas abordadas por el grupo toca aspectos profundos por cuanto se refiere a los procesos de identificación, reaparecen lugares de arraigo que dejaron aludiendo de algún modo a la partida de este grupo. Sentimientos compartidos que se resumen en (M)... yo también...como ella dice que ama a su país yo también amo mi lugar, lo vendieron es de otra gente pero para mi corazón es como que es mío...ahí quedó mi niñez quedaron cosas re lindas y bueno...quizás que si mi mamá me hubiera dicho la verdad quizás que me podría haber despedido me parece es como si yo... no me despedí...que se yo...El grupo en un clima nostálgico relaciona activamente su propia historia con la de sus

hijos, lo cual enriquece la construcción de nuevas asociaciones y narrativas referidas a temáticas que ya se han venido trabajando en el transcurso de otras sesiones. Reconocen la necesidad de estar preparadas frente a los cambios de los hijos, de aceptarlo en su esencia para poder acompañarlos en su crecimiento sin sentirse sobrepasadas, tal como se observa en la siguiente viñeta: (B) eso es terrible... porque me puede superar a mí... según yo, seguramente me va a superar el día de mañana o se los iré aceptando a medida de ciertos límites (T)...a lo mejor te sirve lo que estamos hablando...de cómo entre ellos son diferentes...a lo mejor no es tanto que tengan un problema de carácter sino puede ser que tenga su carácter...pero además ellos ya son niños diferentes a lo que vos fuiste cuando chica ...y hay un choque no de caracteres sino de culturas... habría que pensarlo también en esa perspectiva (M) puede tener que ver mucho. (B) pero tanta diferencia puede haber con el mas chiquito?...el chiquitito nos domina a todos y eso que yo con los tres soy igual yo trato de ser con los tres igual y mi marido también (T)...la diferencia también es que ustedes están diferentes con cada niño también, por más que lo críen o los quieran a todos iguales, la edad ,el estado emocional, es distinto...esas cosas las percibe el niño...además tiene el aprendizaje de los hermanos. Significativamente esta sesión (como continuidad de la anterior) se termina haciendo alusión a la necesidad de la aceptación de las diferencias entre sus hijos.

Con la sesión 11 culmina la primera etapa y surgen las emociones propias de este momento. En esta despedida, las madres trabajan focalmente la problemática relacional en un fluido intercambio emocional entre ellas. (G) relata cómo pudo pasar una situación difícil (accidente del hijo menor) sin por eso culpabilizar y golpear a su hija que lo cuidaba, revelando -como sin querer- los pequeños cambios que ha tenido desde que asiste al grupo, también hace consciente que en esta ocasión pudo descargarse con su marido, dándole aunque sea de esta manera un lugar en el rol de padre. El (T) señala que, aunque todavía no pueda encontrar otra modalidad menos impulsiva, descargarse con el esposo que es un adulto en vez de hacerlo con los niños es un todo un avance.

De manera elocuente, las madres traen a colación recuerdos de conductas de apego de etapas tempranas de de sus hijos, que refieren al paulatino proceso de separación: (I) cuando era chiquito y estaba muy cansado se sentaba, se chupaba el dedo, agarraba la oreja del conejo, era ya se estaba yendo a dormir (B) Adrián tenía una sábana, tenía que ser siempre la misma sábana, una vez se la corté en varios pedazos donde iba andaba con ella, (T) ¿ustedes por qué creen que pasa eso? está relacionado con lo que veníamos hablando, ¿le han dado algún sentido?... (B) por ejemplo Adrián dejó el chupete y agarró la sábana, fue como algo que necesitaba suplementar (G) la nena mía usaba más los almohadones los masajeaba, y se dormía, era como un relax, (M) cuando le daba la teta me agarraba la oreja. (T)...pero en

realidad lo que el niño quiere es la relación con la madre. Retrotraerse al pasado de sus hijos anula de algún modo el paso del tiempo, el crecimiento tanto de éstos como el propio; y de que en el grupo también pasa el tiempo. Las referencias a las conductas de apego en la historia de sus hijos cuando eran pequeños de algún modo pueden ser entendidas como una metáfora del momento de separación que se concreta.

El Grupo va refiriendo alternativamente separaciones normales también traumáticas y el terapeuta señala tratando de ayudar a discriminar entre ambas modalidades de separación que han relatado y cómo si están enojadas o cansadas se separan con culpa. Si bien la culminación el grupo es vivido como abandonónico, con una actitud diferente comienzan a repasar nuevamente con quienes cuentan fuera de él para apoyarse (la abuela, el marido, la madrina). Las madres relatan cambios en las tareas asignadas al padre que denotan modificaciones en el respaldo y confianza que pueden brindarle. El (T) interviene tratando de que puedan ver la importancia de reconocer en el esposo, los hijos y ellas mismas también los aspectos valiosos. Si bien por momentos no se logra salir de la focalización de un integrante, en esta madre (G) está condensada la dramática universal de “la mala madre versus la buena madre”. Así, de un modo contradictorio, en esta sesión, el afuera aparece con ciertos componentes proveedores que estaban ausentes en los primeros momentos grupales que oficiaron de sostén y compañía para mantener la esperanza en el desempeño del rol de madres lo suficientemente buenas.

En una apretada síntesis del proceso terapéutico de este grupo de padres podemos decir que la temática central estuvo dada por la preocupación acerca de cómo revelar la verdad acerca de la identidad del padre biológico y las consecuencias que acarrea para el niño en relación a síntomas vinculados al aprendizaje o problemas de conducta, como así también para la dinámica de las relaciones familiares. Asimismo se pudo observar la importancia de elaborar traumatismos vinculados a situaciones incestuosas que se entremezclan con lo anterior ya que esto influye en la producción de sentimientos angustia, persecución y culpa. Los mismos tienen esta dinámica transgeneracional en la que se puede observar los efectos estructurantes y desestructurantes de los procesos identificatorios que se despliegan en la matriz relacional del grupo. El trabajo de estas conflictivas que presenta este grupo y su elaboración depende casi exclusivamente de la evolución de la confianza mutua que se va generando y de la capacidad altruista de ponerse en el lugar del otro que permite la situación grupal. En el desarrollo de este sentimiento es necesario esperar a que se supere una etapa inicial en la construcción del grupo en sí mismo, en la que el intercambio es racional, signado por la distancia emocional. Este proceso grupal tiene su clímax en la fase media en la que se intensifica el intercambio entre los miembros, hay confianza para expresar emociones, secretos y temores y se va

gestando un contexto propicio para el insight. Involucrarse afectivamente en la relación grupal con la activación de sentimientos diversos tiene un alto valor terapéutico según la visión de diferentes enfoques, a la hora de evaluar el curso de un tratamiento. En este ambiente cohesionado altamente interactivo y de menor dependencia, el terapeuta participa focalizadamente señalando, confirmando y esclareciendo lo cual favorece y promueve la reflexión. En la fase final, previa al receso por vacaciones, se observan claras señales de la dificultad para separarse del grupo y de sus hijos en la oscilación entre reconocer lo aprendido o volver empezar como si nada se hubiera logrado.

Otro factor para destacar en la dinámica grupal, se refiere a la movilidad en los roles que se ocupan en el grupo, siendo este un ítem de importancia reveladora de cambio. Así la modalidad relacional apreciada en la transferencia en la Entrevista para Padres de (G) luego se reproducía dentro del grupo terapéutico. Pudimos ver como (G) se acusaba continuamente de ser una “mala madre”, que “mataba a palos” a su hija, provocando el asombro y el rechazo de sus compañeras de grupo. De este modo, ocupaba exhibicionísticamente el lugar de la “madre monstruosa” que requería de permanentes consejos y restricciones. Si bien la relación era muy conflictiva, habíamos podido constatar que los actos violentos, con la intensidad que los describía, estaban en el pasado y en la mente de esta madre atormentada, más que en la realidad actual. En la medida que pudo compartir su angustia, disminuyeron los temores obsesivos, especialmente porque los otros padres ayudaban en la tarea de evaluar la gravedad de las situaciones que planteaba y a distinguir entre la conducta normal o no de los hijos.

Paulatinamente fue abandonando ese rol negativo dentro del grupo, el cual le permitió una nueva experiencia en relación a su modo de vincularse con los demás, en la medida que el grupo no “actuaba” la transferencia negativa que despertaba. Del mismo modo, la madre que ocupaba el rol de “madre perfecta”, pudo ir mostrando que no todo estaba bajo control, a partir de que el grupo soportó los sentimientos envidiosos que despertaba. También aquella que se mostraba como “la madre desastre”, perdida entre tantos hijos, comenzó a percibir la tendencia del hijo que no podía aprender como una manera de ocupar el lugar del peor, ante el temor de sobrepasarla, y así simbólicamente quedarse sin padres. En esta dinámica la intensa transferencia grupal se manifiesta de diferentes maneras: -radial cuando la pareja de terapeuta y madre, sobrellevan y empujan al grupo que descansa y -cruzada cuando el interjuego de las identificaciones y la confianza mutua hace que todas participen.

1. Otros de los efectos de esta nueva experiencia y de gran valor terapéutico se puede apreciar en la posibilidad de frenar la impulsividad al castigar a sus hijos, de algún modo reflejados Gabriela cuando dice en una sesión “ahora cuando quiero pegarle me encierro en el baño para que se me pase y espero para hablarlo acá por

eso me vine una hora antes” y María dice: “si a veces yo no sabía qué hacer y le daba unos cintazos...no lo puedo fajar más no sé qué me pasó, estaba re mal pero bueno fue ese día que se escapó de la escuela “Con esta madre se realizó una pequeña dramatización de ese momento crítico, que le permitió conectarse con su propia angustia y la del niño representado por el resto de las compañeras de grupo.

En todas y cada uno de las integrantes, se trabajó minuciosamente los procesos de diferenciación-separación padres e hijos, amenazados por la transmisión transgeneracional de contenidos traumáticos. Es necesario destacar que este proceso dinámico descrito se da en un vaivén permanente de avances y retrocesos propios de los fenómenos resistenciales siempre presentes-en el que no estamos todo el tiempo encaminados- en el seno de lo que junto con Menzies (1974) denominamos “transferencia monstruosa”.

Consideramos que hemos recorrido un largo camino en el desarrollo de intervenciones grupales con padres e hijos y las particularidades del abanico de intervenciones que proponemos. Por lo que ahora nos encontramos situados en un contexto que hemos denominado intervenciones multifocales (Toranzo 2011) en tanto y cuanto los actores se multiplican- padres, niños, maestros, directores- en escenarios institucionales -la escuela, la familia, el equipo de trabajo y el centro servicio de asistencia pública- también complejos; inmersos en una sociedad de escasos consensos, que dificulta los procesos de diferenciación necesarios para el desarrollo de la salud mental en la actualidad. Desde el punto de vista epistemológico y/o metodológico esta intervención multifocal, conlleva no sólo diferentes planos imbricados, sino una concepción psicoanalítica relacional compleja, no-lineal, más acorde con la naturaleza intrínseca de lo humano. El concepto de intervención multifocal implica que al interior del tratamiento encontramos distintos focos presentados por los protagonistas de la institución que realiza la derivación, los padres, el niño que se ponen de manifiesto en el contexto de las transferencias múltiples que requieren ser trabajadas. En relación al interjuego de recursos terapéuticos, contempla la asistencia combinada de recursos para atender a los diferentes actores del conflicto, tal como los grupos paralelos de padres e hijos, la asistencia individual cuando la problemática lo requiere, las entrevistas con docentes y así incluir el plano del tercero. En síntesis, se trata de operar no sólo sobre lo interno intrapsíquico sino en la realidad externa, especialmente si se trata de niños, púberes y adolescentes donde existe una situación de intensa dependencia emocional de los adultos. De esta manera, procuramos estimular un cambio intersubjetivos profundo y sostenido en el tiempo. En este sentido, coincidimos con Joseph (1989), para quien el cambio psíquico puede concebirse como “... las variaciones hacia una mayor toma de responsabilidad por los propios impulsos o hacia un alejamiento de los mismos; la aparición del sentimiento de culpa y de la consideración y el deseo de

poner las cosas en su lugar, o la huida de estos sentimientos; la conciencia de un aspecto de la personalidad, el yo, y de la capacidad de observar lo que está ocurriendo, luchar contra ello y enfrentar la ansiedad, o empezar a negarla, todos estos movimientos constituyen el meollo inherente a nuestra comprensión del cambio psíquico...”.

Por lo tanto, el abordaje psicoterapéutico que presentamos permite observar cómo la modalidad relacional de padres e hijos y sus conflictos emerge desde el motivo de consulta, se clarifica en la Entrevista para Padres, se despliega y escenifica con toda su fuerza en la instancia psicoterapéutica de los grupos paralelos. Así, se procura intervenir en distintos niveles transferenciales de la compleja relación de padres e hijos lo que a nuestro criterio, brinda mayores posibilidades de elaboración de las situaciones conflictivas intersubjetiva y transgeneracional presentes en toda relación.

Referencias Bibliográficas

Bion, W. (1972) *Experiencias en Grupos*. Paidós.

Menzies, E.P.I (1974) "A Personal Review of Group Experiences" comunicación presentada en Centre for Applied Social Research, Tavistock Institute of Human Relations. Londres

Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., & Fontao, M.(2011). "Gruppenprozesse in einer fokaltérapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. Gruppen Psychotherapie und Gruppendynamik. (47) 38-52.

Taborda, A.; Toranzo, E.; Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, M.I. (2011) "Psicoterapia de grupo paralelo de padres e hijos. Estudio piloto de proceso terapéutico del grupo de padres". *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Fundació Orienta. España.

Toranzo E. y Otros (2008) "Un abordaje relacional en un ámbito institucional :Grupos psicoterapéuticos de padres e hijos" *Rev. Electrónica Topia* www.topia.com.ar |

Toranzo E. (2011) -"Intervenciones multifocales. Cuando el paciente es el niño o adolescente, la escuela y/o la familia." Capítulo 27. pág391 "Extensiones clínicas en el ámbito de la Psicología Educativa" Nueva Editorial Universitaria. San Luis

Torras De Beà, E. (1996) *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Buenos Aires. Paidós.

Zuretti M. (2010) Matriz, grupo e inserción sociométrica Psicodrama en la universidad II / Mónica Zuretti [et.al.] ; compilado por Cristina Elisa Moreira ; dirigido por Mónica Zuretti. - 1a ed. - Buenos Aires: Criseli, 2010. Internet.

GÉNERO EN GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS PARA MADRES DE NIÑAS/OS VÍCTIMAS DE DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

Gómez, María Marta y Sosa, Sabrina Elián

Introducción

El abuso sexual infantil aparece como un campo de intervención terapéutica con múltiples desafíos para el profesional de la psicología. Uno de ellos es asistir a las madres de los niños y adolescentes víctimas de esta situación traumática que afecta a toda la familia. En este capítulo se destaca un modo de asistencia y acompañamiento a través de un dispositivo grupal que tiene como objetivo generar un espacio terapéutico para contener y elaborar las conflictivas movilizadas en las madres, a partir de la situación de abuso sexual vivida por sus hij@s, favorecer y promover vínculos filiales más saludables.

Las reflexiones que contiene resumen la confluencia de la Técnica Grupal, la Perspectiva de Género y la asistencia a Víctimas de Delitos contra la Integridad Sexual. Se utilizan viñetas clínicas para apoyar su contenido teórico.

Breves reflexiones teóricas

A partir de una experiencia profesional particular, relacionada a la implementación de un dispositivo terapéutico de grupos con madres de niñ@s y adolescentes víctimas Delitos contra la Integridad Sexual. El dispositivo tiene como principal objetivo generar un espacio terapéutico para contener y elaborar las conflictivas movilizadas en las madres, a partir de la situación de abuso sexual vivida por sus hij@s, así como favorecer y promover vínculos filiales más saludables.

Dicha experiencia ha tenido lugar en una institución pública de la Provincia de Córdoba, dedicada con exclusividad a la atención interdisciplinaria de víctimas de delitos contra la integridad sexual. En la misma se desarrolló un dispositivo desde 2009 que ha sido estudiado clínica y empíricamente y que ha incidido positivamente en la adherencia a la intervención en esta problemática sirviendo de sostén y

acompañamiento a las víctimas directas e indirectas (Taborda et al., 2010. Toranzo et al, 2013, Toranzo et al, 2016)

En el año 2016 y en el marco de la campaña “Rompe el silencio” el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Unicef (1) y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación presentan un informe elaborado a partir de la información recopilada en distintos países de la región de América Latina y el Caribe. Dicho informe evidencia: entre el 70% y el 80% de las víctimas de delitos contra la integridad sexual son niñas, en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y en tres cuartas partes de los casos los agresores son familiares directos. Investigaciones anteriores (2014) realizadas en la Provincia de Córdoba (2) revelan que el 72% de las consultas se realizaron por madres de las víctimas. Este último dato pone de manifiesto la existencia de una demanda que exige crear nuevos espacios de atención que permitan dar respuestas a la demanda y conflictiva que éstas mujeres requieren al consultar por la salud mental y el estado emocional de sus hij@s.

Que sean las madres quienes integran mayoritariamente estos espacios grupales no obedece a razones “naturales” sino mas bien naturalizadas. Explorar las características que asume la subjetividad femenina desde la perspectiva de los Estudios de Género nos permite vislumbrar los mecanismos de producción y reproducción que opera dentro del orden social particular que la determina.

Las características de este orden social fueron descriptas principalmente por Pierre Bourdieu (1998) quien le asigna el título de sociodisea, un enorme e imponente trabajo de producción social. El autor señala y enuncia la relación entre los términos que conforman los opuestos:

“socialización de lo biológico y biologización de lo social”, entre la naturaleza y la cultura, entre el conocimiento y el reconocimiento, entre lo sexual y lo sexuante, entre lo femenino y lo masculino, dominación y sumisión, en la continuidad del trabajo social de producción del orden jerárquico androcéntrico que se hace carne en los cuerpos de los agentes”. (Bourdieu, 1998)

La obra del autor explica que ésta articulación es puesta en evidencia según una estrategia de socioanálisis del inconsciente androcéntrico. En su desarrollo Integra a las oposiciones sexuales masculino/ femenino como formando parte de un sistema mayor de otras oposiciones que organizan el mundo y que al mismo tiempo constituyen los esquemas de pensamiento, cognición y acción a partir de los cuales los agentes interpretan ese mundo. Es el “orden establecido” de las estructuras sexuales manifiestas en la dominación masculina y capaces de hacer aparecer como natural aquello que es construido. El autor apela a la definición de violencia simbólica para justificar la violencia que acompaña su reproducción:

“Violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento, más exactamente del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento”. (Bourdieu, 1998:12).

Su eficacia, sostiene, se afirma en su invisibilidad, aunque esté a la vista de todos. Sus principios organizadores corresponden a la división sexual del trabajo (ámbito público/privado), la heterosexualidad normativa y la complementariedad de los sexos (relacional), la subordinación de lo femenino a lo masculino (estructura de poder) y las subjetividades diferenciadas (hombre/mujer). Dicotomías que no se inscriben en lo biológico, ni en lo naturalmente heredado sino que son construcciones históricas-culturales que significan a la diferencia (de los sexos) como desigualdades sociales, económicas, de poder, que asumen el carácter de impuestas y arbitrarias. Estos condicionamientos aparecen en la vida cotidiana como violencias:

“Para que la violencia del golpe, la violación, el acoso, el ataque incestuoso existan, es necesario que una sociedad haya, previamente, inferiorizado, discriminado, fragilizado al grupo social- las mujeres, los niños/as, los ancianos/as, etc.- que es objeto de violencia. Sólo se victimiza a aquel colectivo que es percibido como inferior; de este modo se legitiman todos los actos de discriminación.” (Fernández, 2009:33)

El ordenamiento social aparece regido, administrado por jerarquías que responden al orden de lo simbólico, en cuanto significante que operan en la vida social. Es el orden establecido por el patriarcado, una lógica asimétrica que se vale del género o sus marcas, para recrear la estructura que organiza la vida social y la experiencia en términos de relaciones desiguales de poder. Las relaciones de dominación/ subordinación inherentes al categoría género se encuentran asociadas a otras categorías de análisis concomitantes como la clase, lo étnico, lo etario.

La subjetividad femenina

Lo social y lo individual pueden articularse a través de recorrer los “imaginarios sociales”:

Estas producciones del imaginario social dan cuenta, estructuran y organizan las relaciones humanas. En este sentido, inscritos en un plano de la transubjetividad constituyen una poderosa fuerza material del campo social; tienen efectos de organizadores, dan cuerpo a las creencias colectivas de un grupo social, de una cultura, etc., permitiendo el anclaje de los seres humanos a través de la estructuración de sus subjetividades en los largos y lentos procesos históricos. (Fernández, 1994:164)

Los sentidos producidos por estos imaginarios pueden reconocerse en las prácticas individuales de los miembros de una sociedad, su modo de ser varón, mujer, en los

variados discursos normalizadores de las instituciones, jurídicos, médicos, académicos. Conforman mitos sociales, que siguiendo a la autora, “ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento dado de la sociedad”. (op. Cit.:162)

El mito de la “mujer- madre” y el “ser para otro” son necesarios de conceptualizar para abordar el tema que nos ocupa.

Para Fernández el mito mujer- madre es producto de un deslizamiento de sentidos que equipara ambos términos, gracias a la reversibilidad impuesta a dos ecuaciones diferentes: mujer- madre y madre- mujer y más aún, Marta Rosenberg (1997) definió esta equivalencia como efecto de una totalización semántica.

El “instinto maternal” reconocible en las expresiones del sentido común aluden a esa producción mítica que ponen a la posibilidad, de ser madre, en el destino “natural” de las mujeres. Al mismo tiempo que borra los condicionamientos históricos, los procesos sociales, las significaciones individuales y las condiciones situacionales que hacen de la experiencia de la maternidad una experiencia particular en cada mujer.

Para las integrantes del espacio grupal insertas en el contexto que abordamos, el abuso sexual infantil, esta cuestión se vuelve significativa, pues el dispositivo grupal no solo conforma el foco a través del cual regulan sus propios modos de ejercer la maternidad, inhiben o posibilitan ciertas acciones: “saber hacer”; sino que es el foco a través del que son miradas, evaluadas como “buenas o malas madres”. La inscripción en la naturalidad aparece como instancia a ser superada en el cuestionamiento al rol que se hace omnipresente en la experiencia traumática del abuso sexual intra- familiar.

“Yo debí haberlo evitado, soy la madre” (María, 35)

“Siento que soy una mala madre por lo que le paso a mi hijo, no lo cuide lo suficiente...” (Juana, 30)

“A mí la culpa no me deja dormir” (Silvia, 40)

Desde el ámbito jurídico y asistencial, la calidad “materna” de la mujer está casi siempre puesta en duda:

-“La sumariante que me tomo la denuncia me dijo: ¿Y usted no se dio cuenta?”(Silvia, 40)

-“A mí también, la secretaria de fiscalía, me dijo: ¡Hay que cuidar más a los hijos! como si yo tuviese la culpa de lo que sucedió”. (Carla, 35)

- *“Cuando denuncias te hacen sentir más culpable de lo que uno ya se siente”*
(Marta, 45)

Ubicar a la maternidad dentro de la lógica de la naturaleza implica, también suponer:

a-historicidad: “siempre fue así”.

El concepto de niñez, que aparece con el Iluminismo (siglo XVII y XVIII) significa a los niños como frágiles y necesitados del cuidado y protección. La familia nuclear, que se consolida con la Revolución Industrial, liga no solo la reproducción (gestar y parir) sino también el afecto y cuidado. Marca así mismo, lugares de incumbencia: lo doméstico, lugar de lo femenino y lo público como espacio de los varones, del padre proveedor. La familia nuclear aparece como dispositivo de reproducción de la maternidad construida como esencia de lo femenino y protagonista de los procesos de subjetivación. Pero, siguiendo a Fernández:

Así, como el siglo XVIII había creado al niño, es el siglo XIX, fundamentalmente, el que crea a La Madre, y no es casual que sea en este siglo cuando se constituye la histeria como entidad psiquiátrica, y la “frigidez femenina” se vuelve cada vez más frecuente. Detrás de una buena madre, diría Foucault, hay siempre una mujer nerviosa...” agrega además las patologías de la sobreprotección, las neurosis del ama de casa y las depresiones reactivas femeninas. (op. Cit: 178)

La maternidad, representada como esencia de lo femenino encuentra en el dispositivo salubrista su forma de reproducción.

A esta representación de la mujer como madre, dadora de cuidado de los otros, incondicional en sus vínculos afectivos, que niega la agresividad, el erotismo, le corresponde en la lógica dicotómica una representación de lo masculino:

Dentro de la cultura dominante, la masculinidad que define a los blancos, de clase media, adultos jóvenes heterosexuales, es el modelo que establece los standards para otros hombres, en base a la cual se miden otros varones y, a los que, más comúnmente de lo que se cree, ellos aspiran...La definición hegemónica de la virilidad es un hombre en el poder, un hombre con poder, y un hombre de poder. Igualamos la masculinidad con ser fuerte, exitoso, capaz, confiable, y ostentando control. Las propias definiciones de virilidad que hemos desarrollado en nuestra cultura perpetúan el poder que unos hombres tienen sobre otros, y que los hombres tienen sobre las mujeres. (Kimmel, 1994:50)

Los estudios de género, atraviesan al campo social develando los mecanismos de producción de la dominación /subordinación a partir de la categoría de género que

asocia al poder con lo dominante, lo masculino y lo subordinado con lo femenino. Como se expuso con anterioridad, esta diferencia no es innata, ni heredada, ni biológica, es construida socialmente, forma parte de la subjetividad de hombres y mujeres. Además, es significada como desigualdad. En esta estructura de poder organizada por el género, la desigualdad, la subordinación de unos por otros es en su arbitrariedad, mantenida con violencia. En ella, la violencia sexual no es más que una de sus manifestaciones. Esta estructura de género, al decir de Rita Segato (2010) reaparece como estructura de poder aún en lugares poblados por anatomías de hombres, como en la prisión, se materializa en actos de uso y abuso del cuerpo de unos por otros.

Significar, otorgar a la maternidad la representación esencialista de la mujer implica postergar, obturar, negar otros ideales posibles para la realización de proyectos personales que integren la subjetividad de cada mujer singular. Producen, al mismo tiempo uno imaginario social universal que borra las diferencias individuales desplazando de la interpretación los condicionamientos de distintos órdenes que configuran el contexto de inserción de cada una de las mujeres.

Frente a la situación de crisis que el Abuso Sexual desencadena, estos condicionamientos afloran explícitamente como recursos que se puedan disponer o no, frente a las estrategias de reorganizar la vida familiar. La existencia de recursos educativos, laborales, económicos cobran su verdadera dimensión a la hora de establecer nuevas dinámicas familiares.

La presencia de estos imaginarios más tradicionales es posible de reconocer en el relato de las historias vitales de las mujeres: aparecen como ideales transmitidos en forma inter-generacional que operaron como horizonte en la constitución de familias conformadas sobre la base de un padre proveedor y una mujer- madre.

El abuso sexual intra- familiar pone en crisis este modelo conyugal, a pesar de las violencias que se pueden reconocer, que amenazan con romper la unión familiar, pero que se toleran en pos de mantener un orden considerado como paradigmático:

“Era mi familia...todos íbamos a terapia, yo iba a terapia, mis hijas iban a terapia, menos él que era violento, a veces tomaba, yo ya no sabía cómo mediar ni que hacer. Cuando volví a mi casa con la sentencia de divorcio, ellas me contaron” (Sandra, 40)

“Carlos siempre fue violento conmigo. Nunca lo deje porque no quería romper la familia. Una día que él se fue a pescar, la nena mas chica me conto lo que pasaba...Jamás pensé que le fuera a hacer esto a sus propios hijos. (Ana, 45)

En las mujeres que trabajan, la revelación desencadena intensos sentimientos de culpa. Pareciera estar presente la creencia que la ausencia del hogar, o el incumplimiento del mandato vigente de una maternidad incondicional y exclusiva fue necesario para desencadenar la situación traumática:

“Parece que eso pasaba cuando yo me iba a trabajar, pero tenía que ir...nunca me lo imagine.” (Marta, 34)

“Yo me iba a trabajar y los dejaba con él, si hubiera sabido los dejaba con el vecino, pero los dejaba con él... que era el padre.” (Graciela, 35)

“Con lo que paso, estoy pensando en dejar de trabajar para estar más con mi hija y atenderla mejor. Como trabajaba mucho le paso lo que le paso. Debería haber estado mas con ella. (Jesica, 30)

Los modelos clínicos, o psicopatológicos no agotan la interpretación de los delitos marcados por la violencia que asume diversas manifestaciones, físicas, sexuales, económicas, como el Abuso sexual o la Violencia Familiar, requieren de marcos interpretativos de complejidad y no excluyentes para su intervención. Considerar las marcas de género alojadas en las subjetividades, implica superar y ampliar estos marcos interpretativos por sobre lo perverso, lo enfermo para incluir las vertientes de la historia, la cultura y la reproducción de una estructura social:

Lo que tiene eficacia en el orden del poder es lo innombrable del incesto y su ubicación en el lugar de “lo otro”, lo denegado e interdicto. No obstante, en el secreto y el silencio, paradójicamente, se “ nombra” la subordinación de género y generacional, como un juego político en el que el incesto, en tanto práctica impune genera cicatrices en la subjetividad de hijas e hijos, naturalizando un modo de ejercicio del poder patriarcal. (Lenarduzzi, 2010 p. 63)

Es posible reconocer esta experiencia en la historia vital de algunas integrantes del dispositivo grupal:

“Hace mucho que quiero compartir algo con el grupo, hace mucho que estoy pensando si contarle o no. Pero creo que si cuento van a entender por qué hago todas esas cosas... Cuando yo era chica mi hermano abuso de mi. Cuando le dije a mi papá me dio un paliza! Y me mando a mi cuarto...a mi hermano no le dijeron nada, no pasó nada. Siempre le eche la culpa a mi mamá, porque ella nos dejó....yo no voy a ser como ella, pienso que me hubiera escuchado o hecho algo... Por eso yo no voy a parar, y voy a la tele si tengo que ir, porque no voy a parar hasta que los metan presos.” (Marcela, 35)

La introducción de la variable genero en el estudio del Abuso Sexual permite cuestionar además creencias a priori, tanto en las representaciones de las madres de los/las niños/as víctimas, sino también de algunos profesionales. Por ejemplo

subestimar el riesgo de los hijos varones frente a la ocurrencia de abuso sexual intrafamiliar: ...En las configuraciones familiares más transgresoras, éste es el tipo de abuso que existe, en donde todos los niños son victimizados por igual; Todo es cuestión de tiempo. El varón víctima de agresión sexual demora mucho más que la niña en develar la situación, si es que alguna vez lo hace. (Sanz y Molina, 1999 p. 120)

- *“Me dieron la orden de restricción para la nena nomas, ahora no sé cómo voy hacer.” (Paula 38)*

- *“Yo no creo que le haga nada el padre a Jonás porque es varoncito, así que no tengo problema en que lo vea (Camila ,26)*

- *“Yo pensaba como vos, cuide mucho a mis nenas y les hable del cuidado del cuerpo, con Matías no lo hice nunca porque es varón. (Cecilia, 36)*

El espacio grupal y reflexiones finales

El trabajo grupal donde participan estas mujeres expone las concepciones y expectativas socialmente establecidas sobre la condición femenina obligando a repensarlas, cuestionarlas e impulsar nuevas producciones de sentido.

La elaboración de la situación traumática relacionada al abuso sexual de sus hij@s implica siempre una modificación en los imaginarios sociales de género relacionadas al ser mujer – ser madre.

Como reflejamos en algunos pasajes de nuestra clínica, el dolor psíquico presente en las pacientes se contraponen con algunas concepciones a priori que muchas veces contribuyen a la perpetuación del malestar emocional. Por ejemplo, la convivencia entre ser madre y mujer muchas veces supone sobre exigencias muy difíciles, sino imposibles de conciliar. Suponen representaciones antagónicas, mutuamente excluyentes: el amor incondicional por sus hij@s, el saber hacer, la ternura de la madre, se contraponen a agresividad y el erotismo de la mujer. Se supone que la madre no debe sentir “cosas” por su pareja o por cualquier otro significativo, aunque se el agresor de su hijo. Pareciera que no merece el tiempo de duelar a la pareja o al padre que no fue. Se espera de ella el “deber ser” de la madre “superpoderosa”. El conflicto se enuncia en estos términos:

- *“Sé que no tendría que ser así, pero yo extraño a Juan...” (Marta, 40)*

- *“yo te entiendo...yo lo odio por lo que le hizo a los chicos, a la familia, pero a veces también pienso en él, en lo que vivimos y lo extraño (Daniela, 29)*

La Madre con mayúsculas, debe cuidar de todo, debió prever lo que sucedía con su niñ@, incluso cuestionar a veces al sentido común y relegar cualquier otra

dimensión que la revele como sujeto de deseo propio. Cuando es así “la madre es puta”, “promiscua”, “Ya tiene otro” porque siente cosas de mujer.

El cuestionamiento y visibilización de los imaginarios sociales y especialmente los de género, se transforman en verdaderos factores preventivos frente a la violencia, y maltrato, en tanto cada sujeto social es agente trasmisor de cultura, en especial del orden androcéntrico, en las nuevas generaciones.

Observamos que, si una paciente puede cuestionar las funciones y características adscriptas al rol materno esencialista, o a la posición de la mujer podrá transmitirle a sus hij@s nuevas formas de pensarse y pensar al otro. Lo expresan así:

-“Él me decía que las buenas madres se quedaban en la casa, no le gustaba que trabajara o que tuviera amigas... Yo me creía esas cosas... él con eso me tenía dominada...” (Verónica, 50)

-“A mí me pasaba lo mismo...Yo creía que no iba a poder sobrevivir sin él... El siempre me decía que yo solo no iba a poder hacer nada...Ahora que ha pasado un tiempo me he dado cuenta que si puedo y hasta que estamos mejor.” (Lucia 26)

Otra dimensión preventiva se reconoce en las elecciones de parejas futuras como lo refleja este diálogo en el espacio grupal:

-“Estoy saliendo con un hombre... Nos invitó a comer a todos, quería que nos quedáramos a dormir” (Sandra, 40)

-“Pero hace poco que lo conoces...ya lo vas a meter en tu casa, ya los vas a meter a los chicos!” (Miriam, 33)

-“Tendrías esperar un poco...” (Laura, 40)

Consideramos, además que el espacio grupal constituye al mismo tiempo un espacio social donde es posible cuestionar los mitos y mandatos esencialistas a cerca de la maternidad. En el espacio grupal son puestos en cuestión los modelos que aparecen como exigencias y a través de los cuales son y se perciben evaluadas estas mujeres: su función materna. Evaluación que se reproduce en los distintos ámbitos e instituciones que conforman sus trayectorias: la familia, la escuela, los tribunales, la asistencia pública.

Cada una de ellas representa distintos modos de ejercer la maternidad y la femineidad, en condicionamientos igualmente diversos. Es esta diversidad de recursos psíquicos y personales la que se pone en común gracias a la cohesión grupal y que permite instalar en la circulación discursiva distintos modos de enfrentar la situación traumática del abuso sexual, reelaborar y dotar de nuevos sentidos a la maternidad, la femineidad y la familia.

Podríamos decir que cuando las madres pueden denunciar, sostener la denuncia y accionar, anuncian otros sentidos, temporalidades, historias y relatos, y posibilitan que la alteridad tenga un lugar para ellas y para sus hijas e hijos, de manera que la memoria no sea asolada y el futuro no sea hipotecado. (Lenarduzzi, 2010: 67)

Referencias Bibliográfica

- Bourdieu, P. (1998). *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama
- Fernández, A. M. (2009) *Las Lógicas Sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Kimmel, M. En: Valdes, Teresa y José Olavarría (edc.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Cap. 3, ISIS-FLACSO: Ediciones de las Mujeres N° 24, pp 49-62.
- Lenarduzzi, Z. 2010 (organizadora) *Figuras de la Madre y fondos de lo materno. Subjetividad y poder en situaciones de incesto paterno filial*. Buenos Aires: Librería de las Mujeres Editoras.
- Rosemberg, M. (1997) *Las mujeres como sujetos*. En: Nuestros cuerpos, nuestras Vidas. Foro por los Derechos Reproductivos. Buenos Aires.
- Taborda, A.; Toranzo, E.; Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, M.I (2010). Estudio piloto de proceso terapéutico de un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos”. *Acésit del IV premio de la Revista Investigación y Salud Mental Infantil y Juvenil, patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat*
- Toranzo H., Taborda A., y otros (2013). *Perspectiva Relacional –Grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico*. Psicoterapia psicoanalítica de grupos en diversas poblaciones . San Luis. NEU
- Toranzo, H. E.; Sanchez, M.E.; Picco Lieto, J. (2016): Dispositivo grupal psicoanalítico de Intervención preventiva y Psicoterapéutica en el Rol de Madres de Diversas Organizaciones Familiares. *En: C., Straniero; C., Tosi; M., Luna. (Comp.), XVI CONGRESO ARGENTINO DE PSICOLOGÍA “PSICOLOGÍA Y COMPROMISO SOCIAL*, (pp. 653-662). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Federación de Psicólogos de la República Argentina. ISBN 978-987-45397-9-3

**MATRIZ RELACIONAL EN PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA DE UN GRUPO DE PACIENTES
CON DIABETES**

Florencia Fassione, Emilce Sanchez y Elena Toranzo

Después de Freud, destacados psicoanalistas Klein, Fairbairn, Ferenczi, Balint, Winnicot, Bion entre otros; no se conformaron con la orientación instintivista e individual, por lo que incluyeron en esta primera y estrecha concepción de la disciplina psicoanalítica la visión global y antropológica del ser humano con su fundamental relacionalidad. Zukerfeld y Zukerfeld (2017) señalan que trabajo analítico con la unidad mente-cuerpo necesita dispositivos de traducción, para comprender que la separación entre cuerpo erógeno y soma puede ocultar en el fondo un pensamiento cartesiano. Es en este sentido es que conjuntamente se amplió la perspectiva técnica que implicó el reconocimiento a la intervención psicoterapéutica en grupos, familia y pareja como contextos relacionales en los que se manifiesta la mente relacional con todo su esplendor

Elena Toranzo

Psicoanálisis relacional y psicosomático

Cabe aquí la difícil tarea de poner en relieve los conceptos centrales en los que la *relacionalidad* se pone de manifiesto, sin hacer referencia al complicado y largo camino que ha debido sortear el psicoanálisis clásico para arribar al Psicoanálisis relacional actual y da allí a la psicosomática-unos de los temas más controvertidos en su seno. ; en el capítulo anterior ya realizamos algunos pasos.

La necesidad de conceptualizar el pasaje de un sistema cerrado a uno abierto se pone más en evidencia a partir de Klein ya que Freud –en su predilección por lo innato y filogenéticamente determinado– no describe el proceso mediante el cual el infante escapa de su sistema psicológico inicialmente cerrado, quedando así

los procesos psicológicos interpersonales sin especificar. En este camino el concepto de *fantasía como la interpretación que el infante hace de la experiencia*, le da al mismo un grado de subjetividad precoz. Sin embargo, en ese modelo, la experiencia real puede servir de apoyo a un modo instintivo de organizarla, pero no el modo en el que se interpreta. Se abre así el interrogante acerca de la importancia de la experiencia real con la madre, y una compleja historia de estudios psicoanalíticos teóricos dedicados al paso de la fusión a la separación, de la indiferenciación a la diferenciación, de la simbiosis a la individuación, de la relación gemelaridad (twinship) a la unicidad (oneness), del espejamiento a la auto representación, de identificarse con, a compartir con, de la simetría a la asimetría; estos conceptos han sido creativamente explorados por grandes analistas desde el mismo Freud, por Klein y su intercambio con Fairbairn, Winnicott, Bowlby, Mahler, Kohut y en especial el sello epistemológico de Bion sin dejar de mencionar en este recorrido a los controversiales aportes de Ferenzcy y Balint.

En este trayecto en el que se va dando el apartamiento de un único modelo para comprender la conducta humana a partir del instinto, sexualidad y Edipo se empieza a visualizar una controversia entre los patrones de conductas innatos y los sistemas de generación y organización del significado en el que todos son aportes de relevancia para la comprensión de una estructura psicológica profunda y de cómo se va generando el plano simbólico.

Según Winnicott -parafraseado por Rodríguez J (2017).- la especie humana, está condenada a una tarea perpetua: al interminable trabajo de diferenciar y relacionar mundo interno y mundo externo, lo subjetivo de lo objetivo, la percepción de la aperccepción, así esta breve reseña se podría tomar como base de la *problemática psicósomática que ha sido estudiada desde todas las vertientes del psicoanálisis*. Para nuestro enfoque relacional los conceptos de escisión y espacio transicional que vienen de la mano de Fairbairn y Winnicott son centrales para iniciar nuestra comprensión.

Aquí también, partimos como seres humanos de la concepción de una *matriz somatopsíquica* que se irá diferenciando - en la medida de un contexto suficientemente seguro -que se inicia en el pasaje de lo intrauterino. Este fenómeno o hecho luego será tomado como parámetro de algo que está afuera y de algo dentro, y que permanecerá en la psiquis como la ilusión de la unidad de dos que se inicia en lo intrauterino. Ese pasaje, y la inevitable separación de la madre son un parámetro para la escisión, aunque ésta ya viene formateada desde la división celular. Así, entonces la *escisión* como la *somatización*, por ende, están siempre presentes en la personalidad en grados variables, en procesos sanos y/o enfermos; maduros e inmaduros.

En ese contexto o espacio transicional, en el que se dan estos desarrollos, se crearan las condiciones de una escisión adecuada que favorezca la formación de

símbolos; su ingrediente relacional central será según Fairbairn es "ser amado por los padres y que estos reciban el amor del niño". Hay una estrecha relación entre estos dos componentes dinámicos, así como nadie podría decir que no ha sufrido alguna escisión en el transcurso de su vida lo mismo ocurre con la somatización, implicando desde aquella persona que polisomatiza permanentemente hasta aquella desafectivizada.

Este espacio transicional, dado por la separación de la madre y la terceridad o *madre grupo* - como le denominamos en nuestro enfoque - está integrado por todos los elementos constitutivos de la personalidad (amor, cuidado, sensaciones corporales, movimiento, depresión, aflicción, frustración, objetos precursores, etc.). Es un espacio potencial, en el que el sí mismo evolucionará en un camino psicósomático como expresión de la dificultad en la simbolización o por otro de una mayor integración cuerpo, mente y mundo externo en el que la vida afectiva es ocupa el centro.

La creación de *subjetividad* depende de las dialécticas consciente e inconsciente, yo y alteridad en la que se crean uno y otra proveyéndose de significados - señala Ogden (1998) - y el espacio potencial será el lugar de origen de los símbolos. Se sucede desde allí la emergencia del *sujeto* que los interpreta y la persona con deseos que tiene su culminación en la relación intersubjetiva.

Si bien la diabetes es considerada una enfermedad psicósomática, su componente genético es preponderante. Sin embargo, la unidad mente-cuerpo-mundo externo - y, en especial, su componente emocional - se pone en juego de un modo relevante en esta y otras patologías de corte "orgánico" e instalan la discusión de la incidencia de uno u otro factor para su desencadenamiento. Consideramos que la enfermedad irrumpe en la vida de la persona cristalizándose en un nódulo que incide en el sistema intersubjetivo.

En la perspectiva médica, la diabetes se trata de una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono provocada, o bien por un déficit de insulina (las más de las veces a consecuencia de una disfunción de los islotes de Langerhans del páncreas), o bien por un trastorno en su utilización. Dado que la glucosa no puede incorporarse a la célula, permanece en la sangre en cantidad superior a la normal y resulta un elemento inútil para suministrar energía. Los síntomas patognomónicos de la diabetes son: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. (Chiozza y Obstfeld, 2008). Dicha enfermedad no solo afecta la salud física del paciente que la padece; sino que influye notablemente en su funcionamiento psicológico y psicosocial.

La visión de lo psicósomático como una dificultad en el proceso de integración de la psiquis con la totalidad del funcionamiento físico - necesaria para llegar al "yo soy" al que todo ser aspira según Winnicott (1966) -, como resultado de una falla en las relaciones emocionales primarias, es sumamente clara como modelo teórico. Así, en condiciones normales, mente y cuerpo forman una sola unidad;

siendo la enfermedad psicosomática la consecuencia de la fractura de esa unión, fractura marcada por el guion existente en la expresión psico-somática. El autor considera que lo que caracterizaría a la enfermedad psicosomática es la presencia de una escisión yoica, que se organiza a partir de un yo débil y se mantiene como una organización defensiva. Se produce una falla en el proceso de personalización que implica una organización defensiva básica que mantiene separada la disfunción somática del dolor psíquico. La verdadera enfermedad psicosomática, dice Winnicott, no está en el cuerpo sino en la mente del enfermo, y corresponde a una falla en el proceso de personalización. (Cohen, Labat; 2001).

En los pacientes psicosomáticos, la capacidad de simbolización se encuentra perturbada. El tipo de pensamiento se caracteriza por ser concreto, restrictivo, carente de fantasía y simbolismo, asociado a un lenguaje minucioso y detallista de los acontecimientos. Dicho de otro modo, el sujeto piensa en hechos, no piensa en término de fantasías.

El diagnóstico de diabetes como trauma

La concepción del *trauma* tiene una perspectiva extensa en el psicoanálisis tradicional y relacional y ocupa una posición central para el diálogo interdisciplinario constituyéndose en un concepto “puente” con la psiquiatría, la biología, sociología, medicina, neurociencias. En términos psicoanalíticos, es siempre una situación traumática infantil, una situación siempre compleja, en la que interviene tanto el mundo externo como el interno, que activa una fantasmática y genera una situación vital de *desvalimiento*

Desde sus orígenes el psicoanálisis tradicional en su vertiente instintivista, entiende por trauma la cantidad de excitación que el aparato no puede manejar, no puede ligar con representaciones. Aisemberg E. (2005) señala que “en el desamparo inicial prima el orden económico pero remite al déficit del objeto sostén aún no discriminado, la madre que no puede cumplir satisfactoriamente su rol de barrera protectora contra el exceso de estímulos como decodificar y nominar las emociones del infans. Este déficit de representación impone al infans al desamparo, ya que no puede ligar la cantidad de excitaciones producto de los traumas tempranos (p. 35) .Como se puede observar el acento más bien estuvo inicialmente puesto en lo cuantitativo, para posteriormente darle la cualidad de sexual y agresivo como componente esencial.

En el psicoanálisis relacional el *trauma* se origina en tempranas y fallidas interacciones de la diada madre-bebé y su entorno contenedor -que provocan discontinuidad en la línea de desarrollo dirá Winnicott o traumas acumulativos dirán otros. O bien dirá Balint “ falla básica,” en la estructura del individuo que implica tanto el espíritu como el cuerpo en proporciones variables,- siendo *falla* más

adecuado que *falta*, señala Deurelle (2013) quien destaca origen geológico y de la cristalografía del concepto, todos conceptos que van más allá y tan lejos del tradicional *trauma* de la escena primaria.

En este sentido el aporte de Ferenczi (1949) profundiza, al atribuir a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, enfatizando lo traumatógena que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro sustenta el poder de dar (o imponer) sus propios significados, no sólo al evento traumático, sino a toda la existencia del sujeto. Para Ferenczi el trauma es la expresión de un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, es decir una “confusión de lenguas” en el sentido de un desencuentro y malentendido comunicacional entre ambos.

Apartándose un poco de esta mirada Benyakar(2016) partiendo de su propia experiencia en hechos de guerra, atentados y catástrofes ha ampliado esta visión diferenciando entre traumático y disruptivo, considerando que se encuentra muy arraigada la tradición que nombra a cualquier evento fuerte, intenso, con la confusa formula “situación traumática”. Así propone otra manera de pensar el problema, y reflexiona que en la mayoría de los casos, los profesionales de la salud mental llaman “trauma” al impacto abrupto y doloroso de un evento externo que sufrió un paciente, sin tener en cuenta el modo en el que ese impacto fue elaborado por la persona y se desconoce que un paciente puede responder a los impactos del mundo externo de muchas maneras posibles, además del trauma. Propone el término *disruptivo* para reemplazar la palabra “traumático” cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. Por lo tanto, disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración. De manera que un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad y la desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenece al evento sino que depende del sujeto que lo vive. Cuando una situación externa al psiquismo impacta en él, provocando una alteración de su homeostasis, se está ante un acontecimiento disruptivo. Cuando el efecto producido por el agente externo provoca un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental, el acontecimiento deviene en traumático. Por ello Benyakar enfatiza que lo traumático no es un evento fáctico o situación sino un proceso psíquico producido por un evento o entorno disruptiva.

Esta diferenciación conceptual del autor nos resulta sumamente útil frente a una situación vivencial en la que nunca está claro lo que es de afuera o de *adentro*. Benyakar, quien ha participado activamente en las guerras de Israel, el 11 de Septiembre de New York, el atentado de la AMIA y otros eventos de alta potencialidad disruptiva considera que se encuentra muy arraigada la tradición que nombra a cualquier evento fuerte, intenso, con la confusa formula “situación traumática”. Propone el término *disruptivo* para reemplazar la palabra “traumático”

cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. Por lo tanto, disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración.; cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenece al evento sino que depende del sujeto que lo vive.

En nuestra experiencia consideramos incluir dentro de la secuencia de traumas que puede sufrir una persona a lo largo de sus primeros años y su relación, no sólo con la madre, sino también con los padres y el entorno, recibir el diagnóstico de una enfermedad grave o como en este caso la diabetes-limitante, degradante y amenazante como objeto malo-con la que hay que aprender a convivir a veces desde muy temprana edad. . Muchas son las vicisitudes generadoras de traumas en la infancia: malos tratos, incomprensión, violencia de los padres, hermanos o cuidadores, falta de conexión con las necesidades del niño, estimulaciones sexuales excesivas, abuso, extrema pobreza, miseria, hambre, han sido estudiados de diferentes perspectivas, sin embargo no existen muchos estudios referidos a este manera de enfocar esta situación que trataremos de profundizar en el curso de la psicoterapia de grupos de estos pacientes.

Si bien todas estas y muchas otras similares constituyen situaciones traumáticas presentes, la diabetes una vez diagnosticada se hace cotidiana y repetida durante años, se va naturalizando de tal modo que no se presta atención al hecho de que, cuanto de lo que impide su buen tratamiento en estos pacientes, se deban a las réplicas del impacto traumático en su vulnerabilidad.

El encuadre del grupo terapéutico¹

La experiencia clínica se realizó en el Servicio de Medicina Nuclear y Endocrinología, de un hospital público. Dicho servicio está integrado por dos médicas clínicas, una bioquímica, una enfermera y una técnica.

El servicio cuenta con laboratorio propio donde se realiza extracción de sangre para análisis hormonales. Se realiza atención médica tanto de pacientes ambulatorios como internados, interconsultas intrahospitalarias, brindándose además atención por el servicio de enfermería, que se encarga de realizar los controles de signos vitales y la educación diabetológica.

¹ El material clínico es referido con el consentimiento informado según legislación correspondiente. Los pacientes han sido anonimizados, a los efectos de preservar el secreto profesional.

Se atienden pacientes en su mayoría sin obra social, de escasos recursos, de patologías diversas, dentro de la especialidad de endocrinología. Los pacientes atendidos son adultos a partir de los quince años en adelante.

Presentación del Dispositivo

En la **implementación del dispositivo terapéutico** se observan tres momentos:

a) Previo a la tarea grupal las médicas clínicas del Servicio, realizan la **selección de pacientes con diabetes**, para la indicación de asistencia psicológica, de aquellas personas en las que se observaba la necesidad de hablar de sus problemas cotidianos en los que emociones negativas, ansiedad, depresión, hostilidad influían en el control de la glucemia, generando efectos adversos en el funcionamiento, en la evolución de la enfermedad y la calidad de sus vidas, en consonancia con la dificultad para adherirse al tratamiento médico. Es a partir de allí que surge la necesidad de contener estos aspectos emocionales del paciente que rebasan el rol del médico. De todos modos, si un paciente se encuentra en estado crítico, tanto en el aspecto orgánico como en lo psicológico, lo que sería motivo para una derivación al área de Salud Mental del Hospital.

b) A partir de esta selección se realizan **entrevistas clínicas individuales** a fin de recabar datos sobre la historia vital para lo que se implementó una adaptación del protocolo de anamnesis del Centro de Consulta Médica “Weizsaecker” para evaluar globalmente la situación de los pacientes y su estado emocionales para incorporarse a la psicoterapia de grupo. Dicho protocolo permite indagar sobre antecedentes de diabetes en la familia, el momento vital que atravesaban al recibir el diagnóstico y el tratamiento médico, sus temores respecto a la enfermedad y sus vínculos, entre otros. Este protocolo es un cuestionario detallado, que forma parte del Estudio Patobiográfico (Chiozza, 2008, tomo XIV) que ha sido diseñado para ocuparse de las situaciones puntuales que requieren tiempos breves y en las que se hace necesaria una intervención terapéutica rápida, es decir, situaciones que escapan al marco del encuadre psicoanalítico clásico, como por ejemplo en el caso de una enfermedad somática. Incluye no sólo el cuestionario, sino que además, se utilizan fotografías, relatos de cuentos, películas y el diagnóstico clínico del estado físico general y del estado actual de la enfermedad, realizado por el médico.

En esta etapa además, se indaga sobre sus creencias y expectativas de participar en el grupo, con el objetivo de incrementar la confianza sobre la eficacia del tratamiento grupal. Se busca motivarlos para la tarea e ir creando juntos un modo de acercamiento personal e íntimo que nos preparara para el encuentro grupal. A esta

tarea, que empieza antes del inicio del grupo, y refuerza las expectativas del mismo, Irvin Yalom (1996), la considera un importante factor terapéutico, que denominó “infundir esperanza”.

c) Una vez seleccionados los integrantes se da comienzo al **grupo terapéutico**, a cuyos participantes se les indica concurrir una vez por semana, durante aproximadamente doce encuentros para compartir inquietudes y necesidades en relación a la enfermedad, y explorar los conflictos que emergen en relación a la diabetes y otros que puedan ser de relevancia para la comprensión de la enfermedad y de la situación de vida del paciente.

Se trata de un grupo semi-abierto acorde a las necesidades de lo institucional – hospitalario, con la intervención de dos coordinadoras. Esto resulta beneficioso por cuanto favorece y duplica la coordinación frente a la complejidad de la problemática abordada, la movilización intensa de ansiedad, y angustia de sus integrantes en diferentes momentos del proceso grupal favoreciendo la capacidad continente del grupo. Además, el apoyo mutuo entre las coordinadoras permite mantener una mayor objetividad, frente a transferencias grupales con intensos componentes persecutorios y de dolor psíquico (Toranzo, 2013).

El **equipo de trabajo terapéutico** se conformó por las dos coordinadoras –una novel Licenciada en Psicología, con experiencia en coordinación de grupos, y una Residente en Psicología Clínica de la Licenciatura en Psicología, la supervisora y la relación establecida con las médicas del Servicio.

El grupo se reunía una vez por semana, por un lapso de una hora y media aproximadamente. Previo consentimiento informado de cada uno de los integrantes, se realizó la grabación del audio correspondiente durante el encuentro, cuyo material se trabajó en supervisión al igual que las impresiones transferenciales y contra-transferenciales.

Como parte del *encuadre* se consideró tener en cuenta la posibilidad de llamar por teléfono a los pacientes, especialmente en la primera etapa del grupo, así el día anterior se llamaba a cada uno de ellos para recordarles que al día siguiente había grupo. Luego sólo se llamaba en el caso de que hayan faltado al encuentro anterior para saber el motivo de la ausencia al mismo, como así también recordarles que todos los miembros del grupo lo esperaban en el próximo encuentro y de éste se pudiera diferenciar de la asistencia a los controles médicos. Este contacto telefónico, podría fundamentarse por los aspectos depresivos de los pacientes, por ende de los aspectos dependientes -orales voraces- puestos en juego. Siguiendo a Fontana (1971) en cuanto a que estos pacientes por sus características requieren un encuadre maternante gratificador.

La **supervisión** constituye un aspecto central de este encuadre ya que permite evaluar y elaborar la intensidad de los procesos identificatorios. El supervisor se ofrece como continente de la confianza depositada por el supervisado que permite una experiencia nueva que dará lugar a un enfoque diferente y enriquecido; lugar donde un grupo mira a otro grupo.

Como desarrollamos en el capítulo anterior la supervisión es un instrumento clínico por excelencia en el que se mediatizan las relaciones de objetos en sus aspectos conscientes e inconscientes en la que se pueden observar múltiples relaciones: la relación de los terapeutas con los pacientes, la de los pacientes entre sí, los coordinadores entre sí, la transferencia y contratransferencia con el supervisor entre las más significativas, convirtiéndose de este modo en un equipo de trabajo que se piensa a sí mismo. (Toranzo, Sanchez y Picco Lieto; 2015)

Se trabajó con un "grupo homogéneo" - según la clasificación clásica - en cuanto a su condición de personas con diagnóstico de diabetes, aunque con variaciones importantes en relación a la edad, sexo y al curso de la enfermedad.

Singularidad y grupo

Se presenta el análisis del grupo a partir de la singularidad de cada uno de sus integrantes². La singularidad refiere de un modo directo al trabajo diagnóstico previo al grupo, que se realiza con cada uno de los pacientes seleccionados para ingresar al mismo, pero también a la singularidad que se dará en el grupo. En esta fase, se hace un diagnóstico previo presuntivo y, progresivamente promueve la alianza terapéutica, cuya función es establecer el vínculo, y un buen rapport.

Esta etapa se constituye técnicamente de modo flexible, atendiendo a los puntos de urgencia que presenta cada paciente. El encuadre diagnóstico se flexibiliza debido a la situación particular de cada persona y especialmente teniendo en cuenta que se trata de una población clínica que suelen atravesar situaciones críticas –de salud, económicas, familiares– que afectan tanto su salud, como su calidad de vida y ameritan un acompañamiento. Como terapeutas, en esta población de pacientes hay que ser flexibles y tener la capacidad de modificar los objetivos planificados, e ir adaptando el encuadre junto con los pacientes. Así de alguna manera este período diagnóstico suele operar además, como apoyo con efectos terapéuticos colaterales.

Siete son las personas seleccionadas por las médicas clínicas, quienes comparten el mismo diagnóstico –diabetes – y reciben atención médica en el Servicio de

² Se considera relevante aclarar que he se han modificado los nombres reales de los pacientes para resguardar la identidad de los mismos, y que el material clínico cuenta con el consentimiento para su publicación.

Medicina Nuclear y Endocrinología, perteneciente al Hospital Público de la Región de Cuyo.

Alma... el alma mater

Alma, 63 años, casada, madre de una hija. Recibió el diagnóstico de diabetes, en el año 2004, y comenzó rápidamente el tratamiento.

El primer impacto fue de una mujer muy desmejorada, apenas podía caminar, con su rostro transmitía su dolor y tristeza. Manifestaba angustia, y tristeza, llorando desconsoladamente en cada encuentro. Se podía sentir su soledad, desamparo, una profunda tristeza. Generaba una gran preocupación su salud, presentaba varias complicaciones médicas. En el momento de la consulta, estaba luchando con una infección en la zona del abdomen consecuencia de una operación. Además, tenía hernias lumbosacras que le generaban dolores y dificultades para moverse. Tenía sus valores estables, hacía dieta metódicamente, y no realizaba ejercicio porque estaba cuidando la cicatrización.

Alma relata y transmite una historia de vida teñida por el desamparo, fue abandonada por su madre biológica cuando era pequeña, y adoptada unos años más tarde. Recuerda esa historia con mucho amor y cariño, sintiendo que fue una salvación.

Por distintas circunstancias, en ese momento no tenía casa propia, ni trabajo.

Si bien Alma fue derivada por tener diabetes, en su relato la misma queda en último plano, infiriendo que en la historia de Alma sucede lo mismo, para ella la enfermedad no era un problema mayor.

José... el gruñón

José, 58 años, divorciado, padre de tres hijos. No recuerda exactamente el inicio de la enfermedad, aproximadamente cree que hace 15 años. En el momento de la consulta tenía estable los valores de la glucemia, tomaba la medicación, se cuidaba en las comidas, y realizaba los controles necesarios.

Al comienzo, la mirada de José era intimidante, se mostraba distante, rabioso, con cierta superioridad. A lo largo de los encuentros, se fue estableciendo un vínculo más cálido, estaba más tranquilo, sonreía y logró así contar –transmitiendo mucha angustia– que hace varios años, cuando su primer hijo varón tenía 5 años, falleció de un tumor en la cabeza.

Si bien, manifestaba que se encontraba muy bien, que la muerte de su hijo era un tema superado, que la diabetes no le generaba grandes problemas, a medida que transcurrían los encuentros comenzó a exteriorizar cierta tristeza, angustia, cansancio, frustración por distintas situaciones que vivió en su vida en relación a trabajos, como así también por la pérdida de su hijo, que era una pregunta que aún no

tenía respuesta. Detrás de esa mirada intimidante, había un hombre que sentía tristeza, soledad, dolor por la pérdida de su hijo, y buscaba cariño en los distintos vínculos. De todos modos, este paciente generaba cierta irritación en algunas oportunidades.

Por complicaciones en su salud, se continuó con los encuentros individuales, más allá de la fase diagnóstica. Así, de alguna manera esta fase operó, además, con un objetivo de apoyo.

Lía... una coraza protectora

Lía, 44 años, divorciada, en pareja, madre de 3 hijos. A principios del año 2015 le diagnosticaron diabetes, y a mediados del año 2016 comenzó el tratamiento.

Lía se encontraba siempre bien peinada y maquillada, con buena presencia. Detrás del maquillaje, transmitía cierta soledad, angustia, tristeza y dolor. Consideraba que emocionarse implicaba ser una persona débil, y de este modo se exhibía como una mujer fuerte, con una coraza, manifestándolo con su postura rígida y la sensación de que era intocable; ya que transmitía que ante una nueva situación de pérdida, ella podía quebrarse o romperse.

Su padre había fallecido hacía un año, y con su madre no tenía relación desde entonces, por problemas con su hermano. Manifestaba la necesidad de que alguien la guíe, la acompañe y apoye. Ella sentía que no podía tomar decisiones por sí misma, y presentaba dudas por ejemplo de la necesidad de asistir a la psicóloga o no. A medida que transcurrieron los encuentros, empezó a demostrar ganas de asistir al hospital, y a la psicóloga.

Lía recuerda con tristeza su infancia. Relata que tuvo que trabajar y estudiar, y que recibía castigos por parte de sus padres y debía hacer sólo lo que ellos le decían. Además relata que vivió situaciones de violencia con su ex marido, padre de sus hijos.

Nidia...la fortaleza

Nidia, 68 años, separada, y casada en segundas nupcias, madre de 4 hijos. Oriunda de un país vecino, llegó a Argentina hace 28 años.

Recuerda que hace diez años aproximadamente recibió el diagnóstico porque tenía una herida que no cicatrizaba. Al momento de la derivación a atención psicológica, hacía tres meses que se atendía en el hospital, y se encontraba con un tratamiento que le permitiría bajar los valores de glucemia, debido a que tenía diariamente 400 mg/dl.

Se podía percibir que Nidia era una mujer sufrida, expresaba un gran monto de angustia y una necesidad de hablar de todos los conflictos que vivía con su marido y sus hijos. De todos modos, transmitía una gran fortaleza para enfrentar los problemas diarios.

Estar lejos de su país le generaba una profunda tristeza, al igual que las peleas entre sus hijos por cuestiones económicas, que expresaba con cierta impotencia. Asimismo, la relación con su marido le ocasionaba tristeza, porque él no asumía que era alcohólico, y sentía que era su sirvienta y no su esposa. Discuten por el dinero, y el alcohol. Esta paciente, asociaba los valores altos de glucemia con los disgustos que vivía en su familia. No sentía que su enfermedad fuera un problema, se ocupaba de la misma, realizaba el tratamiento, la dieta y el ejercicio diario. Así, Nidia transmitía la necesidad de recibir y contar con un espacio de escucha y contención, para poder transitar sus dificultades familiares.

Emiliano... el niño del grupo

Emiliano, 37 años, separado y padre de tres hijos. Trabajaba con su padre en un taller metalúrgico; y vivía en la casa de sus padres.

Era un hombre que transmitía una gran tristeza en su rostro y en su forma de expresarse. Tiene diabetes desde hace 10 años, y utiliza insulina desde el comienzo del tratamiento. Recibió el diagnóstico, cuando se realizaba los controles por los problemas de riñón que tiene desde niño. Expresó que en un principio no tomó en serio la enfermedad, no se cuidaba, y tuvo un coma diabético. Presenta dificultades para cuidarse, hacer ejercicio y comer saludable.

Sólo se realizó una entrevista individual e ingresó al grupo. Le costaba conectarse con sus sentimientos y con lo que pudo sentir en ciertas ocasiones de su vida, porque solo recordaba los hechos –como la muerte de sus abuelos y un tío; abandonar una carrera universitaria y comenzar a trabajar–.

Víctor... un hombre vital

Víctor, 49 años, padre de dos hijos varones del primer matrimonio, y de dos hijos del segundo matrimonio. Con respecto al diagnóstico de la enfermedad, recordaba exactamente los síntomas que había sentido, y el momento en que se realizó los análisis. En relación al inicio de la misma, en un principio estaba convencido que hacía 8 años, pero al indagar a lo largo de los encuentros se dio cuenta que hacía alrededor de 15 o 20 años. No pudo precisar la fecha, y eso le generó mucho desconcierto y sorpresa.

Se percibía a un hombre fuerte, joven, que no manifestaba problemas con la diabetes, sus valores eran estables, realizaba los cuidados médicos, la dieta, y los controles necesarios. Relató que contaba con el apoyo de su familia, y que sabía que lo emocional influía en los valores, que se daba cuenta de que enojarse o rabiar le elevaba la glucemia. De todos modos, relataba hechos de su vida sin conexión emocional. Solo en dos oportunidades, se conectó con la tristeza por la separación de sus padres en su infancia, la pérdida de su padre hacia unos años y la relación distante con su madre en la actualidad.

En cuanto al vínculo que se estableció, en varias oportunidades Víctor generaba cierto rechazo e impaciencia, cuando intentaba impactar con historias de su juventud en relación a distintas mujeres, intentando mostrarse como un hombre viril y seductor.

A lo largo de los encuentros la diabetes quedó en un segundo plano. Tenía la necesidad de expresar que en ese momento no estaba bien con su esposa, que hacía un mes había perdido el trabajo, y eso le provocaba mal humor, nerviosismo e impotencia, que podía transmitirlo. Esta circunstancia implicó modificar el encuadre diagnóstico, y extender esta fase con el objetivo de brindarle un espacio de contención y apoyo.

Ceferino...el renegado

Ceferino, *63 años, casado, una hija*. En el año 2006, le diagnosticaron diabetes. Al momento de la derivación hacía dos meses que había comenzado a utilizar insulina, y no lograba estabilizar los valores de la glucemia, motivo que le generaba un gran enojo.

Ceferino era un paciente pasivo con respecto a la enfermedad, no sentía propia a la diabetes, no se hacía cargo, delegando los cuidados y las emociones que le provocaba en su entorno –mujer, médicas, hija–. Se podía percibir el enojo, agobio y frustraciones que sentía con respecto a la enfermedad y los distintos médicos. Tenía poca tolerancia para que el tratamiento con insulina le diera resultados, y era difícil transmitirle la calma y paciencia que él necesitaba.

En relación al vínculo que se estableció, fue un paciente difícil, en cuanto a las frustraciones que generaba, porque costaba establecer una relación donde él sintiera confianza para poder ayudarlo, y que se conectara con sus sentimientos. Asimismo, su salud generaba grandes preocupaciones. Cada semana había que “convencerlo” que siguiera asistiendo, porque no sentía mejorías en los valores de la glucemia.

Ceferino depositaba todo el enojo y la bronca en el afuera, el gobierno y los jóvenes. Tenía dificultades para reconocer el enojo que le provocaba la enfermedad. Así, se modificó el encuadre, y el foco fue que lograra apropiarse de la enfermedad y conectarse con las dificultades que ésta le generaba -le había afectado la visión, sistema circulatorio-, brindándole un espacio de contención.

Análisis clínico de la psicoterapia psicoanalítica de grupo

Para poder apreciar mejor la dinámica del proceso grupal, y las características de los pacientes con diabetes, el análisis clínico del proceso grupal terapéutico se divide en tres fases: *Inicial* correspondiente a los primeros cuatro encuentros, *Media* (5, 6, 7, 8) y *Final* (9, 10, 11, 12).

El Grupo en sus inicios: La resistencia o la desconfianza

Cuando un grupo está conformándose suelen observarse desencuentros, malos entendidos, ausencias, entre otras situaciones que dan cuenta claramente de los fenómenos resistenciales propios de cualquier tipo de psicoterapia, el temor a la fusión y la ausencia de una mentalidad grupal. Es decir fenómenos disociativos y primarios como en los procesos iniciales de la vida en una matriz en donde se va dividiendo el huevo para fundar una nueva existencia. Con el tiempo se ira creando en esa matriz biológica un microclima de interrelación de elementos -unos con otros- para llegar a una “mentalidad grupal”, metafóricamente hablando.

En la misma cada elemento le aporta al otro para una evolución en diversos niveles, que van de uno más global y articulado con la humanidad, con el género humano, la matriz fundacional (*Foundation Matrix*), a uno más íntimo y personal, pero no individual, en una dialéctica permanente.

La situación grupal implica la exigencia de adaptarse a una situación nueva, que es la interacción múltiple con personas desconocidas. Esto podría generar, inconscientemente, el temor de que el equilibrio psicológico alcanzado hasta ese momento resulte afectado en forma imprevisible e incontrolable, conjuntamente con la fantasías primitivas de fusión o simbiosis con la madre, madre tierra, madre-grupo.

Fontana (1977) plantea que cuando el paciente se conecta con los demás, surgen en él y -también en el terapeuta- temores de ser absorbidos, chupado, “tragado por el grupo”, que resultan de la proyección de su propia avidez, y el grupo es vivenciado así, como una boca que puede devorarlos.

Así en esta primera etapa, como es de esperarse, hemos podido percibir la resistencia de los pacientes para iniciar la tarea terapéutica y, por ende, para tomar contacto con su enfermedad. Se expresa la dificultad para asistir al grupo aduciendo razones como, por ejemplo: "el horario no es conveniente", "la temperatura del día", "un trámite que debían realizar" o simplemente "se habían olvidado del turno", llegadas tarde e incluso una especie de arrepentimiento, decidiendo retirarse para realizar otras consultas médicas, a punto tal de no poder concretar la primera reunión en esta primera etapa, sorteados los inconvenientes iniciales, se presentan los miembros del grupo, se expone el encuadre de trabajo y los objetivos del mismo.

El grupo inicia por “conocerse” de un modo impersonal, lo hacen desde la diabetes, compartiendo los valores de glucemia, los síntomas, las dietas que siguen; los observamos intercambiando consejos sobre qué hacer ante los episodios de hipoglucemias. Esta presentación de un modo impersonal, pude comprenderse si se tiene en cuenta que, en esta primera etapa, denominada por Usandivaras (1977) como “etapa de individuación defensiva”, cada integrante se muestra como alguien bien diferenciado de todos los otros; y ante el temor a la confusión que se puede expresar como miedo a perder la individualidad, a ser destruido, influido, surgen defensas

destinadas fundamentalmente a evitar la conexión. Así Fontana (1977) considera que, ante esa ansiedad y angustia, cada uno de los miembros esgrime su síntoma, a modo de cédula de identidad, que le proporciona un límite y lo discrimina de los demás. En esta línea, encontramos que los miembros del grupo se presentan utilizando la enfermedad, aunque si bien esto es algo que todos comparten, el tiempo de aparición y el modo de cuidarse los diferencia desde un principio.

“El mío es nuevito. La medicación la tomo, hago dieta, camino.”

“En el 2004 descubrieron que tenía diabetes.” “Estaba con Metformina 500 mg y tomaba 4 pastillas”

“Debe hacer como 10 años, pero con insulina hace dos meses, o tres”

Otro punto que les permite diferenciarse, por tanto reconocerse - encontrarse a sí mismo al interior del grupo - son los valores diarios de la glucemia, pudiendo vislumbrarse en el siguiente diálogo:

A: Y ando bárbara, con 110 (mg/dl), 115(mg/dl). El otro día anduve toda la mañana, y cuando quise acordar chorreaba agua, se me movían los pelitos de la cabeza del agua que me salía, y me tomo y tenía 80 (mg/dl).

C: Bueno, pero eso no es nada, yo llegué a tener 47 (mg/dl).

A: Claro, pero yo ya tengo un coma diabético. [...]

J: Bien, yo mi azúcar la tengo bien. Siempre está con los valores normales. [...] Siempre tengo 109 (mg/dl) o 115 (mg/dl). Excepto un día que dije estoy muy bien, quiero festejar, y le pedí a mi pareja que me trajera unas Rumbas, y se me fue 287 (mg/dl).

A: No es nada, yo estuve 4 días con 577 (mg/dl). Y no me la podían bajar.

J: A mí me dijeron que como no soy un diabético de riesgo [...]

Como plantea Usandivaras (1977), se produce una lucha entre dos fuerzas antagónicas: unión y separación entre los integrantes, esto se observa en los momentos en que, si bien comparten la enfermedad, y el control de la glucemia, motivo que los une; intentan diferenciarse a través de los valores que cada uno mide percibiéndose una competencia entre los miembros para confirmar quién tiene los valores más altos o más bajos. Consideramos que esta modalidad de presentarse a través de la enfermedad revela en primera instancia un sentimiento de despersonalización -que ya está instalada en la cultura hospitalaria- y a la vez la pertenencia a un lugar común indiferenciado,

Es esperable que las intervenciones de las coordinadoras sean más frecuentes en este momento, promoviendo el rapport respondiendo complementariamente a la dependencia inicial en un grupo que se encuentra en conformación pero que no debe establecerse como el único modo de funcionamiento. Así, en este grupo en cuestión,

se observaron dos situaciones prototípicas: por un lado, el grupo se pone dependiente de una paciente que toma la palabra monopólicamente, para posteriormente, como ya han desarrollado Toranzo y Taborda (2013), hablar de sus lugares de pertenencia como indicio de ir perteneciendo a este grupo-lugar.

Se atraviesa un momento donde los pacientes hablan de sus lugares de origen como una manera de darse a conocer a través de algo propio y familiar, - siguiendo a Fontana (1982) para quien la primera defensa que un individuo articula al enfrentarse con un grupo de desconocidos es tratar de convertirlo en conocido. Para ello proyecta su grupo interno, constituido en la experiencia de relación con su propio grupo primario: la familia; y de este modo se va conformando una red de relaciones. Estas otorgarán, simbólicamente, una cierta tensión a los hilos del tejido de la matrix grupal. Así cada uno de los pacientes, por ejemplo, comenzará a contar dónde vivió su infancia, cómo llegaron a vivir a su lugar actual. Esta familiaridad tuvo la particularidad de que, en este grupo, todos eran oriundos de la misma provincia. A continuación, les preguntaron a las coordinadoras de dónde eran oriundas, como una forma de integrarlas y que todos formen partes del mismo grupo.

De este modo se va conformando la *matrix grupal* -matriz relacional- como red vincular establecida entre los miembros a través de la empatía e identificación proyectiva principalmente, con la finalidad de contener unos u otros roles en acción. Las coordinadoras procuran pensarse y sentirse parte del grupo, para no quedar excluidas del mismo, y como plantea Foulkes (1986) deben exponerse y dejarse impregnar por el grupo para “adivinar” el significado de lo que está ocurriendo y resonar empáticamente.

Las referencias recurrentes a “los lugares”, fuera y dentro del grupo marca una construcción de pertenencia y favorece el desarrollo de intercambios de mayor intimidad. Si bien parece que temporariamente el grupo se aleja del foco de trabajo, es un momento necesario para generar un acercamiento emocional al interior del mismo y a las temáticas centrales de la terapia. (Toranzo, Taborda 2013)

A medida que avanza el grupo se pudo observar lo que denominamos una “conciencia particular de la enfermedad”. La especificidad de significado personal - observada en cada paciente- permitiría una comprensión que hecha luz sobre la manifiesta imposibilidad, para respetar el tratamiento. Hecho que no respondería, probablemente, en primera instancia, a una falta de conciencia o negación de la misma; sino que, tendría una importante ligazón con la necesidad de “mantener resistencialmente” ese sentido individual e inconsciente que cada uno le ha dado. Se establece una relación con la diabetes como un objeto que le da un sentido a la propia existencia, un baluarte ("la diabetes como una cruz", "una madre", "una casa", "una comida", "un ser siempre niño", etc.) expresándose también, de este modo concreto, la dificultad de simbolizar. Referido por los pacientes como: "*Pienso que es la cruz*

de cada uno que le toca llevar y bueno, la cargamos y la llevamos. Yo tengo un hijo fallecido, pero no lo asocio con eso."

Otro de ellos hablando de sí mismo: *"Yo ahora vivo con mis padres, estoy separado hace dos años. Vivo con ellos, me siento más cómodo ahí que andar alquilando, la casa es amplia, yo manejo mis horarios, no me molestan para nada. [...] ella (la madre) es la que cocina. Ahí comemos toda la misma comida, verdura. Yo soy más exquisito en el tema de la comida, me cuesta el tema de la verdura, no como todo, pero algo sí. Me gusta la comida chatarra esa es la verdad.", "el tema verduras no me gusta, tienen que estar dándomela en la boca un poco más."*

"Por eso la enfermedad, y yo asocio cierto, porque no tenemos una libertad, siempre es como que estamos esclavizados a algo

"Puede ser que, por no tener trabajo, y pasar muchas cosas feas, porque no soy de comer muchas cosas dulces y azúcar, no sé si viene del azúcar o qué."

En cuanto al significado de la enfermedad en cada uno de los pacientes, se podría ejemplificar con la historia de vida de dos ellas. Alma fue abandonada por su mamá a los 3 años, y no conoce a su familia de origen. Luego del fallecimiento de su hermano adoptivo, comienzan en ella los primeros síntomas de la enfermedad. Hipotetizamos que la diabetes, en su caso particular, funcionaría como una ligazón con ese origen desconocido de su vida, para ella sería lo que la une con la familia de origen. Otorgándole una identidad, una historia genética que comparte con sus padres, o abuelos. En su caso, la enfermedad era colocada en el centro de su vida, no renegaba de ella, podía hacerle frente y cuidarse, posiblemente por este sentido subjetivante que le otorgaba a la misma.

Otra situación - más bien opuesta - era la de Lía, quien renegaba de la enfermedad, su actitud era de rechazo, no deseaba hacerse cargo. En este caso, la paciente en la actualidad se encontraba distanciada de su madre -quien tenía diabetes, y de su padre -también diabético- que había fallecido hacia un año - su enfermedad de algún modo reúne los aspectos ambivalentes de la relación con sus padres y su vínculo conflictivo, de su historia traumática, olvidada y recordada a la vez de esta manera.

Para ambas pacientes la enfermedad constituía una herencia familiar, de pertenencia o rechazo como modos del "ser". Es imperioso aclarar en este punto que, la herencia es un factor predisponente, pero como plantea Lidz (1966) es necesario que preceda a la aparición de la enfermedad un periodo grave de angustia emocional, sufrir alguna pérdida significativa, o periodos de trabajos agotadores y de fracaso.

En estos *tiempos iniciales* de los primeros encuentros, cuando intentaba surgir algún problema más personal e íntimo, el grupo insistía en llevar todo a un terreno concreto, siendo difícil en este momento lograr un clima más emocional. Es decir, cuando alguno de ellos estaba por contar sus penas y su vida afectiva, rápidamente

comenzaban a hablar de los valores de la glucemia, del modo de medirse con los glucómetros, de la dieta que debían seguir, llevando el grupo hacia un terreno más concreto, y así lograban evadir sus problemas, preocupaciones, y sufrimientos.

Se podría pensar que hablar de la diabetes en términos médicos tanto para los pacientes, como para las coordinadoras del grupo era una defensa, de ese modo se evitaba inconscientemente tomar contacto con los aspectos más íntimos, hablar de lo que verdaderamente sentían como personas, más allá de la enfermedad. Esto podría traducirse transferencialmente en la dificultad para preguntar sobre qué y cómo se sentían. Transferencialmente resulta evidente cómo el grupo arrastra a las coordinadoras a lo concreto, a lo racional, sin poder llegar al plano afectivo de los temores y angustias en relación a la enfermedad misma.

Por este motivo, las supervisiones semanales son necesarias e imprescindibles, ya que coordinar un grupo terapéutico de estas características implicar estar muy atentos a no ser "arrastrados" por los pacientes hacia sus discursos concretos, y comprender que hablar de la diabetes debe ser hablar de lo que cada uno siente y vive, entendiendo que los relatos de las dietas, los valores y los episodios de hipoglucemias son en realidad, discursivamente, otra cosa. Es decir, es menester leer entre líneas y relacionar, los valores altos de glucemia con enojo, rabia, frustración vividos en determinado momento, por ejemplo, con uno de sus hijos.

De este modo se sientan las bases para lograr desarrollar la capacidad-, en un tiempo largo de tratamiento -para comprender la vinculación de los valores altos o bajos con los cambios en sus afectos. (Lieberman, 1962). El autor señala que estos pacientes se encuentran fuertemente apegados a la realidad, siendo precisamente ese apego lo que mantiene disociado el cuerpo y explica la indefensión frente a estímulos que en otro tipo de personas son registrados de una manera menos perniciosa para la conservación de la salud corporal.

En este grupo ha sido evidente la dificultad manifiesta para hablar de sus sentimientos, y la imposibilidad de ligarlos con la enfermedad o con los episodios de hipoglucemias/hiperglucemias. En algunos momentos, de un modo muy sutil, en los detallados relatos descriptivos que realizaban, podían asociar que “los nervios” – palabra que alude al cuerpo concreto– influían en los valores diarios, pero no lograban registrar qué emoción o sentimiento les provocaban por ejemplo las discusiones familiares, los problemas económicos, para verbalizar y ponerle palabras a la tristeza, el enojo o la bronca. Así, una de las pacientes expresó: *“Yo cuando me pongo nerviosa por cualquier cosa, o algo así, se me sube. Es traviesa, los nervios la manejan mucho”*; y en el mismo sentido otra paciente relató lo que el médico le dijo a sus hijos: *“La diabetes de tu madre es de los nervios, porque ella asume mucho los nervios de ustedes”*. Se puede vislumbrar que utilizan, y requieren un lenguaje concreto –en otras palabras, la enfermedad parece una persona con vida propia– y realizan así lo que se denomina según Chiozza y otros autores (2008) una

deformación patosomática del afecto, es decir, el sentimiento está deformado concretizado no manifestado en su vía natural.

Asimismo, esta dificultad para expresar las propias emociones, denominada alexitimia. Por Sifneos (1958), con la hipótesis de que las emociones no expresadas a través del lenguaje simbólico se manifiestan a través del lenguaje somático produciendo el síntoma psicossomático.

En palabras de Benyakar (2016) los pacientes en el consultorio hablan de experiencias –lo que es pensable y comunicable –, es decir, remiten a una conjugación particular entre el evento fáctico relatado y una vivencia específica, o sea, remiten al modo en que nuestro psiquismo procesó el impacto que generó tal evento. Se podría pensar que estos pacientes, no podrían hablar de la experiencia emocional, y se quedan en lo fáctico, en la descripción fenoménica de los hechos, sin la percepción del sentimiento que les ocasionó como efecto de la disociación. Esta explicación da lugar a poder hablar más adelante, del aspecto traumático -no disruptivo- de la enfermedad que no siempre es tenido en cuenta. En otras palabras, luego del diagnóstico de diabetes la vida ya no es la misma.

En el *tercer encuentro*, uno de los pacientes, cuando se les preguntó si asociaban la enfermedad con algún episodio importante de su vida, manifestó que no recordaba la fecha de la muerte de su primer hijo. Así se puede pensar que ante esa situación traumática el paciente no tiene recuerdos, pero trasladó el registro al cuerpo y sufrió físicamente, es decir, se percibe claramente la ruptura mente-cuerpo, la disociación se concreta en la diabetes. Puede verse en la siguiente viñeta:

Coordinadora: Asocian más o menos, el momento del inicio de la enfermedad con algún suceso en su vida, con algún hecho importante en su vida.

C: Cosas que pasan.

J: Pienso que es la cruz de cada uno que le toca llevar y bueno, la cargamos y la llevamos. Yo tengo un hijo fallecido pero no lo asocio con eso.

Coordinadora: ¿Hace cuánto falleció su hijo?

J: Esas fechas mi cabeza las borró. Tendría que tener en este momento 33 años. Falleció a los 5 años.

Coordinadora: ¿Y usted Alma?

A: ¿Cómo se le borraron esas fechas, inconsciente o conscientemente?

En estos **primeros encuentros** es esperable observar en la dinámica grupal situaciones que pueden ser comprendidas a la luz de los aportes realizados por Bion sobre los supuestos básicos. La dependencia suele ser protagonista, aparecen comportamientos en los miembros del grupo que tienden a sostener el lugar de un único miembro que pregunta, interviene, mantiene monólogos de su historia o su

vida personal. De esta manera, los demás integrantes del grupo no realizan ningún aporte si no se les señala. Esta era la situación de Alma, quien sostenía la tarea grupal dado que los demás miembros dejaban todo el trabajo en ella. Así se convertía en el portavoz del supuesto básico de dependencia desplazado en ella por el grupo y conjuntamente por identificación la paciente satisface su propia necesidad de depender.

Como representante del supuesto básico de ataque y fuga, Ceferino, un paciente que depositaba su enojo, agresión en el afuera, en los jóvenes maleducados, en los médicos que no sabían qué tenía. En el único encuentro al que asistió, antes de su finalización se levantó y retiró del salón, siendo esto un ataque al grupo, en un momento en que sus compañeros estaban hablando de los problemas personales que cada uno tenía y cómo la enfermedad les afecta. Previamente se había conversado sobre los enojos y un primer intento de asociar la diabetes con alguna situación en la vida de cada uno. Ceferino no quería escuchar los problemas del resto, ni hacer conscientes sus propios enojos y problemas, por ende, percibió al grupo como una amenaza y se defendió atacándolo, con el abandono repentino del salón, y su ausencia (fóbica) al resto de los encuentros.

El trabajo terapéutico se constituye -en esta fase- con el objetivo esencial de paulatinamente lograr la confianza por parte del grupo, en tanto este resiste los embates terroríficos, destructivos de la enfermedad. En esta primera fase, parece evidente la necesidad del grupo de constituirse en un continente suficientemente bueno para aspectos que son considerados peligrosos. Como ser el tener picos demasiado altos de glucosa, sufrir hipoglucemias, padecer alguna infección cutánea o una falla orgánica asociada, entre otros.

En estos momentos, el grupo aún no está en condiciones de experimentar emocionalmente los sentires asociados a estos acontecimientos somáticos.

La Fase Media: sufrir sin sentir.

Por tratarse de un grupo semi-abierto encontramos que, si bien el grupo se encontraba ya en conformación, es una estructura que posibilita la incorporación de nuevos miembros. La consecuente presentación del mismo, su motivo de consulta, la presentación del encuadre y objetivos del abordaje por parte de las coordinadoras; no afectó lo trabajado por el grupo en los momentos precedentes, por el contrario benefició el proceso ya que era el más joven de los pacientes, y en la dinámica ocupó el lugar de “hijo” al que había que enseñar, cuidar y retar. La dinámica de interacción al interior de un grupo es permanente e intensa, y la inclusión de este nuevo paciente la reactivó aún más, observándose que ese día se manifestaron contenidos de tenor terrorífico y persecutorio, movilizándolo lo peligroso de la enfermedad, tal vez, para advertirle y cuidar al más joven al estilo de una madre grupo, Aunque

contradictoriamente se la podría pensar como una conducta para desalentar el ingreso del joven al grupo.

En esta fase es esperable la posibilidad de una mayor interacción y confianza entre sus miembros por el sentimiento de pertenecer a un grupo lo que permitiría la emergencia de contenidos emocionales intensos.

Así, a lo largo del **quinto encuentro**, compartieron distintas experiencias de algún conocido, y también propias, sobre amputaciones, y heridas que costaron cicatrizar, haciéndolo de un modo terrible y sin ningún contacto emocional, como si no fuera su cuerpo del que hablaban. Así expresaron:

"Me estaban por amputar los dos dedos gordos. Acá los cortaban, y yo me fui a una provincia vecina. Allá lo filetearon, lo abrieron, lo limpiaron, encima con la infección que tenía no agarra la anestesia. Pero lo limpiaron y yo mordía una gasa. Lo abrieron como si fuera un pan, y quedaron unos canales impresionantes al costado."

"(un vecino) tenía el pie como un bofe. Lo internaron le amputaron dos dedos, y le tuvieron que abrir la pierna desde el tobillo hasta casi la rodilla, al hueso para limpiar la infección que ya estaba tomando, casi a gangrena, y de ahí lo dejaron abierto."

Al no expresar el miedo, o el temor que les genera sufrir alguna amputación o un coma diabético estas emociones se hacen presentes en la coordinadoras por identificación proyectiva en sentimientos de rechazo, impresiones físicas, asco; dando cuenta del tenor terrorífico típico de los elementos beta descritos por Bion. Este autor (2013) considera que el analista es dentro del grupo el *recipiente* de lo que Melanie Klein llamó identificación proyectiva y por eso en este caso, se observa que un contenido desconocido peligroso y amenazante solo pudo ser evacuados mediante dicho mecanismo.

Los pacientes hablaban como si no les pasara nada a ellos y no se pudiera distinguir entre una cosa o animal, mientras que transferencialmente, una de las coordinadoras sentía mucho cansancio, dolor de cabeza y de cuerpo como intoxicada o envenenada y la otra, sentía enojo, bronca, ganas de romper todo e irse, quedando de este modo externalizada la intensa disociación que acompaña esta enfermedad, en su transcurso, a cada uno de los pacientes.

A través de la sensación de intoxicación o envenenamiento, se comprende que los pacientes perciben que lo peligroso de la enfermedad está en el exterior, es decir, de este modo evitan enterarse y por ende, asumir la diabetes como tal. En otras palabras hablar de cosas terribles como si no fueran tuyas, sería una metáfora de que la diabetes tampoco lo es.

Esta dificultad de los pacientes en percibir sus afectos lleva a que el miedo -por ejemplo- que podría ser un sentimiento útil para el Yo, ya que permitiría estar alerta

y tener ciertos cuidados, no puede operar como tal. Así, uno de los pacientes logró un momento de conexión con el temor que le generan las consecuencias de la diabetes, y lo expresó a través de un episodio que le sucedió a su vecina:

"La trajeron y de entrada le cortaron el pie, no lo podían parar, a los 15 días le cortaron más arriba y terminó cortado acá (señala arriba de la pierna), en un mes anda en silla de rueda. Y por ahí a uno le agarra así ese temor."

. En esta situación podemos observar la implementación de mecanismos defensivos como la proyección y el desplazamiento, e identificación de intolerables y siniestros sentimientos.

Con estos pacientes es necesario que las coordinadoras realicen intervenciones espontáneas, utilizando gestos, dramatizando las expresiones que los miembros del grupo, la intervención en espejo se implementa para que ceda la defensa maniaca, y se logre cierta conexión emocional con el contenido terrorífico que describen en un plano concreto. Es una tarea difícil, por un lado porque el impacto que se provoca en la transferencia, en un principio paraliza. Y por otro lado porque son pacientes que se manejan en un terreno concreto, en el que resulta difícil transmitir las sensaciones que se generan, y poder impactarlos para que perciban cómo hablan de su propio cuerpo.

Al finalizar este quinto encuentro, se destaca el contenido terrorífico que describían, sin un mínimo contacto emocional. Lía llegó una hora tarde a ese encuentro, y al ingresar compartió su intranquilidad y preocupación por una erupción que tenía en la piel; así movilizó al interior del grupo aquello que ese día sus compañeros habían mantenido en silencio y oculto, el temor. Lía expresó: “no le di importancia a algo chiquito y *ahora estoy asustada* por lo que tengo”.

En este periodo del tratamiento se presenta un momento crítico en el que se decide continuar e incluirse como persona toda o dejar el grupo, que se puso en evidencia cuando una sesión de grupo –la séptima– debió suspenderse por la ausencia de sus miembros, considerándolo, -más allá de las inclemencias del tiempo y otras significaciones- como una situación de acting grupal como consecuencia de la homogeneidad -todos tenían diabetes-, o más bien de un “nódulo” que provoca un micro impasse en el que terapeutas y pacientes se paralizan a nivel emocional, cognitivo y pragmático. (Giovanazzi, 2009)

El concepto de nódulo psíquico propuesto por Billow (2016) es de gran utilidad para llamar la atención sobre un tipo particular de irrupción en la psicología “individual” o colectiva. Algo sucede que corta el flujo continuo de la experiencia, secuestrando el foco grupal e individual. Un nódulo cristaliza una amalgama de afectos y sentimientos preocupantes, fantasías, declaraciones de realidad y suposiciones, estados corporales, acciones y tendencias a la acción. Los nódulos psíquicos pueden desarrollarse como única respuesta a una situación nueva y difícil, o a algo que reaparece en momentos específicos y se relaciona con traumas pasados

o actuales. Por consiguiente, los nódulos pueden poner en peligro la cohesión y la coherencia de un grupo generando un impasse en el transcurso del tratamiento.

Significativamente, las ausencias del **séptimo encuentro**, también se podrían pensar en relación con el contenido de la sesión anterior dónde los pacientes percibieron que el grupo no es sólo un lugar para encontrar alivio, sino que marca los límites, pone en evidencia el temor que genera la enfermedad y la frustración que les provoca. Como así también, comenzaron a manifestar que la misma puede ocasionar amputaciones, cegueras e incluso la muerte. De este modo, los pacientes habrían actuado desde el supuesto básico de Bion, ataque-fuga, dónde de un modo inconsciente percibieron al grupo como un enemigo que había que destruir y evitar – ausentándose-. Así evitaban tomar contacto con la realidad, que les generaba un profundo temor a la destrucción o muerte.

Superando este momento crítico, a partir de la mitad de los encuentros, se comenzó a trabajar con los pacientes el modo en que concebían a la diabetes según el paradigma de la "enfermedad silenciosa", por el de una "enfermedad mala de la que hay cuidarse". A partir de tomar sus propias experiencias en relación a la enfermedad, se intentó mostrar que no es silenciosa, sino que es una enfermedad que grita y que habla a través del cuerpo, ya sea con las hipoglucemias, los coma diabéticos, las amputaciones, la ceguera, entre otras complicaciones. Aquí un fragmento del octavo encuentro:

“Coordinadora: ¿A qué hace referencia con eso de que la diabetes no los va a matar?”

N: Porque la diabetes es la muerte silenciosa, a mi hermana le pasó eso. [...] Siempre es sabido que la diabetes, tiene muerte súbita.

Coordinadora: Es medio raro eso de que sea tan silenciosa la enfermedad. Miren al punto de que llevamos 8 encuentros hablando de algo que supuestamente es silenciosa. [...]

Coordinadora: Pero también hay otros casos ¿No? hemos hablando también de la amputación de miembros, la perdida de la vista. En algunos casos se ve depresión, tristeza, por eso digo yo ¿Dónde es silenciosa?, se muestra todo el tiempo.

J: Hay una cosa, vos tenes dolor de cabeza y sentís el dolor de cabeza. En el caso de ustedes en su fecha sienten el malestar, sienten dolor toman medicamentos. Nosotros no sentimos dolor, no sentimos molestias. Si comemos o no comemos no sentimos nada.

Coordinadora: ¿Están seguros que no sienten nada?

N: Yo le digo eso, porque a mí cuando se me baja mucho se me da por irme a la cama y duermo. Y a la noche cuando me acuesto yo digo a veces que no se si amanezco a la mañana, a ese punto.”

De este modo surge el interrogante de que ¿será una enfermedad silenciosa o se la silencia por el temor a la muerte? Así se vislumbra la dificultad que posee el grupo para identificar que la enfermedad es mala, aun habiendo expresado las consecuencias que sufren, implementan el mecanismo de la negación para no reconocerlas y hacerlas conscientes, y así continúan con el mito de que es silenciosa. La atribución de silenciosa pareciera estar vinculada a la idea de que no produce dolor físico, aunque claro está, no en cuanto al dolor psíquico produce al punto que hay que hacer como que no existe. Dicho de otro modo, se niega la enfermedad por el temor a la muerte que subyace. Si bien la muerte es inherente a la naturaleza humana, en el caso de estos pacientes, se adiciona un factor determinante que hace que sea algo más probable que suceda.

Fue una tarea ardua para las coordinadoras, confrontar para favorecer la diferenciación al interior del grupo lo que hace bien, de lo que hace mal, para reconocer que la diabetes es un objeto malo que daña, que da señales a través de los síntomas y que hay que cuidarse. Uno de los pacientes, como se puede observar en la siguiente viñeta, puede expresar que están equivocados y que no es silenciosa. Describiendo que una cosa es silenciosa porque no da dolor, pero sí da señales.

“E: Se le dice silenciosa hasta el momento que a uno le detectan que tiene diabetes. Porque tal vez vos tenes diabetes pero si no sentís un síntoma fuerte, la tenes pero no sabes que existe, que la tenes en el cuerpo. Entonces una vez que ya sabes que la tenes, deja de ser silenciosa, porque sabes que sos diabético, la tenes y vas a tener esas consecuencias. Yo cuando se me sube, que la tengo muy alta me duelen las piernas, cansancio, agotamiento, esos síntomas tengo, no hace falta que me mida.

Co-coordinadora: Claro, y Alma por ejemplo, o usted también Nidia dicen que con las hipoglucemias empiezan a transpirar, a tiritar, a tener frio.

E: Claro transpiras, cansancio, tiritones. Me ha pasado de levantarme a la madrugada como dice la señora bañado en transpiración [...]

Co-coordinadora: Entonces, la diabetes va dando avisos de que está, y lo hace con esos síntomas. [...]

E: Para mí no te mata, te va destruyendo todo el organismo hasta que algún día te vas, pero te va dejando ciego, en silla de rueda.[...]

Coordinadora: A veces decimos esto de silenciosa, y es lo que estoy tratando de que pensemos. Esto silencioso que porque no se escuche no quiere decir que sea algo más llevadero que otra cosa, o algo mejor. Es un enemigo importante que tenemos.

J: Por lógica es un enemigo importante que tenemos.”

En el grupo y quizás en la cultura en general, hay una tendencia a "naturalizar" cuestiones que no son normales, como las hipo e hiperglucemias, comer cosas dulces como permitidos, las amputaciones. Así, al no poder tolerar el odio por la frustración que les provoca la diabetes, se externaliza en una acción, comiendo aquello que los descompensa, es decir "la acción en lugar del sentimiento." Donde además, la excesiva ingestión de dulces, es a menudo un sustitutivo regresivo del amor y el cuidado; un medio para proporcionarse a sí mismo una satisfacción oral, cuando el sujeto se considera frustrado. (Lidz, 1966)

"J: Y con la enfermedad también hay que tener un límite. Saber qué podemos comer, cuando podemos comer, cuando darnos el permitido. Yo en el caso mío me como el helado cuando quiero, no voy a estar todo una vida deseando algo, si me cuido un tiempo lo puedo consumir. No así la coca cola, que es una cruz en el lomo, las hamburguesas, las salchichas, todo eso lo saque de mi cabeza. Pero si me compro un dulce de leche "Ser", si quiero comer.

N: O sea, somos conscientes que estamos comiendo sabiendo que nos hace mal. Pero no se hace todos los días tampoco. Por ejemplo si usted va a un cumpleaños ¿Qué hace?

Coordinadora: Ese es un tema.

N: Entonces no va a dejar de ir a participar con la familia porque no puedo esto, no puedo lo otro, hace un pequeño desarreglo pero todo controlado y a medida. Somos conscientes de nuestros actos, sabemos que si comemos esto, nos va a subir la glucemia y vamos a andar mal."

De esta manera se percibe que la no expresión del afecto y sentimientos -odios, agresión- que les genera la enfermedad conlleva a que actúen de dos modos que ellos no reconocen como peligrosos para su salud. Uno de ellos, es la situación de ingerir aquel alimento que desean más allá de saber que no es recomendable porque aumenta los valores de la glucemia en sangre. Otra situación es aquella donde deciden no realizar las colaciones o no cenar, aun cuando conocen los efectos que genera -hipoglucemias que en algunos casos puede terminar en un coma diabético-. En las siguientes viñetas se pueden vislumbrar claramente ambas situaciones.

"Claro pero a veces es como que nos saciamos con algo, queremos tal cosa y lo tenemos que comer, en ese momento no pensamos que estamos enfermos."

"Llegó un viernes y me quedé sin insulina, y ese fin de semana comí como si no fuera diabético, y el lunes llegué descompuesto mal, y perdí el conocimiento, llegue con lo último al sanatorio y después lo que me acuerdo es que estaba en el sanatorio con todos cablerios y era como la media noche".

"Y ahora hará dos meses más o menos, me pasó algo, que se me bajó el azúcar. No cené nada, me puse la insulina y me acosté. Y cuando amanecí eran las 11 de la mañana y estaba acá. Ni enterado de nada".

Resultaba difícil comprender situaciones donde los pacientes no hacían las colaciones, o decidían darse el gusto de comer un helado sabiendo que luego iban a sentirse mal. Esa incompreensión en algunos momentos ocasionaba transferencialmente deseos de “retar” o “marcar límites” cómo si las coordinadoras fueran las madres de cada uno de los pacientes, ya que no podían sostener y avalar acciones destructivas para ellos. Por esto, coincidiendo con Lidz (1966), quien plantea que al médico – y en este caso coordinadoras del grupo– le resulta difícil comprender por qué una persona cuya salud depende del régimen alimenticio no puede renunciar al goce de comer. En realidad, afirma que el enfermo no lo comprende tampoco, y habitualmente se tiene que dar razones o engañarse a sí mismo igual que a los demás. Por el psicoanálisis sabemos que las personas con intensas ansias orales suelen ser aficionadas al consumo excesivo de alimentos y golosinas. Los períodos de angustia o privación de afecto aumentan esas ansias; en otras palabras desde lo consciente no podemos explicar estas conductas contradictorias y autodestructivas.

Hinkle y colaboradores (como se citó en Lidz, 1966) sugieren que el paciente con diabetes, que maneja los hidratos de carbono como lo hace una persona hambrienta, está emocionalmente hambriento de cariño, y suelen sentir alivio de la tensión o la depresión entregándose a la comida. Es decir, de este modo se podría comprender que inconscientemente en el placer de comer se compensa lo que no se puede recibir en lo afectivo, aunque esa situación sea autoagresiva, ya que lo hacen conociendo las consecuencias posteriores en su salud.

Hay que recordar que la alimentación –que fue el primer intercambio con el otro– guarda en la memoria antigua del acto, ese recuerdo corporal y primero del cual el alimento conserva todavía el calor y el olor del cuerpo del otro. (Fontana, 1982)

Dicho de otro modo, la relación entre alimentar y dar afecto se halla profundamente arraigada. Así la comida está vinculada a la gratificación oral inmediata, y la prohibición genera un monto de frustración. Cuanto menor sea la capacidad del Yo de tolerar la frustración, menor será la capacidad de sustitución. Un Yo fuerte, es aquel capaz de reconocer lo que le genera enojo y frustración y así no ingerir el alimento que desean -un objeto malo para él, que lo daña- pudiendo auto calmarse y optar por un alimento saludable.

Los pacientes consideran que comer algo que desean aunque no sea sano -en su situación, es un permitido, similar al paciente obeso- y no pueden percibir el daño que se ocasionan.

Es necesario tener presente que el nivel de frustración está íntimamente relacionado con el valor, la importancia y el significado que se le otorga al objeto –torta realizada por su mamá– o situación –reunión con amigos–, que hay que renunciar. De este modo, si lo que deben resignar no los frustra podrán realizar una sustitución, por ejemplo en un asado poder beber vino en moderación. Dicho de otro

modo, si lo que deben resignar no tiene un significado altamente relevante y por ende un sentimiento que lo acompañe, podrán realizar sustituciones saludables.

Así, en el **sexto encuentro** uno de los pacientes, manifiesta que en una cena reconoce que le hace mal comer una porción de torta, entonces decide retirarse del lugar. Al trabajar esta situación, se observó que no era un lugar que él le otorgara un valor afectivo, y por eso pudo resignar e irse.

“Y sino cuando empiezan con el fernet con coca, hago una probadita y nada más. Y si me insiste, busco una excusa y parto. [...]

Yo he dejado de ir a lugares...tengo la familia “X” donde le alquilo el taller en San Luis, me han invitado a fiestas, son todos de 80 años, y cada vez que iba me daban mucho vino. Yo tomo un vasito en toda la comida, y la vieja me lo llenaba permanentemente, y después me ofrecía fernet. A lo último me levanté y me fui, le dije con picardía “tengo un cuerpo que me espera en 4 décadas”, mentira me quería escapar porque ya me había tomado tres fernet. Yo prefería un pedazo de torta y no incorporar tantas cosas. Ahora cada vez que invitan no voy, te tenes que correr de ese tipo de gente”.

Distinta es la situación que presenta otro de los pacientes, que refirió no poder decir que no, posiblemente porque en su caso esas reuniones con amigos tenían no solo un valor afectivo, sino que además le daba un sentido de pertenencia. Así lo expresó:

“Soy de esos que si me junto en algún lado y hay tomo, no se decir no. Me tienta entonces por ahí...un sábado que salgo, sino no. Y después en el taller, un cliente o los chicos comparan gaseosa y tomo de ahí, en vez de irme a comprar mi jugo clight”.

Es interesante realizar en este punto, una recapitulación de lo expuesto anteriormente no sólo teóricamente sino también por medio de las viñetas, respecto de la relación que se establece entre los sentimientos de enojo, frustración y cómo ello influye en la dificultad para lograr sustituciones saludables.

Así se percibe que, el paciente no puede identificar y por ende tolerar el sentimiento de enojo y odio que le provoca tener diabetes, enfermedad que le afecta no sólo su salud y su vida en general, sino que además no le permite comer aquello que desea –un dulce por lo general–.

El sentimiento de enojo se encuentra disociado, y los pacientes sólo identifican conscientemente su deseo por ingerir un alimento determinado, que en la mayoría de las veces, no es saludable en sus condiciones.

Fairbairn (1940 b), permite comprender que por medio de satisfacciones sustitutivas –la comida– el individuo intenta compensar el fracaso de sus relaciones emocionales con sus objetos exteriores. Estas satisfacciones sustitutivas representan

fundamentalmente relaciones con objetos internalizados a las que el individuo está compulsado a dirigirse por falta de una relación satisfactoria con objetos del mundo exterior; esto podría explicar por ejemplo el deseo de ingerir algo dulce que se da en los pacientes, frente al sentimiento de desamparo. Para revertir esa situación, y lograr una sustitución es necesario que el paciente primero reconozca la frustración que le genera la enfermedad, y soporte los sentimientos depresivos. A partir de allí, comenzar a buscar caminos de sustitución. Dicho de otro modo, el Yo debería tener la capacidad de transicionalmente hacer una sustitución –un “negocio” mediador– donde lo que quieren no lo pueden tener, pero intentan buscar otro medio para gratificarse. Precisamente, la sustitución supone la intervención del mecanismo del desplazamiento, ya que, por ejemplo no pueden gratificarse con un dulce, pero podrían hacerlo con un paseo con un ser querido, o una actividad placentera.

Abadi (1982) desarrolla y explica el fenómeno de la sustitución desde la transferencia, donde aparece de un modo más claro cuando el paciente deposita en el terapeuta su propia capacidad de lucha o discernimiento; así transferencia es desplazamiento o modo operativo de la sustitución y su análisis camino de simbolización.

Así, el desplazamiento es un modo operativo de la sustitución. El autor considera que la capacidad de sustitución y el operativo de la sustitución, son el hecho más importante de la vida humana. En otras palabras, explica que el ser humano es capaz de sustituir una cosa por otra, una figura por otra. Sustituir, implica desplazar los afectos de un objeto a otro objeto reemplazante.

En este sentido, Fairbairn (1940 b) quien hace un desarrollo sobre las sustituciones considera que todas las enfermedades son sustituciones, y en este caso, se podría comprender que el paciente a través de la diabetes buscaría sustituir una situación de desamparo. Así, por ejemplo ante un hecho traumático –muerte de un ser querido– no aparecería una depresión, sino que emerge un correlato físico.

Siguiendo a Fairbairn, y teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta el momento, se podría considerar a la diabetes como un objeto malo, que los pacientes ubican en el exterior y no logran internalizar por su condición traumática. Y de acuerdo a los tres factores que se enuncian a continuación. Así, esto conduce a formular interrogantes acerca del grado en que se identifican con dicho objeto malo y cómo esto influye en las posibilidades de defenderse. Fairbairn (1943) propone los siguientes factores para comprender la psicopatología: el grado en que los objetos malos han sido ubicados en el inconsciente y del grado de maldad que los caracteriza; el grado en que el yo está identificado con los objetos malos internalizados y, la naturaleza y poder de las defensas que protegen al yo, de estos objetos. De este modo, con los aportes del autor, se podría no sólo comprender los interrogantes anteriores, sino que además, se explicarían las diferencias individuales entre un paciente y otro, en relación a la aceptación de la enfermedad, el modo de enfrentarla, los cuidados que realizan. Si

recorremos la singularidad de nuestros pacientes del grupo a partir de estos parámetros se podrían explicar las mayores posibilidades de unos y otros para luchar contra la enfermedad o sobrellevarla del mejor modo posible.

Así se puede ver cómo la diabetes es un objeto malo, pero en cada uno es diferente el grado de maldad de dicho objeto, el grado en que se han identificado con el mismo y por ende, eso influye en el modo en que se defiende del objeto malo, es decir, de la diabetes en este caso. El grado de identificación dependerá del carácter disruptivo y de los efectos traumáticos de la misma; así mismo de cuán fuerte es la personalidad del paciente. Como puede observarse en su singularidad y la dinámica de esos factores.

Para dar un cierre a esta fase, dónde claramente se evidencia cómo los pacientes con diabetes “ponen el cuerpo” en las distintas situaciones Liberman (1962) incorpora el concepto de *personalidad infantil*, para referirse a personas que utilizan el cuerpo como medio de manifestación de los conflictos expresando las emociones a través de “códigos somáticos” –códigos viscerales– y no de otro modo. Se trata de un estilo de comunicación con características regresivas, el cual denuncia la falta de simbolización de aspectos emocionales que al no poder ser transmitidos de otro modo se manifiestan a nivel corporal, específicamente, localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso neurovegetativo. Sin embargo son los pacientes que menos se declaran enfermos porque mantienen una relación de poca empatía y de poco cuidado con su cuerpo. Aquí es necesario delimitar la diferencia que existe con la histeria, más específicamente la histeria de conversión, donde el mecanismo de formación del síntoma consiste en la transposición de un conflicto psíquico y de una tentativa de resolverlo en síntomas somáticos motores –parálisis– o sensoriales –anestiasias o dolores localizados– y lo específico de dichos síntomas de conversión es su significado simbólico: expresan con el cuerpo representaciones reprimidas. Se caracterizan por ser trastornos transitorios en áreas corporales regidas por el sistema nervioso central en los que el cuerpo no enferma, y los expresan con un estilo dramático, trayendo esta alteración funcional beneficios secundarios, muy diferente al trastorno psicósomático.

Más Allá de la Diabetes: la fase final del grupo

En el análisis de esta última etapa parafraseando a David Liberman (1962), quien considera que solo cuando por acción de las interpretaciones y al cabo de un tiempo más o menos largo de análisis comienza a surgir un material con características más “psicológicas”. El autor considera que esto se debe a que la ruptura de la disociación permite que el paciente tenga en cuenta, registre y pueda verbalizar lo que siente.

En esta etapa los miembros del grupo pudieron dejar de ser pacientes con diabetes, para sentirse personas con dificultades como cualquier ser humano.

Así fue que en el noveno encuentro, sólo asistieron dos miembros del grupo, y es para resaltar que el encuentro a diferencia de todos los anteriores, comenzó entre las pacientes hablando de sus maridos, y continuaron así a lo largo de toda la sesión expresando las dificultades diarias que vivían con sus hijos y familia. Podría pensarse que en este momento, ambas pacientes, representaban la parte de las posibilidades de integración del grupo, que se vislumbra a través de un mayor contacto emocional al hablar de sus vínculos de afectos. Esta integración es lo más difícil de lograr en esta enfermedad, ya que la diabetes funciona como una defensa más para la disociación.

Ese día una de ellas, relató tres veces una misma situación que vivió con su marido el día anterior, y la otra paciente le indicó que estaba reiterando siempre lo mismo. En esta escena, queda expuesta la dificultad para conectar emocionalmente las vivencias cotidianas con los sentimientos que estas generan. Es decir, la necesidad de reiterar ese episodio con su marido, fue un claro ejemplo de la dificultad para ponerle palabras al sentimiento, es un modo de ir aclarando la situación en cada oportunidad que lo reitera. Recién en un tercer intento, logra expresar los sentimientos que tenía el día anterior, es decir, fue completando esa vivencia con lo que había sentido, reprimido y no simbolizado. A su vez, pudo asociar ella misma acompañada por otros que los valores altos de azúcar en sangre que había tenido esa noche y ese día en ayunas, se debía al enojo con su marido.

Se les señaló a ambas, la dificultad para reconocer y expresar las emociones que sienten en distintas circunstancias, y por eso la necesidad de reiterar más de una vez la situación conflictivo. Además se logró percibir que no sólo la dieta influye en el control diabetológico, sino que los enojos, rabias, o tristezas que sienten a raíz de los conflictos con sus parejas y las dificultades diarias, incidían luego en sus valores de glucemia.

En ese encuentro significativamente se observa que el clima íntimo que se generó, fue posible por la ausencia de uno de los pacientes, quien representaba la parte del grupo que se hacía cargo de la resistencia en ir más allá de la enfermedad. Pudieron así hablar no solo de restricciones y cuidados, sino además de aquello que les gusta, les interesa o les preocupa como por ejemplo el miedo a las cirugías, tener un marido alcohólico. De este modo aparece un contenido más humano, permitiendo que los pacientes comprendan y comiencen a registrar que el ser humano siente distintas emociones todo el tiempo, y que ello no es ni malo ni peligroso, por el contrario es más sano.

Acercándonos hacia la finalización del grupo terapéutico, cuando restaban tres encuentros, se ausentaron todos los miembros del grupo. En ese momento, a partir de la frustración y de la transferencia de las coordinadoras, permite suponer por un lado el ataque y fuga hacia una mayor profundización en los afectos. Conjuntamente como una respuesta a un grupo que funcionaba como una “madre mala” que reta y no ampara, a estos “niños” que no pueden cuidarse a sí mismos. Además se podría

hipotetizar que, era una madre de la que en algún momento había que “separarse” –el grupo tenía una finalización pautaada– por ende era una madre mala, que frustra el deseo de permanecer pegados, por ende se lo vive como un abandono.

Este patrón de relación, se repetiría en el vínculo con sus médicas clínicas, quienes deben “retarlos” por tomar mal la medicación, no cuidarse y no realizar los controles periódicos. Como se analizó en la fase anterior, resultaba muy difícil comprender cuando realizaban desarreglos en el régimen y las coordinadoras sentían que no podían avalar ciertas conductas porque eran perjudiciales para la salud de los pacientes. En esos momentos las coordinadoras reaccionaban marcando los límites, hasta que lograron entender que debían correrse del lugar de “madres malas” que ellos les otorgaban, y poder comprender la conducta, para devolver los sentimientos metabolizados. De este modo, los pacientes percibirían que en los momentos que deseaban un helado, posiblemente extrañaban, querían compartir con alguien, se sentían solos.

Siguiendo a Liberman, podría pensarse que el grupo -en algunos momentos- funcionaba como una “madre mala”, y las coordinadoras, en determinados momentos, presentaban una modalidad vincular de una “madre que rebota”, debido a que frente a las identificaciones proyectivas de los pacientes, se producen en las coordinadoras estados de ansiedad, que hacen devolver esas identificaciones sin procesar, haciéndolas rebotar y dejándolos sin contención emocional.

Asimismo, las ausencias en esta fase del grupo se podrían atribuir también al acercamiento de su finalización, por ende la reticencia a mostrarse o comprometerse afectivamente para no sufrir la separación. Dicho de otro modo, en lugar de sentir y expresar la angustia de separación en la sesión, la actuaban ausentándose sin aviso, saliendo de los sentimientos de pérdida a través del acting.

El **último encuentro** del grupo inició con la manifestación de dolores que sentían los pacientes, las quejas alrededor de la enfermedad, para luego depositar la responsabilidad en los médicos. Nadie podía decir que se sentían tristes porque esta experiencia que les acompañó por un tiempo llegaba a su fin.

A continuación conversan de los pacientes que ese día se encontraban ausentes, una de ellas ya había avisado que se tenía que internar ese día para una posterior cirugía. Se les comunica que el otro paciente se encontraba internado como consecuencia de una descompensación muy severa. Ese paciente representaba la parte más infantil del grupo, en la segunda fase representaba “el hijo” que había que cuidar, aconsejar y retar.

Esa noticia impactó a todos los miembros del grupo, generó angustia, preocupación, miedo por las consecuencias de la diabetes, pero sobretodo generó

enojo en uno de los pacientes –como representante de un padre que aconsejaba y cuidaba–, quien lo expresó culpabilizando a las coordinadoras por el trabajo realizado. Con un tono de voz y una postura agresiva enunció:

“J: Ustedes como profesionales estuvieron viendo más el detallito, pero no nos guiaron de otra manera.

Coordinadora: ¿Qué guía cree que necesita usted?

J: Y cuando esto se ponía en un círculo vicioso, porque en más de una oportunidad “que yo hago esto, que yo hago lo otro, que yo me cuido así” y no salíamos de eso, y entonces ustedes no nos llevaron a decir “no esto, y no aquello”, como cabeza de grupo.

Coordinadora: Como diciéndoles qué podían hacer.

J: Claro aconsejarnos de una forma profesional. Desde mi punto de vista, le saqué más provecho a las charlas personales, que a las del grupo. Por ejemplo este muchacho no salía, con su problema de insulino dependiente que si tenía que tomar coca cola la tomaba, y después se extralimitaba en el cuidado y bueno. Entonces ustedes dentro del grupo tendrían que pedir la asistencia de una nutricionista, la asistencia de la misma doctora, tener otro tipo de conversaciones, abrirlo a otro dialogo. No encerrarnos en lo mismo”.

Se puede vislumbrar que en ese momento se hace muy presente el enojo ante la separación, es decir, se podría pensar que ese enojo sería un modo de renegar por la finalización del grupo y reclamar más dependencia. Ese paciente hacia tres encuentros que no asistía, lo que podría tomarse como expresión de la regulación de su voracidad en su intensa necesidad de depender. Esto mismo los lleva a todos a estar pasivos frente al terapeuta en este caso, pero también estar pasivos frente a las médicas clínicas, nutricionistas y otros profesionales.

Asimismo, el enojo manifiesto funcionaría como un mecanismo de defensa para que no surja la angustia, la impotencia y el miedo que le generó no sólo la noticia, sino que se concretizó en un compañero del grupo la posibilidad de que si uno no se cuida puede incluso morir, siendo esto el contenido que se abordó durante todo el proceso grupal.

Así fue como se llegó al último encuentro de este proceso grupal, donde a pesar de las resistencias, de las ausencias, de lo difícil que fue ir transitando cada encuentro –posiblemente como expresión del costo emocional de transitar esta enfermedad– se logró dar un cierre y exponer ante los miembros del grupo la dinámica del mismo. Les costó despedirse y abandonar el salón ese día, expresando agradecimiento por la escucha en ese espacio y los deseos de que continuara en otra oportunidad.

Conclusiones

La Diabetes en la Matriz del Grupo:

“Un hombre enferma porque oculta una historia que no puede soportar y su enfermedad representa, de un modo inconsciente, el intento de modificar el significado de esa historia insoportable”

Chiozza, 2008

A pesar de las discusiones se considera que la diabetes es una enfermedad psicosomática, y para que se desencadene la misma, es necesaria una predisposición psicosomática, que depende tanto de la herencia como de la constitución. Marta Bekei,(1996) y otros autores proponen que durante la vida infantil el paciente debe haber sufrido la desprotección materna, que provoca sentimientos de abandono y frustración afectiva. Así, una predisposición psicosomática puede desencadenarse en afección cuando actúan sobre ella situaciones traumáticas, críticas o frustrantes, que hacen revivir en la persona el primitivo abandono.

Se puede observar en la clínica como los eventos traumáticos tempranos se reactivan frente a nuevos traumas y dan la ocasión a la aparición de la enfermedad. Benjamín (2013), propone que el trauma se produce cuando falta la respuesta esperada del medio, que refleje y *reconozca* la conmoción, sería como una falla vinculada con la dependencia, que no cumple su función de reconocer al sujeto en relación; de modo que aparecen la soledad, el vacío, las angustias primitivas. En estos traumas la pérdida afectiva y sus sentimientos concomitantes ocupan un lugar central, y allí es donde la enfermedad aparece sustituyendo la emergencia espontánea de los mismos. El registro de la historia vital del paciente según los parámetros de Chiozza (2008) y sus innumerables investigaciones así lo corroboran. Este autor considera que la enfermedad somática “oculta” un afecto, pero no es un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa un afecto inconsciente particular, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del enfermo.

Así en todos los casos encontramos pérdidas significativas –un hijo, un hermano, un trabajo, el padre–, duelos reales sin elaborar, suspendidos en un sistema defensivo en el que predominan la disociación y la negación. Algunas de estas pérdidas son recientes y otras distantes en el tiempo, considerando como referencia el tiempo de esta práctica profesional supervisada. Su vinculación con el momento del diagnóstico de la enfermedad hace pensar que la enfermedad ocupa un lugar psíquico, cumpliendo funciones destinadas a mantener apartado el dolor mental que producen estas pérdidas.

De este modo la enfermedad opera defensivamente para no tomar contacto con lo emocional; y se produce la escisión psique-soma. Se pudo apreciar a lo largo del

análisis, que el mecanismo que predomina en estos pacientes con diabetes es justamente la escisión. Esto se fundamenta en los aportes realizados por Winnicott, quien propone el término psico-somática para designar la enfermedad y mostrar justamente el mecanismo defensivo que el enfermo ha realizado. El paciente realiza un corte, una escisión produciendo una disociación en lo que tendría que estar unido, una disociación entre su psiquis y su soma que opera como un falso self. Se ha producido una falla en el proceso de personalización que implica una organización defensiva básica que mantiene separada la disfunción somática del dolor psíquico. La verdadera enfermedad psicósomática, dice Winnicott, no está en el cuerpo sino en la mente del enfermo, y corresponde a una falla en el proceso de personalización.

De este modo, la historia de cada uno de los pacientes y el patrón de dependencia que se reactiva y repite en la dinámica del grupo, permite vislumbrar los desarrollos teóricos. Así, se apreció en el grupo que la diabetes es una enfermedad que apareció por una falencia, es decir, ha existido alguna falla en la necesidad de amparo de esas personas, y quiebre de la seguridad. En consecuencia, irrumpe la enfermedad con un hecho insignificante que reactiva una situación de desamparo anterior –pérdida del trabajo, muerte de un ser querido– y justamente con ella logran un “pseudoamparo” –alguien que los cuida y se preocupa– sustituyendo esa carencia.

Encontramos que la matriz inicial -y que estuvo presente como fondo todo el tiempo- del grupo terapéutico estaba compuesta de intensos sentimientos ambivalentes. Si consideramos que esta característica se origina en la base misma de la estructura de personalidad, podríamos inferir que la matriz grupal inicial como madre grupo ambivalente responde a un patrón relacional de apego inseguro, de desconfianza e inseguridad. En esta matriz, madre-grupo ambivalente, se presenta en el aquí y ahora debido a la actualización de aquella puja entre la vida y la muerte presente desde el nacimiento como parte de la naturaleza humana. La matriz grupal común evidencia la lucha ante la peligrosidad de la invasión de la muerte por la enfermedad, y el sentimiento o necesidad de ocuparse de estar vivos. Lo pre ambivalente –preedípico- estuvo representado en la gran necesidad de depender como niños de una madre en el grupo mismo y fuera del puesto en el hospital, medicas, medicamentos etc, sin los cuales la vida no sería posible.

El grupo -como dispositivo terapéutico señala Toranzo (2013)- brinda la posibilidad de mostrar y movilizar aspectos que en una psicoterapia individual podría llevar más tiempo poner en evidencia. En la dinámica del grupo se vislumbra cómo cada uno de los pacientes representaba una parte de sí en el grupo: la que no se podía cuidar, la que hacía todo lo posible por cuidarse, la que trataba de integrar lo afectivo, la que estaba enojada con la enfermedad, la que no permitía que salieran a la luz los problemas de la vida cotidiana. La riqueza del grupo reside en que es más llevadero que lo puedan compartir y ver todos y cada uno, en el mismo momento con el otro, en una escena de la que no es fácil de escapar porque la relación paciente-terapeuta es frente a otros en los que resuena.

Así, cada encuentro es único, y se trabaja lo que ocurre en ese lugar y en ese tiempo particular, con las relaciones que se establecen entre los miembros presentes. Se trata de una psicoterapia en el aquí y ahora, punto de coincidencia en diversos autores y desarrollado por Moreno, Yalom, entre otros que pone en valor la comunicación y encuentro que acontece entre todos sus miembros.

En este caso, el grupo se ofrece como un espacio que contiene y brinda seguridad para poder progresivamente entre todos ir relacionándose con los sentimientos que les moviliza la diabetes.

En un primer momento los pacientes hablaron de ellos desde la enfermedad en términos médicos, logrando hacia la mitad del proceso terapéutico comenzar a hablar de su vida, sus deseos, inquietudes, preocupaciones y temores ya sea de quedar ciegos, “mochos”, postrados en una cama, o incluso de morir. De este modo se da lugar al inicio de un camino de integración de esta enfermedad en la vida de cada uno, y para percibirse como personas con dificultades como cualquier ser humano tomando conciencia de que tienen diabetes y deben cuidarse. Así, progresivamente lograrían una integración, necesaria para llegar al "yo soy" al que todo ser aspira según Winnicott. Si lo miramos matricialmente el grupo lucha entre ser un tejido necrótico o un tejido vital como expresión de la lucha entre el amor y el odio, entre la vida y la muerte.

El foco del grupo es muy angustiante debido al contenido de agresión y muerte que surge en las sesiones -enfermedad, muerte, amputaciones- siendo ésta una amenaza concreta y difícil de contener. Es como si la enfermedad no fuera de ellos, la rechazan como si lo que les sucede fuera de otro sujeto, viene de afuera y no la pueden aceptar ni internalizar para hacerse cargo y comenzar a cuidarse, de allí la dificultad en la adherencia al tratamiento médico y por ende el psicológico corre la misma suerte. Una situación similar, ocurre en los grupos terapéuticos de madres (Toranzo, E. 2013), donde el principal trabajo terapéutico con ellas es que logren involucrarse y comprender que son parte del síntoma del niño también. En este grupo, la diabetes sería como un hijo no deseado o enfermo que cuesta aceptar aun cuando realice todas las actividades de cuidado. Dicho de otro modo, la enfermedad ocuparía el lugar de la pérdida no elaborada, y por ese significado propio que le otorgan, es que les resulta difícil integrar las emociones y hacerse cargo de los cuidados que requiere. De allí que se considera que el *diagnóstico de diabetes* es un *acontecimiento disruptivo*, y el impacto psicológico en el paciente deviene en traumático, por lo que resultaría difícil de integrar emocionalmente y así repercutiría en la fase terapéutica de la enfermedad.

Moty Benyakar (2016) considera que cuando una situación externa al psiquismo impacta en él -diagnóstico de diabetes-, provocando una alteración de su homeostasis, se está ante un acontecimiento disruptivo. Cuando el efecto producido por el agente externo provoca un quiebre en la capacidad y posibilidad de

procesamiento mental, el acontecimiento deviene en traumático. Por ello es que el autor enfatiza que lo traumático no es un evento factico o situación sino un proceso psíquico producido por un evento o entorno disruptivo. Se podría pensar a la diabetes como un evento disruptivo, ya que la aparición de la misma desorganiza y desestructura la vida del sujeto. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento sino que dependen del sujeto que lo vive. El diagnóstico de la diabetes es inesperado, interrumpe el proceso normal y habitual para la existencia, y amenaza la integridad física propia. El *impacto* que provoca el diagnóstico de diabetes es *traumático*, en tanto no puede simbolizarse, y produce un quiebre en el procesamiento mental, así la enfermedad permanece disociada y negada del resto de su vida. Se percibe que la vida -y la salud- del paciente, no es igual después de recibir dicho diagnóstico, más allá de la naturalización que se produce de la misma. En este sentido, también es necesario diferenciar un evento disruptivo pasajero –por ejemplo un accidente–, de un evento disruptivo que se instala en la vida de la persona –la diabetes– y conlleva un deterioro físico característico de dicha enfermedad. La situación disruptiva en este caso es permanente, en términos objetalistas se la puede ver como aprender a convivir con un objeto malo.

Para cada uno de los integrantes del grupo, la diabetes representa un objeto particular y personal con distintas características inconscientes según la historia de cada uno; como una "cruz que se debía cargar" o cómo la "parte de una identidad desconocida, borrada por la adopción", entre otras. En este contexto la enfermedad irrumpe como una defensa a una mayor disociación, es decir, la enfermedad opera defensivamente para no tomar contacto con lo emocional; y de este modo se produce la escisión psique-soma. Dicho de otro modo, la enfermedad encubre frente a la conciencia del enfermo, una parte de la historia que es su drama, y así constituye la mejor solución que el enfermo ha logrado, frente a su imposibilidad de integrar en la conciencia significaciones que son contradictorias o peligrosas.

La diabetes por sus peculiaridades promueve intensamente la aparición del patrón de dependencia infantil, que lleva a que los pacientes comiencen a depender de médicos, nutricionistas, psicólogos, Metformina o insulina, los controles diarios, la alimentación. Esto aparece ligado a la necesidad depender emocionalmente prototípica del desarrollo humano según el psicoanálisis relacional. Así en la dinámica del grupo se repite un patrón relacional de “una madre mala” que en la contratransferencia de las terapeutas se correspondía con el sentimiento de ser "madres malas que retan y asustan a sus chicos que hacen mal las cosas" repitiendo de este modo el patrón relacional "de la madre de la infancia que no ampara de un modo total". La tarea terapéutica consistió en mostrar o poner en evidencia este funcionamiento infantil.

Esta situación transferencial grupo como “madre mala”, también se despliega en el macro-grupo–madre que es la institución hospitalaria. Así, al inicio del trabajo psicoterapéutico nos encontramos con personas, en su mayoría, que no sentían

confianza en los cuidados del hospital, el servicio, los profesionales, el grupo. Podemos inferir así, que el encuentro con profesionales y otras personas con similares dificultades posibilitó hablar los miedos, frustraciones, dolores e inseguridades, creando posibilidades de nuevas relaciones con los mismos. Esto podría estar representado en una de las pacientes que, por sus temores y falta de confianza en los médicos había postergado una cirugía y en la etapa final del grupo terapéutico comenzó a ocuparse de su salud, retomando los estudios y consultas médicas.

De este modo, consideramos que la adherencia al tratamiento dependerá del tipo de dependencia que las personas con diabetes experimentan y de sus posibilidades en avanzar hacia la dependencia madura.

El grupo terapéutico podría pensarse como un espacio en el que se pueda depender transicionalmente para poder incorporar recursos propios que favorezcan una mayor tolerancia a las frustraciones ante las que están expuestas por la enfermedad misma, que desde ya, significa una importante herida narcisista. Al mismo tiempo, el grupo sería un espacio que les permite a los pacientes experimentar seguridad, comprensión y compañía.

Así, el grupo ofrece posibilidades únicas, como el trato de las relaciones interpersonales y las experiencias grupales cohesivas. Yalom (1996) considera que el intercambio de experiencias humanas en el grupo, el poder compartir un problema similar, ofrecerse ayuda mutuamente, compartir con los demás el propio mundo interior y expresar emociones profundas -entre otros factores terapéuticos- permiten un cambio terapéutico.

Por todo esto, se podría pensar que los nuevos vínculos con el componente empático que se establecen en el grupo, sus características emocionales positivas, genuinos y de una cierta permanencia en el tiempo, harían posible una modificación en la adherencia al tratamiento y por ende una mayor calidad de vida de nuestros pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Abadi, M. (1982). *El psicoanálisis y la otra realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Aisemberg, E. (2005). Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicósomáticos. En: A., Maladesky; M., Lopez y Z. Lopez Ozores (Comp.),

- Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Anzieu, D. y Jacques-Yves Martin (1971). *La dinámica de los pequeños grupos*. Buenos Aires, Argentina: Kapeluz.
- Atwood G. y Storolow R. (1992). *Structures e intersubjetivity: Exploration in Psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Ávila Espada, A. (2010). Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional. *Aperturas Psicoanalítica N° 036*. Recuperado de: [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=674&a=Introduccion-a-la-obra-de-Ronald-Fairbairn-Los-origenes-del-psicoanalisis-relacional-\[Rodriguez-Sutil-C-2010\]](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=674&a=Introduccion-a-la-obra-de-Ronald-Fairbairn-Los-origenes-del-psicoanalisis-relacional-[Rodriguez-Sutil-C-2010])
- Békei, M. (1992). *Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- Békei, M. (1996). Introducción. En: M., Békei (Comp.). *Lectura de lo psicosomático*. (pp. 9-17) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Benjamin J. (1917) *Beyond Doer and Done To: Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third*. Ed. Routledge
- Benjamin, J. (2013). *La sombra del otro*. Madrid, España: Psimática.
- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.13-39) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2016). Especificidades sobre el encuadre. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.245-277) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- Billow, R. M. (2016). Psychic Nodules and Therapeutic Impasses: Three Case Studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66 (1), 1-19. DOI:10.1080/00207284.2015.1089682.
- Bion, W. R. (2013). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bleger, J. (1974). *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Bleichmar S. (2009) *La subjetividad en riesgo*. Ed. Topia Buenos Aires

- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós
- Bleichmar, N. y Leiberman de Bleichmar, C. (1999). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. México: Paidós.
- Bohovslavsky, R. (1984). *Orientación Vocacional. La estrategia clínica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Bowlby, J. (1952). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanita
- Chiozza, L. (1999). *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Chiozza, L. (2008). *Obras Completas. Tomo XIV. ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. (pp. 138-159). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal. [versión electrónica]. Recuperado de: URL <http://www.funchiozza.com/downloads/obrascompletas/pdf/tomo14.pdf>
- Chiozza, L., & Obstfeld, E. (2008). Psicoanálisis del trastorno diabético. En L. Chiozza, *Obras Completas. Tomo X. Afecto y Afecciones I. Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo* (pp. 249-272). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal. [versión electrónica]. Recuperado de: URL <http://www.funchiozza.com/downloads/obrascompletas/pdf/tomo10.pdf>
- Cohen, L. y Labat, Y. (2001). Aportes de la teoría de Winnicott a la clínica psicoanalítica. En: *APdeBA. V Jornadas de Niñez y Adolescencia*. El lugar del analista de niños y adolescentes en la clínica de hoy.
- Daurrelle N. (2013) *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del Psicoanálisis*. Ed. Agora Relacional. España
- De Gregorio, M.; Prieto, V. (s/f). *Enfermedades psicosomáticas. (Documento de Cátedra) Psicopatología Psicoanalítica*. Universidad Nacional de San Luis, San Luis. (Sin publicar)
- Fairbairn, R. (1940). Factores Esquizoides de la Personalidad. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- _____ (1940 b). Revisión de la Psicopatología de las psicosis y psiconeurosis. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

- _____ (1943). La represión y el retorno de los objetos malos. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- _____ (1944). Las estructuras endopsíquicas consideradas en términos de relaciones de objeto. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Fiorini, H. (1973). Teoría y Técnica de psicoterapias. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Fischbein, J. E. (2000). La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas. *Psicoanálisis APdeBA, Vol. XXII* (1,), pp. 157-182. Recuperado en: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012000fischbein.pdf>
- Fontana, A. (1971). Psicoanálisis y Cambio. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Fontana, A. (1971). . Tratamiento anti-depresivo. *En psicoanálisis y cambio*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la flor.
- Fontana, A. y Col. (1977). *El tiempo y los grupos*. Buenos Aires, Argentina: editorial Vancu.
- Fontana, A.; Samperisi, A.; Willington, J.M, Mazella, L.; Insúa, I. y Cabo, M. D. (1982). Psicodrama técnicas auxiliares. En: Fontana, A. y Loschi, J. (Comp) *Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos. (pp. 117-139)* Barcelona: Gedisa
- Fontana, A.; Zugman, S. (1982). Significado de la comida. En: Fontana, A. y Loschi, J. (Comp) *Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos. (pp. 205-212)* Barcelona: Gedisa
- Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia Grupo–Analítica. Método y Principios*. México: Gedisa
- Gaddinni, R. (1996). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático. En: M. Bekei. (Comp.), *Lectura de lo psicossomático*. (pp. 19-39) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Gampel, Y. (2006). Esos padres que viven a través de mí. La violencia de estado y sus secuelas. Buenos Aires: Paidós.
- Ghent, E. (2002). Relations: Introduction to the First. IARPP conference [Online electronic periodical]. Retrieved from <http://iarpp.net/resources/enews/enews1.pdf>

- Giovanazzi, S. (2009) Escenas que paralizan: el impasse terapéutico en psicoterapias dramáticas. En: R. G. Arias y M. I. González (Eds.), *Violencia Familiar (161-172)*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario. Recuperado de: URL <http://tzapopan.com/libros-e/EscenasQueParalizanCap.pdf>
- Gomel, Silvia (1997) "Transmisión generacional, familia y subjetividad". Argentina: Lugar Editorial.
- Grinberg L., Sor D., y Tabak E. (1972). *Introducción a las ideas de Bion*. (Pp. 19-36). Buenos Aires: Nueva visión
- Grotstein, J. (1986). *La identificación proyectiva y escisión*. Buenos Aires: Gedisa
- Guntrip H. (1995) *Personality Structure and Human Interaction* (1995). Karnac Books. ISBN 1-85575-118-6
- Jiménez, J.P. (2000). El método clínico, los psicoanalistas y la institución. *Aperturas Psicoanalíticas*, N° 004. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000105>
- Jung, C. (1974) *Arquetipos e Inconciente colectivo*. Ed Paidós
- Kohut, H. (1971). El análisis del self. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Laplanche, J. y Pontalís. J (2010). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lerner, H. y Nemirovsky, C. (1989) La empatía en el psicoanalizar. *Psicoanálisis, APdeBA*, Vol. 11, págs. 129-143, Actas, XXVI, IPA Internacional Congress, Montreal, Canadá, 1987.
- Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.
- Margaret Mahler y otros (1977) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Ed. Marymar
- Margetts, E. (1966). Notas Históricas sobre Medicina Psicosomática. En: E. Wittokower; R. Cleghorn. (Ed), *Progresos en Medicina Psicosomática*, (pp. 40-64). Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.
- Marín Posada, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de psicología universidad de Antioquia*, 6 (1), 125-140.
- Menzies, E.P.I. (1974). A Personal Review of Group Experiences. Comunicación presentada en Centre for Applied Social Research, Tavistock Institute of Humans Relations. Londres.

- Merea, C. (1994). *La extensión del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J. L. (1959). *Psicoterapia y Psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis*. México: Editorial Fondo de cultura económica.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ogden T. H. (1998) *La matriz de la mente*, Ed.Karnac
- Paz, R. (2010). *Cuestiones disputadas en la teoría y la clínica psicoanalítica*. Editorial Biebel
- Pichón Riviere E. (1974) *.El proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social* .Editorial Nueva Visión. ISBN 9789506020002
- Pundik (1965). Moreno: pensamiento y obra del creador de la Psicoterapia de Grupo, el Psicodrama y la sociometría. Edición del autor. Buenos Aires. Editorial Garamond. SCA.
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ramos, E. (2016). Prólogo. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.7-9) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- Rodriguez Jorge (2017) Soñar con los dedos. Entre Freud y Winnicot.2da Edición Ed Letra Viva
- Rodríguez Sutil, C. (2002). Objetal, intersubjetivo, vincular. El psicoanálisis anticartesiano. *Revista Intersubjetivo vol 4 (2)*, pp. 273-286. Recuperado de: http://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/España/CRSutil_V4N2_Anticartesiano.pdf
- Rodríguez Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional vol 1 (1)*, pp. 9-41. Recuperado de: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V1N1/1_Rodriguez%20Sutil_Epistemologia%20del%20Psicoanálisis%20Relacional_CeIR_V1N1_2007.pdf
- Rolla, E. (1962). *Psicoterapia individual y grupal*. Buenos aires, Argentina: Ediciones 3.

- Samperisi A.; Bazan G.; Taborda A.; Toranzo E. y otros (1994): Tratamiento psicoterapéutico de pacientes psicóticos sin internación. Rev Vertex. Rev.Arg. de Psiq. Vol IV. Argentina
- Samperisi, A. (s/f). Psicoterapia de grupo. Documento de Cátedra.
- Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., y Fontao, M. (2011). Gruppenprozesse in einer fokaltherapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. Gruppen Psychotherapie und Gruppendynamik. (47) 38-52.
- Toranzo, E., et. Al. (2008). Un abordaje relacional en un ámbito institucional Grupos psicoterapéuticos de padres e hijos. Revista Electrónica Topia.
- Toranzo, E. (2004). Psicoanálisis, Investigación, y Salud Mental. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en: <http://www.academica.org/000-029/19>
- Toranzo, E. (2013). *Perspectiva Psicoanalítica relacional-grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico. Psicoterapia Psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- Toranzo, E.; Sanchez, E. y Picco Lieto, J. (2015). La diversidad como factor empático. Experiencia de un grupo de madres. (Sin Publicar).
- Toranzo, E.; Sanchez, E. y Picco Lieto, J. (2016). Dispositivo grupal psicoanalítico de intervención preventiva y psicoterapéutica en el rol de madres de diversas organizaciones familiares. En: C., Straniero; C,Tosi ; M., Luna. (Comp.), *XVI CONGRESO ARGENTINO DE PSICOLOGÍA "PSICOLOGÍA Y COMPROMISO SOCIAL*, (pp. 478-487). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Federación de Psicólogos de la República Argentina. ISBN 978-987-45397-9-3
- Torras De Beà, E. (1996) Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós
- Usandivaras, R. (1977). Grupo. En: Vidal, G.; Bleichmar, H.; Usandivaras, R. (Comp.), *Enciclopedia de Psiquiatría*, (pp.268-274). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Velasco, R (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación Relacional vol 3 (1)*, pp. 58-67. Recuperado en: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/7_Velasco_Que-es-Psicoanalisis-Relacional_CeIR_V3N1.pdf

- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Winnicott, D. (1994) *Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Edit. Paidós
I.S.B.N: 9789501241747
- Winnicott, D. (1964). Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicósomática, en Winnicott C., Sheperherd, R. y Davis M. (Comp.), *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós 1993.
- Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Parte 1. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé.
- Winnicott, D. (1992). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.
- Zuretti, M. (2010) *Matriz, grupo e inserción sociométrica Psicodrama en la universidad*. Buenos Aires: Criseli. Internet. ISBN 978-987-25753-0-4
- Zukerfeld Rubén y Zukerfeld Raquel (2016) *“Sobre cuerpos, cultura y hábitos: atravesamientos y articulaciones”* Premio Fepal 2016

Magister Elena Toranzo

Mag. Psicoterapia psicoanalítica. Lic. Psicología. Psicoterapeuta .Docente e Investigadora UNSL. Directora de Línea “Estudios Clínicos y empíricos de Psicoterapia psicoanalítica de grupo”. Dir. Proyecto de Extensión Universitaria “intervenciones grupales desde una perspectiva psicoanalítica” Prof. Titular Responsable “Psicología clínica I y II (O. Psicoanalítica)” Directora del Departamento de Formación Profesional .Facultad de Psicología .UNSL. Directora de la Carrera de Especialización “Intervenciones psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica Pluridisciplinar. Libros: Matriz relacional en psicoterapia psicoanalítica de grupo. Una experiencia hospitalaria .Ed. Académica española.(2017) Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres NEU (2017) . Compiladora y capítulos de libros: .Psicoanálisis relacional. Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios de creación de significados para la salud mental NEU (2017) Ser Humano NEU (2017), Artículos en revistas nacionales e internacionales .CEIR IARPP. Volumen 10 - Nº 2 - Junio / Julio 2016 .España (2016)Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo como Matrix-Sostén para la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes. Elena Toranzo, Emilce Sánchez, Florencia Fassione entre otros. [E-mail: htoranzo@unsl.edu.ar](mailto:htoranzo@unsl.edu.ar)

Dra. Alejandra Tabora

Doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología Educativa (Psicoanalítica) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Investigadora Categoría I. Directora de Proyecto de Investigación PROICO 12-14141 (UNSL). Vice-Decana FaPsi (UNSL). Secretaria de Posgrado FaPsi (UNSL). Directora de la carrera de Especialización en UCC y Co-directora de Carrera de Especialización de FaPsi. Autora de libros y artículos científicos. Por su producción obtuvo los premios Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente (España, 2010), el premio de la Facultad de Psicología (UBA, 2008-2017) y AAPSM (2006). [E-Mail: taborda.alejandra@gmail.com](mailto:taborda.alejandra@gmail.com)

Dr. Rubén Zukerfeld:

Médico, Psiquiatra Miembro Titular en función didáctica de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP) y Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) Profesor Titular y coordinador de investigación del Master en Psicoanálisis .Universidad del Salvador y Asociación Psicoanalítica Argentina .APA Profesor del Master de Psiconeuroinmunendocrinología de la Universidad Favaloro Miembro Fundador y Profesor del Instituto Picosomático de Buenos Aires. Miembro Fundador del Capítulo de Trastornos Alimentarios y Cultura Contemporánea de APSA. Autor de varios libros sobre la especialidad: Lo traumático , lo clínico y paradojas; Procesos terciarios; Psicoterapia de la obesidad seguido del control grupal. Capítulos de libro: Psicoanálisis y Resiliencia. Teoría, clínica e investigación Rubén Zukerfeld y Raquel Zukerfeld (SerHumanoNEU2017) Entre otros

Dra. Eulàlia Torras

Médico, Psiquiatra de niños y adolescentes, Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis, filial de la International Psychoanalytical Association (IPA). Fundadora y Directora del Servei de Psiquiatria i Psicologia de nens i adolescents (Hospital de la Cruz Roja de Barcelona), hoy Fundación Eulàlia Torras de Beà, (distritos de Gracia y de Sant Andreu y en Moncada i Reixac) Dicta cursos de "Introducción al trabajo con grupos" en todo el país. Directora del Servicio durante 23 años. Ha publicado artículos en revistas de la especialidad españolas y extranjeras ; y los siguientes libros: *Entrevista y Diagnóstico (Paidós)*, *Grupos de hijos y de padres,(Paidós) revisado y modificado, con el nombre de Psicoterapia de Grupos para niños, adolescentes y familia (Octaedro)*, *Dislexia(Octaedro)**La mejor guardería, tu casa (Octaedro)* [E.mail:3427eta@comb.cat](mailto:3427eta@comb.cat)

Dra. Núria Beà

Médica Pediatra y Psicoterapeuta. Trabaja en Atención Precoz desde el año 1984 denominados CDIAP (Centro de Desarrollo y Atención Precoz) www.fetb.org Los grupos paralelos, o simplemente los de padres se realizan en todos los Centros de Salud Mental infantil y juvenil (CSMIJs) de la red pública .Autora de diversos artículos en revistas especializadas. Capítulos de libro: "Factores biológicos de la evolución y sus trastornos" en "Normalidad, Psicopatología y Tratamiento en niños, adolescentes y familias". Torras, E. y col. (2007) Valls. Editorial Llectio."Identidad en adopción transracional" en "Adopción e Identidades. Cultura y Raza en la integración familiar y social" Rius, M. y otros (2011). Barcelona. Editorial Octaedro. [E-mail: nbea @fetb.org](mailto:nbea@fetb.org)

Prof. Dra. Susana Quiroga

Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología, UBA, 1983. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA). Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN). Investigadora certificada en la University College London. Profesora Emérita, UBA. Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, UBA. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora de Proyectos UBACYT. Autora de *Del goce orgánico al hallazgo de objeto y Patologías de la Autodestrucción*. Domicilio postal: Gallo 1463 4º A (1425) CABA. TE: 4824 – 4447 [E-mail: susy@psi.uba.ar](mailto:susy@psi.uba.ar)

Dra. Glenda Cryan

Dra. en Psicología, UBA; Lic. en Psicología, UBA. Investigadora Asistente del CONICET. Coordinadora Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, UBA. Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de Proyectos UBACYT. Domicilio postal: Cuenca 1340- Dto 18 (1416) CABA. TE: 3973-4409 [E-mail: gcryan@psi.uba.ar](mailto:gcryan@psi.uba.ar)

Lic. Sabrina Elián Sosa

Lic. en Psicología. Coordinadora de grupos. Equipo técnico: Casa de atención interdisciplinaria para víctimas de delitos contra la integridad sexual. Consejo Provincial de la Mujer de la Provincia de Córdoba. Diplomada en Tratamiento y Prevención de la Violencia. Miembro Proyecto de investigación: “Estudio Clínico y Empírico en Prevención, Diagnóstico y Psicoterapia Psicoanalítica Individual- Grupal.” Secretaría Ciencia y Técnica. UNSL. Integrante Proyecto de Extensión Intervenciones grupales desde una perspectiva Psicoanalítica. UNSL. Docente de la Diplomatura en Formación de Acompañantes Comunitarios contra la violencia de género. Ha publicado en revistas nacionales y extranjeras
E-mail: saesosa@gmail.com

Lic. María Marta Gómez

Lic. En Psicología. Co-coordinadora de grupos. Equipo técnico: Casa de atención interdisciplinaria para víctimas de delitos contra la integridad sexual. Consejo Provincial de la Mujer de la Provincia de Córdoba, Argentina. Diplomada en Tratamiento y Prevención de la Violencia. Prof. Asistente de la Cátedra de Antropología Sociocultural y Latinoamericana de la Facultad de Psicología de la UN. Córdoba. E-mail: mariamgomez40@hotmail.com

Emilce Sánchez

Licenciada y Profesora de Enseñanza Media y superior en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Docente e investigadora de la UNSL Asistente Técnica Territorial para escuelas. Programa Nacional de Mejora Educativa (PROMEDU). Ministerio de Educación. Gobierno de San Luis. Coordinadora Administrativa y Alumna Regular de la Carrera de Posgrado: “Especialización en Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica y Pluridisciplinar Publicaciones. Libro (2017). *Matriz relacional en psicoterapia psicoanalítica de grupo. Una experiencia hospitalaria.* Editorial Académica Española, España. Artículos de Revista (2016). *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo como Matrix-Sostén para la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes.* *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2): 453-464. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100207. Coautoría en Publicaciones en Congresos. E-mail: emilce_sanchez@hotmail.com

Florencia Fassione

Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Docente e investigadora de la UNSL. Diplomada Universitaria en Psicodiagnóstico Clínico. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Co-Coordinadora Administrativa Alumna Regular de la Carrera de Posgrado: “Especialización en Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica y Pluridisciplinar Publicaciones. Libro (2017). *MATRIZ RELACIONAL EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE GRUPO. Una experiencia hospitalaria.* Editorial Académica Española, España. Capítulo de Libro (2017). *Matrix Relacional en Psicoterapia Psicoanalítica de dos grupos.* En: Alejandra T. y

Elena T; PSICOANÁLISIS RELACIONAL. Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios de creación de significados para la salud mental. NEU San Luis, Argentina. Artículos de Revista (2016). Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo como Matrix-Sostén para la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes. Clínica e Investigación Relacional, 10 (2): 453-464. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100207. Coautoría en Publicaciones en Congresos. E-mail: ffassione@gmail.com

La vida en grupos y en diversidad es inherente a la naturaleza humana, el inconsciente de Freud es así compartido y co-construido por los miembros de un sistema social particular como la familia, comunidad, nación o cultura. Denominamos “madre-grupo” a esta concepción diádica, triádica y grupal de la constitución psíquica y de los recursos psicoterapéuticos que implementamos para asistir el padecimiento psíquico que siempre es relacional desde padres e hijos a poblaciones diversas.

ISBN 978-987-733-161-5



Universidad
Nacional de
San Luis

