

Psicoterapias de grupo en los sistemas de salud público desde la concepción operativa de grupo.

Group psychotherapies in public health systems from the group operative conception.

Juan Otero Rodríguez.

FEA Psicología Clínica. Doctor en Psicología. USMC Oriente, H.U. Virgen del Rocío.

Felipe Vallejo Jiménez.

FEA Psicología Clínica. Didacta APOP. Ex Coordinador USMC Macarena Norte. H. U. Virgen Macarena.

Laura Mantrana Ridruejo.

Psicóloga Clínica. Coordinadora USMC Los Palacios. Hospital Universitario Valme.

Resumen: El presente trabajo ha sido elaborado por sus autores para introducir la realización de un taller en las XVII Jornadas Nacionales de ANPIR, celebradas entre los días 11 y 13 de mayo de 2017 en Málaga. El propósito del mismo es dar a conocer de un modo sucinto los principios básicos de la Concepción Operativa Psicoanalítica de Grupo. La tarea, el ECRO, la noción de vínculo, los momentos grupales, la enfermedad grupal, el emergente o el portavoz son conceptos claves para la aplicación de esta técnica. La segunda parte del artículo enmarca las psicoterapias de grupo que se hacen en los servicios de salud públicos dentro de este tipo de concepción.

Palabras clave: Grupo Operativo, Psicoterapia de Grupo, Sistema Público de Salud, Servicios de Salud Mental.

Summary: The present work has been elaborated by its authors to introduce a workshop in the XVII ANPIR National Congress, celebrated between May 11 and 13, 2017 in Malaga. The purpose is to present in a succinct way the basic principles of the Psychoanalytic Operative Group Conception. The task, the ECRO, the notion of link, the group moments, the group illness, the emergent or the spokesman are key concepts for the application of this technique. The second part of the article frames the group psychotherapies that are made in the public health services within this type of conception.

Keywords: Operative Group, Group Psychotherapy, Public Health System, Mental Health Services.

Introducción a la concepción operativa de grupo

Pichon Riviere (1), en los años 40, sienta las bases para el desarrollo de la técnica de grupo operativo partiendo del psicoanálisis y de la psicología social. El fundador de los grupos operativos incubó esta concepción cuando tuvo que hacer frente a una situación inesperada que se produjo en su lugar de trabajo, una unidad de internamiento de pacientes de un hospital de Buenos Aires. Debido a determinados conflictos políticos e institucionales hubo una huelga del personal de enfermería que dejaba al descubierto la Unidad. Lo que se hizo fue formar en un periodo corto (de una semana aproximadamente) a los pacientes que mejor estaban para poder atender las necesidades de cuidado diurno y nocturno del resto de pacientes. Se les instruyó en la parte más instrumental y a la vez se trabajó con ellos en grupo para poder ayudarles a realizar la tarea.

A partir de ese momento se realizarían otras experiencias de acercamiento terapéutico colectivo, como por ejemplo la implantación de grupos de familiares de pacientes. Esta concepción "social" de la enfermedad, ayudaría a producir un cambio en la forma de prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes, que irá más allá de su abordaje individual.

Pichon Riviere definió un *grupo* como un conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna que se plantea explícita o implícitamente una *tarea*, que constituye su finalidad.

Para que un grupo pueda constituirse proponemos una tarea. La tarea da cuenta del *para qué* se forma ese determinado grupo: para ampliar las competencias sociales, para mejorar la regulación emocional, para mejorar el insight, para ampliar el repertorio comunicacional o el manejo de la resolución de problemas, etc.

Los grupos tienen que tener un *encuadre* que garantice unas condiciones básicas. El encuadre establece unas coordenadas necesarias para que el grupo se desarrolle: se dará en un espacio concreto, durante un tiempo, con una duración y un horario de sesiones determinado y estarán establecidos unos roles. Cuando se trata de un

grupo psicoterapéutico esos roles son los de paciente, terapeuta o terapeutas y observadores. El encuadre hay que protegerlo con algunas otras condiciones de seguridad: hay que asegurar la confidencialidad de la información, el respeto y no agresión al resto de participantes, intentar evitar las relaciones fuera del grupo, desconectar los móviles durante la sesión, recordar el compromiso con la asistencia y la puntualidad, etc.

Vamos a detenernos un poco sobre la observación de los *inicios de un grupo*; intentando abstraer algunos „universales“ que necesariamente han de producirse.

Todo sujeto que se sienta en un grupo por primera vez trae una serie de fantasías en relación a lo que pudiera consistir esa experiencia. Hay personas que de forma natural se encuentran más cómodas en grupos pequeños y otras que prefieren pasar más inadvertidas en grupos grandes, algunas que viven las agrupaciones de manera más claustrofóbica y otras de forma cálida, personas más dubitativas y otras más lanzadas para situarse, unas más escépticas y otras más motivadas, unas más suspicaces y otras más confiadas.

Se utilizó la palabra *ECRO* (siglas correspondientes a Esquema Conceptual Referencial Operativo) para dar cuenta del conjunto de conocimientos organizados que sirven al individuo para aproximarse a un aspecto de la realidad y actuar sobre la misma.

Este conjunto articulado incluye cogniciones, afectos, fantasías y acciones con las que todos nos vamos desarrollando para poder resolver las vicisitudes que se nos van presentando en la vida cotidiana.

Cuando se inicia un grupo se produce una colisión de *ECROS individuales*. Los miembros participantes de la experiencia se preguntan quién será la compañera de enfrente y el de al lado, quién será la coordinadora, qué es lo que se supone que yo debo hacer y qué deben hacer los otros. Son *momentos de confusión*. Se espera que alguien saque al grupo de esta situación confusional. Los integrantes se tantean buscando puntos de convergencia entre ellos y se produce un juego de proyecciones, disonancias, consonancias teñidos por afectos y emociones diversas, sin ligar (2).



Cada persona trae al grupo un esquema previo basado en sus experiencias anteriores. Desde el nacimiento y siguiendo la teoría de que somos *vínculo* (3) con el otro, nos vamos convirtiendo en “producto” de las relaciones vinculares.

Pichón Rivière define el vínculo como „una relación particular con un objeto de la que resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto“ (3:35)

Esta noción de vínculo articula el punto de vista psicosocial cuyo interés está en las relaciones que uno establece con los otros con el psicoanálisis cuyo interés principal estriba en las relaciones que cada uno tiene con sus imágenes u objetos internos. Vínculos internos y externos se integran en una espiral dialéctica, de tal modo que en un grupo, lo que ahora es interno se hace externo y lo que ahora es externo se hace interno y así sucesivamente en un pasaje continuo entre el adentro y el afuera (1).

Cada nueva experiencia que tenemos remueve ambos vínculos constituyendo un nuevo aporte. La terapia de grupo será un aporte más construido en la confluencia entre lo que uno lleva y lo que tiene que producir en el interjuego con los otros miembros en el grupo actual.

El proceso grupal lo podemos resumir en dos *momentos* (4): momentos de pretarea y de tarea. El proceso no es lineal, está en continuo movimiento y los momentos de tarea y pretarea son alternantes, de ida y vuelta.

La pretarea se corresponde con una posición grupal aliada con los mecanismos del no cambio, de resistencia. Estos mecanismos funcionan postergando la realización de la tarea, son momentos que se pueden caracterizar, entre otras formas de presentación por el parloteo estéril entre los participantes, las posiciones enquistadas e inmóviles, la radicalización de los mensajes, la desvalorización o la idealización de la experiencia grupal. Son mecanismos propios de la fase esquizoparanoide, donde predomina la disociación entre buenos y malos. Se polariza el discurso en aspectos parciales (buenos y malos)

se plantean las cosas en términos de dilemas de todo o nada y se niega la existencia de un objeto total capaz de integrar ambos aspectos con sus matices y diferencias.

En los momentos de pretarea, lo que está latente son las ansiedades básicas, de pérdida y de ataque, coexistentes y alternantes. De pérdida del esquema individual que nos ayudaba a sostenernos y de ataque por el miedo a no tener las herramientas adecuadas para afrontar una situación de cambio.

En el discurrir del grupo, el juego de identificaciones y proyecciones entre los participantes, el intercambio de afectos y emociones, de experiencias y de vivencias irá introduciendo elementos de grupalización progresiva y por consiguiente, de un ECRO colectivo que dará cuenta de la creación de un producto común a ese grupo concreto, de una cultura nueva e idiosincrática. Se irá pasando de la situación indiscriminada de la pretarea a una situación discriminada; de lo individual a lo común, del monólogo al diálogo.

Desde la perspectiva psicosocial comprendemos la enfermedad como una situación que se ha producido en un contexto grupal. El primer grupo es la familia. La enfermedad de un grupo no tiene que ver con las patologías individuales de los miembros; la patología grupal viene dada por la estereotipia del conjunto. El encasillamiento y la inmovilidad de los roles nos alertaría de una dificultad para la plasticidad y por extensión, para el cambio.

Para Pichon (1) toda conducta desviada surge de un estancamiento en el aprendizaje de la realidad. El grupo operativo posibilita aprender a pensar y superarlo a través de la cooperación y la complementariedad, lo cual permitirá enriquecer el conocimiento de uno mismo y de los otros. Es terapéutico porque su técnica ayuda a resolver las dificultades internas de cada sujeto transformando el pensamiento dilemático en dialéctico a través de una tarea en la que está incluido el esclarecimiento de las resistencias al cambio.

La situación correctora ofrece al sujeto integrado en un grupo la posibilidad de un reaprendizaje de la realidad, logrado a través de sucesivas emisiones y recepciones de mensajes, con una

progresiva adecuación de los esquemas referenciales del emisor y del receptor, lo que culmina en una percepción de sí y de los otros no distorsionada por el modelo arcaico y repetitivo del estereotipo.

Todas las relaciones interpersonales en un grupo escolar, familiar, laboral, social, etc se rigen por el juego e intercambio permanente de **roles** asumidos y roles adjudicados. El rol entonces es una función particular que uno intenta hacer llegar a otro; en condiciones normales todos podemos asumir diferentes roles: de madre, de alumno, de terapeuta.

La salud del grupo tendrá que ver con la posibilidad de asunción de nuevos roles y el abandono de los que previamente han sido ineficaces. Este cambio de posición permitirá una adaptación activa a la realidad.

Los roles han de ser jugados al interior del grupo, pero conviene que sean intercambiables precisamente para evitar la estereotipia patógena. Algunas veces el grupo requerirá de un líder de un tipo (por ejemplo más racional) y otras requerirá de otro tipo de liderazgo (por ejemplo más emocional) para avanzar en la situación.

La labor de los y las terapeutas para con esta problemática será la de facilitar la circulación de información ayudando a salvar los obstáculos que van apareciendo y de los que el mismo grupo parece no poder salir por sí mismo.

¿Cómo pueden ser advertidos por la coordinación los momentos de estancamiento en la tarea? Para ello es necesario que podamos hacer una distinción entre lo manifiesto y lo latente. En los grupos operativos, el elemento que nos permite integrar la información entre los dos planos (manifiesto y latente) es el llamado *emergente* (6). Sería un concepto parecido a lo que en psicoanálisis se llama lapsus, acto fallido. El emergente es la resultante de un conjunto de fuerzas, un elemento que surge en la situación grupal: una salida de tono, un silencio, un acting, una ausencia, algo inesperado, una división en subgrupos, etc, que se manifiesta y que viene a dar la pista sobre lo que, de manera latente, está jugándose en la situación grupal. Un miembro del grupo se hace portavoz de ese emergente. Es él o ella la portavoz porque se lo permiten sus pro-

pias características individuales (su *verticalidad*) o simplemente por ser quien más cerca está del fantasma inconsciente de la situación grupal y es quien se hace cargo de algo que está latiendo en el grupo actual (*horizontalidad*).

Tendríamos un tercer aspecto o dimensión a leer dentro de la estructura grupal; sería la de la *transversalidad*; es aquello que atraviesa el grupo, influyendo sobre las otras dos dimensiones vertical y horizontal. Lo transversal es el puente que nos permite abordar la siguiente parte de nuestra aportación.

Las psicoterapias de grupo en los Sistemas de Salud Públicos

Nos situamos en la red del sistema público de salud mental; tenemos un grupo de pacientes en una Unidad de Salud Mental, en un Hospital de Día, en una Comunidad Terapéutica, en una Unidad de Rehabilitación. Pero además de ser los coordinadores de ese grupo somos parte de un grupo-equipo profesional.

Tal y como considera Bauleo (7), sería ingenuo pensar que la práctica de la psicoterapia en los servicios públicos dependiera únicamente de la pericia de los profesionales o de las características particulares de los pacientes; el trabajo en un equipo no es igual a la suma del trabajo que cada profesional realiza por separado en su consulta. El dominar las técnicas psicoterapéuticas es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar un buen nivel de trabajo. Más allá de la relación singular paciente-terapeuta de la psicoterapia individual podemos pensar en otros factores (grupales e institucionales) que influyen en los procesos terapéuticos. Los elementos contextuales a los que hacemos referencia mediatizan la práctica clínica.

Cuando un profesional está molesto o incómodo con las condiciones de su trabajo, por ejemplo, por el ambiente del equipo, donde pueden surgir conflictos de poder, de reconocimiento narcisístico, luchas jerárquicas, etc o, por ejemplo, por las condiciones de trabajo en la institución (falta de recursos, desacuerdo con los objetivos, contratos precarios, salarios desiguales, etc) esto puede perturbar de una manera no consciente el vínculo terapéutico que se tiene con el paciente. Algunas



distorsiones en la interpretación de los procesos de atención a pacientes se pueden deber no a problemas de formación de los profesionales sino a la interferencia de los conflictos grupales o institucionales (8).

Un equipo es una maraña de vinculaciones en permanente estado de interacción, interinfluencia y transformación. Marta de Brasi (9) dice que uno de los problemas que puede surgir en los equipos de trabajo es cuando se fantasea que cada una de las escuchas selectivas de los profesionales puede abarcar la totalidad de la problemática del paciente. Esto conllevaría una visión parcial del paciente.

Para conseguir realizar el trabajo en equipo desde una perspectiva idealmente bio, psico y social se requiere aceptar las limitaciones que tenemos cada uno en nuestra práctica y reconocer que necesitamos al otro que nos complemente, cada uno en su rol diferenciado. Este proceso de construcción grupal del equipo es la resultante del desarrollo de un vínculo construido a base de identificaciones, fantasías, cargas libidinales, deseos, envidias, etc.

La ligazón entre el grupo-equipo y el tipo de respuesta a la demanda de los usuarios se va configurando en el entrecruce de miradas y perspectivas multidisciplinares que van transformando los diferentes esquemas referenciales individuales en un esquema referencial común, que podríamos llamarlo cultura del equipo (9).

Bauleo (7) señala que la funcionalidad de un equipo reside justamente en el aprovechamiento que se realizará a partir de las diferentes aportaciones que las diferentes disciplinas pueden efectuar sobre un trabajo determinado. Esa funcionalidad (operatividad) aparece cuando una profesional del equipo (psicóloga, enfermero, psiquiatra) debe resolver por sí misma una cuestión ya que el “grupo interno” (cultura de equipo) es un interlocutor privilegiado para discutir su acción específica.

La apertura de nuestra perspectiva al campo institucional le lleva a Bauleo y nos lleva a nosotros a hacernos las siguientes preguntas:

¿Cómo se vehiculiza la demanda asistencial? ¿A qué pacientes se atiende en los equipos y qué

profesionales intervienen? ¿Con qué recursos se dispone? ¿Qué objetivos tiene ese dispositivo para con la Unidad de Gestión Clínica o para con la Institución? ¿Qué tipo de intervenciones nos piden que hagamos? ¿Cual es el margen para desplegar nuestros intereses y deseos profesionales?

Como puede verse con estas preguntas, en el trabajo dentro del sistema público, pensar en las prácticas nos lleva a pensar en la multiplicidad, en la complejidad, en la convergencia.

Un apunte sobre la diferenciación que hace Lourau (10) sobre lo instituido y lo instituyente. Un equipo, si lo definimos formalmente, es un conjunto de profesionales cuyos objetivos y actividades vienen dados por un mandato institucional. Pertenecen a lo instituido los elementos más estables, formales o burocráticos de la institución: el organigrama con sus jerarquías y normas de funcionamiento, los estatutos, los valores. Lo instituido tiende a su conservación y permanencia. Pertenecen a lo instituyente los canales informales mediante los que nos comunicamos, los lazos afectivos, los códigos secretos, los procesos desiderantes entre los miembros. Lo instituido siempre trata de frenar y controlar el movimiento instituyente. Las instituciones son un flujo continuo entre ambos polos.

Cada Unidad realizará su trabajo adaptándose al mandato institucional según sus diferentes formas de cohesionarse, de operativizar la tarea o según sus estilos de organización.

En la teoría de los ámbitos, Felipe Vallejo (11) reinterpreta a Bleger (12) y muestra con un diagrama de círculos concéntricos que las prácticas en la pública adquieren una dimensión que va más allá de la relación de dos, más allá de una óptica individual entre paciente y terapeuta.

El terapeuta lleva detrás su ECRO, su propia concepción de la salud y la enfermedad, su pertenencia a un equipo y a diferentes grupos, su pertenencia a un sistema sanitario concreto. El paciente trae síntomas y detrás de los mismos todos sus vínculos o relaciones interpersonales ya que es un ser psicosocial. Trae sus diferentes grupos de pertenencia donde se desarrolla su historia de vínculos y su inscripción en un modelo de sociedad determinada.

Contacto

Juan Otero Rodríguez • juanoteroo8@gmail.com

Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente • Centro de Salud Puerta Este
c/ Cueva de la Pileta s/n • 41020-Sevilla

Bibliografía

1. Pichon Rivière E. *El Proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (1) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1981.
2. Bauleo A. *Un grupo*. En Bauleo A, Monserrat A, Suarez F. *Psicoanálisis Operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Ediciones Atuel/Parusía; 2005: 13-28.
3. Pichon Rivière E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1985.
4. Souto M. *Hacia una didáctica de lo grupal*. Miño y Dávila editores; 1993.
5. Bauleo A. *Ideología, grupo y familia*. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Kargiemann; 1974.
6. Gómez Esteban R. Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. *Revista Area 3. Cuaderno de temas grupales e institucionales*, 2014, 18: 1-15.
7. Bauleo A. *La práctica psicoterapéutica en los Servicios Públicos*. En De Brasi, Bauleo A: Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Editorial Atuel; 1990: 57-65.
8. De Brasi M. *En torno a la demanda y a la psicoterapia en la institución pública*. En De Brasi, Bauleo A: Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Editorial Atuel; 1990: 37-42.
9. De Brasi M. *Transformaciones de la Clínica I*. En De Brasi, Bauleo A: Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Editorial Atuel; 1990: 43-48.
10. Lourau R. *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu; 2000.
11. Vallejo F. Teoría de los ámbitos. *Revista Hue-llas* 2013, nº 3.
12. Bleger J. *Psicología institucional*. En *Psicohigiene y análisis institucional*. 2ª ed. Buenos Aires: editorial Paidós; 2007.

• Recibido: 25/2/2018.

• Aceptado: 15/5/2018.