



Círculo Rojo



Psicoterapia de Grupo, enfermedad única y anorexia



# Psicoterapia de Grupo, enfermedad única y anorexia



Eduardo Paolini Ramos



Círculo Rojo  
EDITORIAL

Primera edición: mayo 2020

Depósito legal: AL 837-2020

ISBN: 978-84-1363-050-2

Impresión y encuadernación: Editorial Círculo Rojo

© Del texto: Eduardo Paolini Ramos

© Maquetación y diseño: Equipo de Editorial Círculo Rojo

© Fotografía de cubierta: © Eduardo Paolini Ramos

Editorial Círculo Rojo

[www.editorialcirculo rojo.com](http://www.editorialcirculo rojo.com)

[info@editorialcirculo rojo.com](mailto:info@editorialcirculo rojo.com)

Impreso en España — Printed in Spain

Editorial Círculo Rojo apoya la creación artística y la protección del copyright. Queda totalmente prohibida la reproducción, escaneo o distribución de esta obra por cualquier medio o canal sin permiso expreso tanto de autor como de editor, bajo la sanción establecida por la legislación.

Círculo Rojo no se hace responsable del contenido de la obra y/o de las opiniones que el autor manifieste en ella.

El papel utilizado para imprimir este libro es 100% libre de cloro y por tanto, **ecológico**.

*in memoriam*

**Dr. Gonzalo Morandé Lavin**  
**(1944-2020)**

*El silencio de la peste  
entorpeció tu duelo.  
Un hospital huérfano,  
las niñas cuidan tu vuelo.  
Nosotros, la memoria del maestro.*





*«Mata el sueño, el sueño inocente, el sueño que devana una maraña de desvelos, el morir de la vida diaria, baño de fatigas, bálsamo de almas laceradas, plato fuerte de la gran naturaleza, sustento mayor del festín de la vida»*

WILLIAM SHAKESPEARE (1623): «MACBETH»

*«A todo lo profundo le gustan las máscaras... todo espíritu profundo necesita una máscara. Diré mas: en torno de todo espíritu profundo crece y se expande constantemente una máscara»*

FRIEDRICH NIETZSCHE (1886): «MÁS ALLÁ DEL BIEN Y DEL MAL»



# AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid y sus  
almas



# ÍNDICE:

AGRADECIMIENTOS.....	11
Prólogo.....	15
1. Antecedentes.....	19
2. Enfermedad Única y Situación Depresiva Básica .....	27
3. Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO) .....	37
4. Esquema del cono invertido.....	51
5. Teoría de la Técnica.....	63
6. El proceso grupal .....	67
7. Factores Terapéuticos .....	73
8. Psicopatología y Psicoterapia en Niños y Adolescentes.....	77
9. Tratamiento grupal de los trastornos psicósomáticos.....	83
10. Concepto, objeto y método del tratamiento .....	89
11. El Equipo Interdisciplinario .....	97
12. Anorexia, Bulimia y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	101
13. El grupo operativo en casa .....	123
Referencias Bibliográficas .....	131
Epílogo .....	145
«Anorexia» .....	147
Acerca del autor.....	153



## Prólogo

Este libro representa una síntesis de mi trabajo teórico y clínico durante los últimos 45 años de ejercicio profesional. Está basado en una teoría y un método (*grupo operativo*) creado por Enrique Pichón-Rivière (1907-1977), progresivamente ampliado y desarrollado por sus discípulos, algunos también fueron mis maestros, y en el que intento aportar mi propia perspectiva y forma de utilizarlo en la intervención clínica, fundamentalmente con anorexia y bulimia, y como continuidad y referencia.

Este, es un modelo relativamente sencillo de comprensión sobre cómo se generan los sentimientos, la naturaleza psicológica del hombre, y la forma de construcción del funcionamiento psicológico. Parte de la hipótesis de un núcleo patogenético central y universal, sus postulados surgen de la práctica de la psicoterapia y desembocan en métodos terapéuticos consecuentes con evidencia clínica.

Mi biografía, el interés por la antropología y el impulso a la investigación sobre la naturaleza del drama humano, me llevaron a la literatura, al teatro, el psicoanálisis y el psicodrama, y a ensayar en la pedagogía teatral de creación colectiva espontánea con niños. Este camino fue convergiendo en la psicología clínica, en la dinámica de grupos aplicada y en la psicología Institucional.

En la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (1974-1976), era una época de cambio utópico que terminó siendo trágico. Junto con los profesores José Carlos Rosenthal y Claudio Bermann se creó la cátedra de «Dinámica de grupos y psicología institucional» (oscuramente disuelta en 1976), que tenía la pretensión, además de la docencia curricular, cambiar el sistema pedagógico introductorio a la Facultad de Filosofía y Humanidades potenciando el sistema grupal de aprendizaje operativo. Allí y con ellos, como jefe de trabajos prácticos, comenzó mi formación específica en esta especialidad. Luego, se continuaría en España e Italia con Nicolás y Antonio Caparrós, Armando Bauleo, Hernán Kesselman, Eduardo Pavlosky, Emilio Rodrigué, las supervisiones con Marta Lázaro y Nicolás Espiro, y mi psicoanálisis paralelo con Elba Izarduy y Jaime Szpilka.

Poder ser Becario del Plan Nacional de Investigación de España y de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, me permitieron seguir estudiando sistemas macro grupales, en este caso en las formas de tratamiento colectivo de las adicciones en un estudio de campo del sistema socio sanitario italiano, y en formación con el Dr. Armando Bauleo; posteriormente, bajo la dirección del Dr. Antonio Vela Bueno (UAM), pude aplicar lo aprendido coordinando un protocolo de tratamiento para adicciones en el *Massachusetts Institute de Madrid*.

Tuve una trayectoria contradictoria en el Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid; me aportó el grato recuerdo del trabajo con mis alumnos, la plataforma para seguir formándome, el triste mérito de «ayudante histórico», mi doctorado, el honor de haber sido miembro del Claustro, y el amargo recuerdo de un concurso público espurio en litigio supremo.



Sintiéndome exonerado, seguí con mi trabajo clínico en la salud mental pública. Al comienzo con adultos tratados grupalmente (SSM Goya), y en los últimos veinte años en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, con niños, adolescentes y jóvenes en interconsulta, intervención en crisis, atención temprana, psicooncología, diabetes, y en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En ese querido Hospital, donde se ama a los niños, con compañeros amigos y nuestro querido maestro Gonzalo Morandé Lavin († 2020), encontré la urdimbre afectiva necesaria y suficiente.

En este libro, expongo la teoría de la enfermedad única, fundamento de la técnica de grupos operativos y de la psicoterapia tal como las he interpretado, aplicado y desarrollado en mi práctica clínica profesional.

A lo largo de estos años, he ido adaptando el modelo para adecuarlo a diferentes contextos y poblaciones, siempre con la premisa, de dar la respuesta más eficaz posible a las diferentes demandas asistenciales y en la posición de aceptación plena, sin prejuicios del sujeto al que se escucha y trata.

Creo que es la actitud de respeto que los profesionales siempre deberíamos tener ante el sufrimiento emocional, la angustia, y la melancolía denominadores comunes profundos de la anorexia. Es una de tantas enseñanzas de los adolescentes que me llevo de los últimos años de experiencia con trastornos de la conducta alimentaria.



## 1. Antecedentes

El vocablo «grupo» de etimología incierta, está descrito como sinónimo de nudo en su génesis latina, y solo adquiere sentido científico social a comienzos del siglo XVIII, época en la cual se lo utiliza con la función de representar conjuntos sociales de tamaño y estructura variadas. El rasgo común de estos conjuntos, aún hoy, consiste en una pluralidad de individuos que establecen un nexo entre sí y que, en su totalidad, se expresa como solidaridad (implícita o explícita) de diversa magnitud e intensidad, y se asocia a la idea de ‘fuerza’; toda vez, que la expresión «agruparse», denota la intencionalidad de reforzamiento mutuo ante factores provenientes del entorno vividos como extraños, ya sea organizándose para el ataque o para la defensa y en la táctica de interacción obligada por el ecosistema.

La interacción en función de una tarea, produce distintas fuerzas naturales del grupo que determinan reacciones paradójicas en los individuos; por una parte, brindan un sentimiento de seguridad, y por la otra, despiertan la vivencia de amenaza de desposesión de la identidad individual. Este fenómeno universal se expresa mediante posiciones contradictorias, por ejemplo, la conducta de acercamiento, alejamiento o evitación entre otras alternantes.

La génesis del grupo está en relación directa con el proceso de hominización, se puede considerar un organismo social que

se modifica permanentemente en su orden y en función de las orientaciones que vayan tomando sus necesidades. Esta forma de articulación está íntimamente ligado al sistema de interacción simbólica el vehículo del intercambio.

La utilización y desarrollo del grupo como sistema de tratamiento, fue postulada por Pratt en 1905, quien, mediante la observación de grupos espontáneos de pacientes tuberculosos, se percató que los mismos establecían lazos emocionales reconfortantes que podían ser utilizados en el tratamiento. Utilizaba el sistema de clases colectivas con posterior discusión grupal del tema.

Esta dinámica conllevaba el establecimiento de un escalafón jerárquico implícito que todos conocían y respetaban. Esta técnica estaba fundada sobre el presupuesto implícito de la seguridad que otorga la aprobación de el líder del tratamiento, y de la relación inconsciente con la autoestima, la competencia y la rivalidad.

Más tardíamente Chapel introduce la técnica con pacientes que padecían úlcera gastroduodenal, basándose en el control de las preocupaciones y su desplazamiento hacia temas menos angustiantes, valiéndose entre otros medios de la prohibición de discutir sus síntomas con los familiares y amigos, libertad de alimentación cuando el paciente está libre de angustia, la sugestión inducida y la autosugestión.

Los descubrimientos freudianos revolucionaron la concepción del hombre y dieron una hipótesis explicativa del fenómeno grupal en su génesis y dinámica interna. Dos procesos fundamentales operan en la constitución de lo que Freud denominó «grupos artificiales»: identificación por introyección y reemplazo del ideal del yo por un objeto.

El psicoanálisis aporta una perspectiva psicodinámica de las formas y cambios de los mecanismos psicológicos del agrupamiento en los pasajes de un tipo a otro de horda. El concepto de aparato psíquico, ofrece una explicación para su tipología dicotómica de «grupos espontáneos» y «grupos organizados» siendo, en sentido estricto, un auténtico iniciador de la psicología social contemporánea construida a través de la descripción de la interacción sujeto-sociedad.

La integración del «otro» en la vida anímica individual («como modelo, objeto auxiliar o adversario») demuestra, según Freud, la falsa oposición entre psicología individual y psicología social; todas las relaciones del individuo con las personas objetos de amor pueden aspirar a ser fenómenos sociales:

«... al hablar de psicología social o colectiva se suele prescindir de estas relaciones tomando solamente como objeto de la investigación la influencia simultánea ejercida sobre el individuo por un gran número de personas a las que le une ciertos lazos ... el instinto social no es instinto primario e irreductible y los comienzos de su formación pueden ser hallados en círculos mas limitados, por ejemplo, la familia». (Freud, S.: «Psicología de las masas y análisis del yo», 1921).

La perspectiva histórica de esta concepción de la psicología social, puede encontrarse en orientaciones biológicas afines a las de Darwin y Spencer, como la de McDougal (1907), que plantea aspectos dinámicos que subyacen en la vida del individuo en sociedad proponiendo un modelo teleológico de la conducta humana: el hombre siempre se plantea como finalidad, metas a realizar. Herencia e influencia, genoma y medio, el proceso psíquico teleológico y el físico mecanicista en interacción.

Contemporáneo y en contraste con este enfoque, E. Ross (1907), elabora una psicología social dentro del espíritu de las

ideas de Durkheim (papel de las fuerzas sociales como determinantes de la conducta humana), Tarde (papel de la imitación en la dinámica social), y Le Bon (masas irracionales y sugestionables con necesidad de elites dirigentes).

Así, vemos como en los propios comienzos de la psicología social, nos encontramos con la polémica que representa la perspectiva de dos marcos referenciales diferentes; por una parte, la corriente positivista francesa que hace una lectura de la sociedad y la organización, y por otra, el empirismo naturalista angloamericano, que centra su atención en el individuo. Esta oposición pudo vislumbrarse en Mc Dougall y F. Allport; el primero, sostiene para los grupos una existencia inabordable desde la psicología individual, por contener roles diferenciados en función del trabajo, y un sistema de valores y normas con estructura de status; el segundo representa la idea de que solo los individuos son reales, y que nada puede encontrarse en un grupo que no esté de manera previa en la mente de cada integrante.

Como generalmente ocurre los falsos dilemas no pueden llegar a estructurarse como problema por la aparición de «obstáculos epistemofilicos», es decir, la unión de dificultades cognoscitivas con implicaciones emocionales (ansiedades básicas primarias) que impiden la convergencia y la síntesis superadora. Cada hipótesis representa una de la doble dirección de este problema: de lo plural a lo singular, y de lo singular a lo plural. Este dilema, encuentra su resolución en la noción de vínculo que nos permite una lectura integrada y jerárquica de los distintos sistemas (vínculo-grupo-institución-mundo externo).

Las características de los grupos, en contraposición a las características de los individuos, cambian la concepción del papel desempeñado por la sociedad como factor determinante de la

conducta del sujeto. El desarrollo de la antropología cultural y relativista, ejercieron un poderoso efecto en la psicología social al reforzar la posición que da importancia a los determinantes culturales de la conducta humana. De ella, derivara el punto de vista transcultural, que esta sirviendo para la elaboración de un modelo adecuado, completo y coherente, para la comprensión y explicación de la conducta del hombre.

El modelo mas vigente en psicología social incluye la doble socialización humana; esta doble dirección intenta mostrar al sujeto como hecho social, porque su conducta implica la interacción y al hombre como ser social. Su forma de responder esta influida por las experiencias sociales aprendidas, acumuladas y transmitidas por vía institucional en forma de cultura, e internalizadas por el sujeto a través del aprendizaje social.

Los aportes de Lewin, que integramos en nuestro marco referencial, se desarrollan sobre la base de considerar a la conducta como consecuencia de una totalidad de factores coexistentes que tienen el carácter de campo dinámico, en el sentido que el estado de cualquier parte del campo depende de las otras partes. La conducta es función de la persona y su medio, siendo el estado de la persona y su medio interdependientes expresado en la fórmula:  $C = f(P.M)$ .

Elabora el principio de contemporaneidad, que establece que cualquier conducta o cualquier otro cambio en el campo psicológico, depende solamente del campo psicológico «en ese momento». Una situación en un momento dado no se refiere a un momento sin extensión temporal, sino a un cierto periodo. El hecho de determinar propiedades de una situación ( $S_t$ ) probándolas en ese tiempo ( $t$ ), evitando las incertidumbres de las conclusiones históricas (anamnesis). Para describir la dirección y la velocidad

de un cambio que se produce en un momento dado, es necesario referirse a un determinado periodo de acontecimientos, pero un diferencial de tiempo no es suficiente para esa determinación.

Paralelamente a estos desarrollos teóricos ligados a la psicología de la Gestalt, Jacobo Moreno crea la técnica de psicodrama, inspirada en modelos ancestrales y basada en una concepción que va más allá de lo estrictamente individual. Da lugar a una ecología humana y ambiental, al relato verbal y a la puntualización corporal del conflicto, proporcionando un espacio y un tiempo para su comprensión. El paciente es considerado como un «actor central» que recrea su propio drama, apareciendo aquí los conceptos de espontaneidad y dramatismo como ejes de su psicoterapia. El grupo es considerado una unidad interviniente en la acción.

En el camino de esta búsqueda se desarrollarán conceptos más vinculados a la observación y experimentación, que hacen de la interdependencia una base sólida desde la que desarrollarán otros conceptos dinámicos. Esta técnica, a posteriori, se verá enriquecida con la integración del modelo psicoanalítico.

Moreno, propone un modelo teórico al que da el nombre de «sociometría» y que se centra en el «átomo social», «... núcleo formado por las relaciones de atracción y repulsión en torno al individuo, constituido por una red de cadenas interrelacionales motivadas por corrientes afectivas llamadas tele». La representación psico dramática tiene como fin liberar la espontaneidad del sujeto en el que se acumulan los estereotipos sociales que Moreno designa con el nombre de «conservas culturales».

Las tres corrientes fundamentales: psicodrama, dinámica de grupo y psicoterapia de grupo, han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo reduciendo, cada vez más, las fronteras existen-



tes entre sus concepciones, haciéndose eco de lo que puede llegar a ser realidad en las palabras de William James: «Las novedades empiezan a ser rechazadas como simplezas, en una segunda etapa, se dice de ellas que son evidentes y triviales; hasta que, en el tercer estadio, sus detractores aseguran que las descubrieron ellos».

A medida que avanza el desarrollo epistemológico convergente de los marcos referenciales, la psicoterapia de grupo y la pedagogía mediante el grupo tienden a integrarse, debido en parte a los nuevos aportes técnicos, así como al creciente interés demostrado por psiquiatras y psicólogos abocados al cambio sistémico.

La teoría de los sistemas, de la comunicación y la psicoterapia familiar e institucional, han supuesto la utilización del modelo de los sistemas naturales a los métodos de grupo, superando de esta manera el concepto de grupo en experiencias restringidas. La superación de este obstáculo implica profundas consecuencias y la flexibilización de valores simbólicos arraigados a la estructura social. En una línea que intenta contribuir sobre este fenómeno ha sido desarrollado este libro.

En la historia de los métodos de grupo de orientación psicoanalítica, lo mismo que en el contexto de la psicología social, se pueden distinguir dos alternativas o hipótesis de trabajo: la psicoterapia analítica «del» grupo, y la psicoterapia analítica «en» grupo. En la primera, el grupo es tratado cualitativamente como un todo, y la segunda se centra en el tratamiento analítico de cada uno de los miembros en un marco grupal.

Estas formas antitéticas de acercamiento, convergen en una tercera perspectiva: la de combinar las dos dimensiones mediante la intersección sujeto-grupo (horizontalidad-verticalidad).

En nuestro caso, las intervenciones están dirigidas a dos niveles: la lectura e interpretación histórica, que apunta a la biografía del sujeto y el grupo, o diacrónica, y la observación estructural, interpretación en el aquí y ahora, en función de los roles y la tarea, o lectura sincrónica.

## 2. Enfermedad Única y Situación Depresiva Básica

La teoría de la enfermedad única según el concepto original de Enrique Pichón-Rivière (1971), es el modelo teórico que fundamenta el método de los Grupos Operativos. En «Una nueva problemática para la psiquiatría», conceptualiza un núcleo básico subyacente (núcleo patogenético central existencial) de naturaleza depresiva, como fundamento de toda conducta patológica y que, a la vez, es el referente axial teórico e hilo conductor convergente del proceso corrector o de curación.

La melancolía, es el estado que subyace a un sujeto de necesidad, y esta referida en su relación con la depresión y la manía en Hipócrates (siglo. V a. C.), Galeno (s. I a. C.) y Areteo de Capadocia (siglo I d. C.). La distinción clínica entre melancolía y depresión aparece más tardíamente (R. Black More, 1725) con el tratamiento de trastornos histéricos e hipocondríacos. Otros autores en los siglos XIX, XX y hasta la actualidad, han continuado en el desarrollo de un nuevo paradigma, la idea de que la locura no es una entidad nosológica, sino formas, síndromes con transición, tantas locuras como factores etiológicos, tantas enfermedades como rostros humanos.

Bartolomé Llopis (1905-1966), es el referente inmediato más importante y representante en España de este pensamiento; él,

subraya que el maestro de Capadocia sugirió una forma fundamental de locura («la melancolía») de la cual derivaban todas las otras. Llopis establece una teoría: «la psicosis única», que cuestiona la clasificación psicopatológica en uso en base a su investigación diacrónica.

El estudio de la «enfermedad del hambre», las consecuencias de la desnutrición prolongada provocada por la guerra, el sitio de Madrid y la postguerra: la pelagra (enfermedad carencial prevalente vinculada a la alimentación) y sus manifestaciones psicopatológicas observadas longitudinalmente, llevaron a reconocer al Dr. Carlos Jiménez Díaz en 1940 que: «además de la carencia influyen factores ambientales ... el temor y la desesperación...».

Para Llopis, los síntomas psíquicos solo representan posibilidades de reacción preexistentes (una disposición), y se ponen de manifiesto por diversas causas. Desde mi perspectiva, pueden considerarse una respuesta no tramitada de manera simbólica a las agresiones o injurias sobre el narcisismo y la identidad. Las neurosis son consideradas como síndrome del contenido de la conciencia, estados afectivos con un núcleo de angustia.

La teoría de la psicosis única o unitaria (el síndrome axil común), se puede aplicar a cualquier manifestación clínica del psiquismo. Como destacan Rojas-Malpica y colaboradores (2012), en su revisión de la psicosis única: «... Los teóricos que estudian las relaciones entre caos y salud proponen, al contrario de lo que se ha venido pensando hasta ahora, que la salud tiene un alto ingrediente de incertidumbre, de la misma manera que una ausencia de variabilidad y caos fisiológico y comportamental conduce a una mineralización de las posibilidades de existir, tal y como ocurre en la mayoría de los trastornos mentales».

La teoría de la enfermedad única, tiene su correlato con la neurosis común a todos los humanos, y es inherente a la función simbólica, a la cultura y a los sentimientos de culpa. Podríamos decir, que es la convergencia psicopatológica del sufrimiento psíquico y emocional común a los humanos, la herida que queda entre naturaleza y cultura, de la cual surgen las actitudes vitales y las conductas posibles.

Decir también que los conceptos de falta, pérdida, depresión y necesidad surgen del vacío de la conciencia de si mismo y de la evolución natural que desemboca en la función simbólica, en religión y cultura.

Tanto la depresión puerperal en la mujer, como la «depresión anaclítica» en el niño, son modelos paradigmáticos de separación primaria en las que inciden factores físicos y emocionales. La privación social ya fue supuesta como hipótesis por Jean Jacques Rousseau (1712-1778) y la privación afectiva primaria o «depresión anaclítica» fue descrita por René Spitz (1945), como consecuencia de la separación precoz madre-hijo durante un tiempo prolongado. Esta carencia, deja diversas secuelas como la dificultad para entablar contactos afectivos estables y es análoga al síndrome de hospitalismo: pérdida de la expresión mímica y de la sonrisa, mutismo, anorexia, insomnio, pérdida de peso y retraso psicomotor.

El apego tiene una importancia fundamental para la supervivencia del bebe (Bowlby, 1969), nacemos con una propensión a apegarnos por una condición innata que favorece la vinculación con otros seres humanos. En el caso de la privación, este tipo de estrategia adaptativa queda vulnerada en detrimento de la «confianza básica» descrita por Ericsson (1980).

También la depresión reactiva sostenida, muy frecuente desde el punto de vista de la incidencia y de la psicoterapia de sujetos jóvenes psicológicamente sanos, es un trastorno adaptativo natural que se produce como respuesta a un acontecimiento negativo vinculado a la supuesta frustración de las expectativas de los padres, vivencia de pérdida (real, fantaseada o de la omnipotencia) y puede cursar sin que los demás necesariamente la perciban (depresión subclínica). Suele ser el estado previo de una manifestación clínica evidente de otra enfermedad, como ocurre en los pródromos de la anorexia.

Según mi interpretación desde esta perspectiva terapéutica, la estrategia del abordaje para la modificación de conductas no adaptadas eficazmente a la realidad, debe partir de una evaluación logística con objetivos de logros progresivos a largo plazo, cualitativos y estructurales, y que puedan transformar al sujeto más allá de la improbable «modificación de conducta» clásica. La táctica y la técnica para traspasar la barrera parten, por tanto, de una concepción del psiquismo y de presupuestos epistemológicos y científicos muy diferentes al de los modelos mecanicistas.

Como planteaba Jean Piaget en «Biología y Conocimiento» (1967), la conducta, concebida en términos de intercambios funcionales, supone aspectos afectivos y cognoscitivos interdependientes; cada conducta posee un aspecto energético y afectivo, y un aspecto estructural o cognoscitivo. Todo comportamiento puede ser entendido como una estructura signifiante, y toda conducta no operativa puede ser la resultante de una lectura empobrecida y/o distorsionada de la realidad.

Los síntomas son significantes en todo el proceso de aprendizaje y dan información sobre las posibles perturbaciones afectivas y cognoscitivas del desarrollo, de la interpretación de la realidad

en un momento determinado, del déficit en el circuito comunicacional y de los estilos básicos de apego y vinculación.

Desde este esquema conceptual de grupo operativo y enfermedad única, el paciente pasa a ser considerado como el portavoz de las ansiedades y conflictos de su grupo de referencia primario o grupo familiar. El supuesto enfermo actúa como radar de la subestructura de la cual se está haciendo cargo; su conducta, es la resultante del deterioro de la comunicación, la no comprensión y del fracaso o deterioro en el proceso de aprendizaje de la realidad durante el desarrollo y por causas esencialmente emocionales.

Este punto disposicional o «Depresión del Desarrollo» encripta técnicas instrumentales arcaicas que en su momento fuesen adaptativas, pero en el aquí y ahora no son funcionales, están estereotipadas o desfasadas, y se han puesto automáticamente en marcha con el objetivo de atenuar y controlar los miedos básicos universales de pérdida y ataque. Es hacia este anclaje o disposición donde se promueve el regreso del sujeto a partir de algún factor desencadenante. Las características de este estereotipo condicionarán la fenomenología que presenta: la máscara de la enfermedad o «Posición Patoplástica».

Al igual que en el trabajo inconsciente del sueño, el psiquismo recrea, mediante mecanismos defensivos, proyecciones, desplazamientos y condensaciones, formaciones sustitutivas, una representación, disfrazada, diferente a la reprimida. Estas formaciones sustitutivas, se expresan en formas adaptadas, como el humor, el sueño, los olvidos, los actos fallidos y los lapsus, y en formas fracasadas, como en la psicopatología.

La represión, intenta el desalojo de una pulsión, idea o deseo irreconciliables con la ética del sujeto, la resistencia actúa en la

postergación y como barrera al recuerdo. Son mecanismos adaptativos naturales que «protegen» al sujeto impidiéndole el acceso a la memoria consciente, se mantiene así un estado de *status quo*, un equilibrio inestable que se opone a los recuerdos traumáticos reprimidos. Por el contrario, la sublimación es un mecanismo cultural eficaz que permite canalizar el inconsciente y conectarlo a la expresión y satisfacción estética en cualquiera de sus formas. Requiere un trabajo psíquico superior donde, una vez cancelada la inhibición creativa, puede permitir bordear la depresión, oscilar en el vacío transformando la herida del ser.

La observación e indagación de la fenomenología de la enfermedad mental, nos tiene que llevar a considerar los factores constitucionales (genéticos y precozmente adquiridos), el impacto en el grupo familiar (*locus*) y el aprendizaje adaptativo evolutivo (formas sostenidas en el tiempo), para poder alcanzar una comprensión de la conducta humana como totalidad holística en evolución dialéctica.

Detrás de los signos de sufrimiento que muestra un sujeto «enfermo», subyace una situación de conflicto, ante la cual la patología ha surgido como intento fallido de resolución. A esta situación de conflicto, siguiendo a Pichón-Rivière y sus discípulos, la denominamos Situación Depresiva Básica, latente básico universal que se repite de forma constante y dialéctica, inscribiendo los hitos evolutivos del desarrollo humano.

Las formas de aprender y lo permanente de su proceso son consecuencia de situaciones vitales donde estuvo presente un monto de necesidad no satisfecha o frustrada, lo cual es vivido por el sujeto como pérdida (real, fantaseada o de la omnipotencia), y con ella sus sentimientos vitales correlativos: la impotencia, la depresión y la rabia.



Estas experiencias van desde un prototipo simbólico de pérdida de la simbiosis originaria (Protodepresión), pasando por pérdidas de vínculos significativos, y llegando a pérdidas fantaseadas en relación con el sentimiento de omnipotencia, expresado en el complejo circuito que da lugar a la situación triangular primigenia (Depresión del Desarrollo). En esta situación triangular vital, se ponen en marcha sentimientos inconscientes contradictorios de amor, abandono, rivalidad y celos, fantasmas del psiquismo infantil que dan lugar al dolor emocional no procesado y a la disposición.

Estos sentimientos y la manera de intentar resolverlos, determinarán un estilo o patrón de comunicarse y vincularse y, serán a su vez, la fuente de la patología neurótica, demarcando un modelo por antonomasia de futuras depresiones del desarrollo, es decir de una infraestructura de aprendizaje inconsciente y condicionante.

Quizás sea menester recordar aquí el concepto de triangularidad aplicado a los vínculos humanos. Una relación que es bicorporal en lo manifiesto, pero tripersonal en lo latente, ya que todo vínculo implica una presencia, un fantasma, de y en los otros, el tercero excluido. Simplemente, todas las diferencias personales y sus representaciones, son planos que se intersectan, en la proyección del deseo sobre el otro, pero las historias personales previas no se fusionan y por tanto no siempre se comunican en un sentido de plenitud ideal, mas bien se intersectan.

Toda Situación Depresiva Básica actual, hace eclosión a partir de una Depresión Desencadenante que consueña con las depresiones inscritas en el desarrollo, un «falso enlace» automático e inconsciente con la memoria emocional y que da lugar al resurgimiento de sentimientos primarios. Son estereotipos actuados

en lo fenoménico como técnicas no instrumentales; esto es, la equivalencia con la neurosis de repetición.

Hasta aquí, hago referencia a trabajos previos<sup>1</sup>, que sintetizo, para destacar un denominador común o «enfermedad única» como lectura, estrategia e hilo conductor del proceso terapéutico. Este supuesto es generalizador, pero operativo para la delimitación del grupo como conjunto con un sentido y como espacio terapéutico, independientemente de la nosografía, el síndrome o máscara particular de cada sujeto.

Parto de una hipótesis compartida por otros teóricos clínicos, un esquema conceptual de referencia (ECRO), para analizar las diferentes formas de violencia emocional, o vividas como tales, y que quedaron aparentemente fosilizadas en el dolor, reprimidas y susceptibles de retorno, transformarse en pisco patógenas. Estos vínculos patogenéticos son reproducibles en el espacio grupal como forma de abordaje o puesta en acción de escenas co-

---

1

- El Concepto de la Necesidad en la teoría de la Enfermedad Única. E. Paolini. Revista Clínica y Análisis Grupal. Nº 2. Madrid 1977.
- Vínculo, depresión y Duelo en la teoría de la Enfermedad Única. E. Paolini. Revista Clínica y análisis Grupal. Nº 8. Madrid 1978.
- Consideraciones sobre lo Normal y lo patológico en la concepción dialéctica vincular. E. Paolini. Revista Clínica y análisis Grupal. Nº 13. Madrid 1978 (El Grupo como agente generador y corrector).
- La Psicopatología entendida desde el vínculo: procesos fundantes de la Personalidad Normal y Patológica. E. Paolini. Revista Clínica y Análisis Grupal. Nº 16. Madrid 1979.
- Psicopatología Única. Revista Synthesis. Rassegna quadrimestrale di Psicologia e Psicoterapia, Año IX / X, Nº 20-21. Piovon Editore. Padova; Mayo / diciembre, 1990. Páginas: 25-30.
- Depresión síntoma versus depresión síndrome en el niño y el adolescente. Clínica y Análisis Grupal. Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Grupo. Vol.27 (1), Nº 94, Enero / Junio, 2005. Páginas: 055-063.

rrectoras, primeros pasos que posibilitan la aparición de secuelas arrinconadas y latentes que dan lugar en lo actual al sufrimiento neurótico, que es en definitiva un sufrimiento infantil.

Considero a la psicopatología desde la matriz de la enfermedad única, para en un segundo momento analizar las estrategias psicoterapéuticas concretas para cada una de las formas patológicas posibles a partir de la Posición Patoplástica (expresión psicosomática o psicopatológica).



### 3. Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO)

La conducta humana puede ser leída en distintos niveles de análisis y áreas predominantes de expresión tanto en la vida cotidiana, como durante el proceso de psicoterapia. La intervención del terapeuta tiene que ser simultánea y correlativa a la dialéctica del devenir grupal y, por lo tanto, el nivel de intervención no puede tener fronteras claras previsibles. Se trata de acompañar la propia dinámica de la manifestación humana en este escenario, un tipo de grupo especial de pertenencia que generó la voluntad de tratamiento y que constituye el grupo de psicoterapia.

Como primer intento de discriminación de una realidad, que siempre será más compleja, planteo tres formas de análisis y abordaje del sujeto, tanto en su psicodinámica, y expresión fenoménica preponderante (mente, cuerpo o mundo externo), la situación vital que coyunturalmente atraviesa y la intersección con la cualidad que emerge del conjunto grupal.

El modelo referencial teórico, en la «Situación Depresiva Básica» (SDB), será el hilo conductor sobre el cual se asienten las tres formas de análisis, cada una referida a aspectos distintos de esta situación. La tarea de indagación de la conducta estará relacionada con la creación de espacios y situaciones que la provocan y nos

permitan analizarla a través de la formulación de hipótesis operativas, la confrontación de las mismas y, por ende, la explicación corroborada, es decir, las hipótesis de interpretación y sus efectos operacionales, mas que su veracidad.

Expongo de manera esquemática, la teoría de la enfermedad única de Pichón Rivière, en base a cuatro principios y dos conceptos fundamentales para la técnica de grupos operativos:

1. Policausalidad (series complementarias):
  - 1.1 Factores hereditarios (genéticos y constitucionales)
  - 1.2 Factores precozmente adquiridos y del desarrollo temprano
  - 1.3 Impacto en el grupo familiar, el deseo, el nombre, el lugar (*locus*) ...
  
2. Pluralidad fenoménica, predominio de expresión del *self* por áreas de expresión:
  - 2.1 Mente
  - 2.2 Cuerpo
  - 2.3 Mundo Externo
  
3. Continuidad genético funcional (esquema de las 5D):
  - 3.1 Protodepresión, la separación primaria.
  - 3.2 Depresión del Desarrollo, vivencias traumáticas en la infancia.
  - 3.3 Depresión Desencadenante, el enlace a la disposición.
  - 3.4 Depresión Regresional, retorno a lo arcaico disposicional
  - 3.5 Depresión Iatrogénica o de la cura, la ruptura de los mecanismos de escisión, la aceptación, la «depresión de la cura» (integración yo-objeto-vínculo).

4. Movilidad e interacción de las estructuras en el tiempo, referido a las posiciones, que el sujeto toma en el intento de resolución espontánea de las ansiedades básicas y su rastro emocional y psíquico.

4.1 Posición Patorrítmica, regulación de los tiempos y alternancia rítmica o cíclica de las manifestaciones clínicas.

4.2 Posición Instrumental o adaptación activa a la realidad.

4.3 Posición Patoplástica, las formas que toma la expresión de la enfermedad según épocas, moda o culturas.

4.4 Posición Patogenética, momento de paralización de las técnicas defensivas o instrumentales.

5.

5.1 Vínculo (relación sujeto-objeto-tercero excluido)

5.2 Rol, basado en la interdependencia de las 3D: los depositantes, el depositario y lo depositado

5.3 Portavoz, asume el rol de interprete y verbaliza al conjunto,

5.4 Chivo expiatorio, puede ser el sujeto designado como problema del grupo y en el que se deposita la impotencia del conjunto.

6. Situación triangular: noción de «vínculo a cuatro vías» en estado de divalencia (objeto gratificante o frustrante), y de ambivalencia (escindido en bueno y malo), no disociado. Frustración y agresión como par indisociable.

## Niveles de análisis y áreas de expresión fenoménica

Encuentro que el principio de pluralidad fenoménica planteado, y desarrollado por José Bleger (1963), es un modelo sencillo de entender la personalidad y la psicopatología como una Gestalt, pero según la expresión predominante que cada sujeto tiene en la manifestación de su personalidad y sus malestares: mente, cuerpo, mundo externo (dimensiones del *self*).<sup>2</sup>



*Áreas de expresión fenoménica*

Para Bleger, todas las manifestaciones del ser humano, psíquicas o somáticas son conductas integradas por la personalidad en el contexto social. Tienen un aspecto funcional, se generan como respuesta reguladora ante la tensión para mantener el equilibrio y la homeostasis.

---

<sup>2</sup> Áreas de expresión fenoménica



Es una unidad con consistencia interna con aspectos ambivalentes y contradictorios en una dinámica cambiante. Se expresa en tres áreas coexistentes: mente, cuerpo y mundo externo, con predominio de alguna de ellas y pueden ser alternantes o sucesivas:

1- Mente: terrores nocturnos, ideaciones autorreferenciales, bucles obsesivos, pensamientos delirantes, ansiedad y pánico ...

2- Cuerpo: angustia corporal, trastornos psicósomáticos, gastrointestinales, taquicardias, rubor ...

3- Mundo externo: evitación, fobias, síndrome de Diógenes, impulsividad, psicopatías ...

Por mi parte, desgloso los modelos de intervención en tres formas de lectura según su expresión en el campo de estudio, pero entrelazados con tres niveles de análisis y profundización en etapas sucesivas.

1. El primer nivel, intenta dar explicación de aquellos aspectos manifiestos de la conducta externa (área 3), la indagación fenoménica. Esto significa el análisis de las situaciones actuales y de las depresiones desencadenantes implícitas en ellas y que se manifiestan en conductas y hechos objetivables.

El análisis de la situación actual consiste en intentar revelar los latentes que obstaculizan el cambio propuesto y de los generados por el propio proceso, es decir, un trabajo centrado en la concienciación de la utilización que hace el paciente de sus métodos estereotipados. En este tipo de lectura se centra el grupo operativo de aprendizaje, la intervención en crisis y la psicoterapia de apoyo.

Desde este encuadre, el trabajo del terapeuta consistirá en el análisis de los latentes universales centrados en el miedo a la pérdida y el miedo al ataque que están presentes en todo momento

de cambio y que conforman el estereotipo de resistencia al mismo y el obstáculo epistemológico para su aprehensión. En este caso, nuestro hilo conductor será en el análisis de las situaciones depresivas actuales y sus aspectos fenomenológicos, y desencadenantes. También puede ocurrir, que sean situaciones anticipadas en la propia construcción novelada que tiene cada sujeto, pero que se puede prever en conjunto como anticipación objetiva en el caso que hubiesen ocurrido, mediante la psicoterapia de apoyo, grupos de contención o intervención en crisis.

2. Explicación de los procesos psicosomáticos que dan lugar a un síndrome específico y no otros (área 2, cuerpo).

A diferencia del anterior, aquí se trabaja sobre la anosognosia, es decir la ausencia de conciencia sobre el mal notorio que padece, que es un signo en anorexias mortíferas. Intentamos la elaboración verbal o psicodramática de los procesos internos inconscientes por los que se atraviesa en una depresión potenciada por el síndrome de anorexia-caquexia, sin necesidad de recurrir en este momento, al análisis de factores relacionados con traumas del desarrollo, aunque sí de situaciones triangulares actuales que puedan evocarlas y más sencillas de comprender para el paciente y que nos pueden permitir un acceso para revertir procesos acelerados de descompensación.

Se trata de explorar en conjunto e intentar dar explicación a contenidos y formas no lógicas, mentalizar los estereotipos instrumentales que históricamente se han ido repitiendo en el sujeto y que en la actualidad aparecen como «síntomas hechos cuerpo». Estos nudos, que pueden localizarse en la función de tragar, la repulsión, la náusea, el ataque de ansiedad, el pánico o la bola de angustia, son distorsiones resultantes de la no salida, del fracaso de la función simbólica durante el desarrollo de los vínculos fun-

dantes biográficos. Debido a ello, el individuo tiene aspectos de su personalidad rígidos, enganchados al pasado e inmaduros que le impiden la incorporación de nuevas formas para lograr una adaptación activa a la realidad actual.

Este nivel de lectura es el idóneo en el grupo terapéutico abocado a los trastornos de la conducta alimentaria y adicciones, ya que, por su propia estructura y encuadre, además de aportar sobre la etiología y ofrecer un espacio de lectura sobre el inconsciente, permite también la toma de conciencia e insight de las formas que el sujeto tiene de utilizar sus propios mecanismos no funcionales y de los circuitos intrapsíquicos adquiridos que lo traban en la actualidad y así poder modificarlos dotándoles plasticidad y sentido.

En este encuadre, como en toda la psicoterapia en general, existe el riesgo que conlleva la intervención «silvestre» y/o «salvaje» con experiencias intensivas breves sin una continuidad temporal que permita procesar los contenidos más angustiantes. La psicoterapia, como el aprendizaje en general, no es un acto, sino un proceso en el que debemos ayudar al paciente a encontrar la manera de atenuar la angustia que entra en funcionamiento ante la remoción de la situación triangular sin la contención y elaboración adecuada. Esto puede requerir un tiempo terapéutico independiente e individual, una metabolización, que no es posible preestablecer de manera precisa y que se puede simultanear con la situación grupal de encuadre semanal.

3. Lectura sistemática de la causalidad, indagación del inconsciente a través de los contenidos, el humor y lo obvio (área 1, mente).

Siguiendo el principio de continuidad genética funcional, encontramos diferentes formas de depresión por separación según

el momento cronológico de aparición y que se diferencian según la cantidad de ansiedad en juego y la plasticidad de las técnicas defensivas del yo. El análisis está centrado en el desarrollo evolutivo del propio sujeto, los cambios actuales inherente a la pubertad y la adolescencia, y en las formas de salida que tuvieron las situaciones traumáticas y triangulares previas. Esta forma de intervención conlleva, en cierto sentido, la reedición de la depresión del desarrollo y, por tanto, la aparición y remoción de contenidos angustiosos en relación con la impotencia, la inhibición y la represión.

El objetivo es desactivar el espolón de carga emocional a los mecanismos estereotipados ligados y que ya no son operativos, remover los obstáculos que impiden la comunicación entre sus sistemas psíquicos (inconsciente, pre consciente y consciente) y, por lo tanto, una reestructuración de todos los mecanismos instrumentales que hasta entonces le fueron relativamente útiles, pero hoy fracasan.

Siguiendo el clásico esquema del cono invertido (ver esquema en el capítulo 4), y como forma de representación espacial de lo expuesto, situamos la causalidad en el vértice, punto desde el cual se desarrollarán los posteriores circuitos de aprendizaje. Las progresivas vueltas de espiral, incluidos sus momentos de cierre, son las formas de integración de lo causal y lo contemporáneo y que dialécticamente va incorporando el sujeto sobre los circuitos previos, lo que dará lugar a una organización lingüística más completa del psiquismo. Esta sería la segunda lectura.

El modelo fenoménico o primera lectura de lo que acontece en la conducta expresada en el mundo exterior, lo podemos representar en la base del cono invertido, círculo mayor cerrado y estancado. Cierre estereotipado que impide la consecución del

proceso de intercambio con el entorno. Al expresarse lo sintomático, nos permite el acceso a los dos niveles más profundos que le siguen.

He de destacar que el proceso puede ser a la inversa, de lo causal al síntoma, aunque no siempre sea posible por haber diagnósticos de situaciones vitales que lo impidan (depresión anaclítica, anosognosia, altos niveles de angustia, sintomatología esclerosada, dificultades cognoscitivas, beneficios secundarios, etc.).

A continuación, daré algunos ejemplos emergentes para explicar las áreas predominantes y los niveles de análisis planteados:

Ejemplo 1. Conducta externa. Paso al acto (*acting out*): abandono de una sesión de grupo.

a) Este acto, leído desde lo manifiesto, es interpretable como una convalidación de la resistencia al cambio, latente universal. El miedo al ataque se transforma en movimiento al no poseer técnicas válidas para hacerse cargo de la situación, se genera incertidumbre, y ante la angustia provocada por la vivencia de amenaza, se pone en marcha una técnica no instrumental (aunque para él la única posible), que es alejarse del grupo; de esta manera, la huida convalida su miedo a la pérdida y el rechazo del propio grupo referencial.

b) Desde una lectura del sistema, se pueden multiplicar las interpretaciones:

El paciente se aleja porque sin saberlo y por sus características personales, se está haciendo cargo de un aspecto del primer momento grupal que denominamos pre tarea o procrastinación determinada por la intervención de mecanismos disociativos.

El grupo le ha adjudicado todos los contenidos de frustración y paralización al sentir la tarea como inasible; el sujeto, por su biografía, consueña con ese momento, se hace cargo de esos contenidos y los actúa marchándose. Asume de esta manera el rol de «chivo expiatorio» y el grupo representado en la figura del agresor, se queda culpabilizado y en situación de paralización de las técnicas instrumentales.

Esta explicación desde la dinámica grupal, incluye dos aspectos: el de la coyuntura grupal o lectura horizontal (aquí, ahora, conmigo) y el referido a la historia personal y propia patología del sujeto, es decir, una lectura vertical sobre su propia historia.

Desde la indagación terapéutica individual, deberíamos preguntarnos sobre situaciones vinculares de las características señaladas en la historia del paciente, repetición de las mismas, asociaciones sobre la escena, etc. Esto permite al sujeto darse cuenta en este escenario de una conflictiva permanente y repetitiva que se mostró de una particular manera en la relación multipersonal.

c) En la lectura de mayor profundidad individual o causalidad inconsciente, analizamos el hecho del acto de huida (lo obvio), en relación con los mecanismos internos más elementales, menos socializados, que se han estimulado previamente para que lo obvio se produzca.

Estos niveles de indagación tienen una crítica epistemológica clara en el ejemplo que he expuesto; ya que en las líneas sucintas de abordaje he utilizado por lo menos dos niveles de referencia diferentes como son el individual y el grupal, para el análisis del mismo hecho. Creo que el mismo error se puede cometer en la utilización de la técnica en la práctica psicoterapéutica grupal.

En este caso me sirve como plataforma para la explicación otro ejemplo tomado en un mismo nivel de análisis referencial.

Ejemplo2. Área del cuerpo: cefaleas y mareos.

a) En el nivel manifiesto podemos hacer una relación mecánica causal entre factor desencadenante y aparición de los síntomas clínicos. Se indaga en las circunstancias concretas en las que aparece el síntoma intentando determinar cuál es el particular aspecto desencadenante que motiva la técnica no instrumental.

El sujeto ante determinado tipo de factores desencadenantes, que suelen ocurrir cuando no hay salida psicológica a sentimientos y situaciones contradictorios, queda en situación depresiva básica. Esta, provoca el mismo estilo inconsciente de reacción aprendida, en este caso una manifestación psicósomática que denominamos de tal o cual manera, pero que lo preserva de la confrontación con el conflicto mediante la somatización o la evitación. Nuestro objetivo clínico, será la desensibilización ante estas situaciones mediante la verbalización que debe estar destinada al control sintomático. Como alternativa, también existe la posibilidad de la contención afectiva necesaria desde donde el propio sujeto atenúa el monto de los miedos que dieron lugar al estereotipo conversivo.

b) En lo que respecta a la organización psicológica, nos preguntamos sobre el significado simbólico que tiene para el sujeto el dolor y la pérdida de equilibrio, es decir lo que representan estos aspectos y los beneficios y perjuicios secundarios que estos le acarrearán. Lo que observamos es la única conducta posible en ese momento y le aporta el beneficio secundario de la posición regresiva e insegura ante la vida, un beneficio infantil incompleto con

el que se evita hacerse cargo de resoluciones adultas que le generan angustia, aún más que los propios síntomas. En definitiva, un principio que fue adaptativo. de economía psíquica del conflicto.

Deberíamos preguntarnos entonces, ¿desde qué modelo referencial vincular se aprendieron estos síntomas?, para poder plantearle al paciente las hipótesis que podamos formular en conjunto al respecto de los espejos que tuvo en su aprendizaje.

Con el mismo planteamiento se puede dar una explicación libidinal a partir del retraimiento del narcisismo, las pulsiones y la sublimación. Al no ser estos aspectos generalizables, es indispensable el conocimiento de la biografía del sujeto para poder explicar por qué ese o esos síntomas y no otros. Qué tipo de mecanismos internos se han tenido que mover, cuáles han sido los circuitos internos que han actuado y las representaciones que el sujeto tiene de su propio cuerpo, de su esquema corporal relacionado con los vínculos fundantes que le han dado lugar.

c) En la lectura que denomino de la causalidad, el tema es más complejo, no por la etiología en si misma, sino porque significa entrar en un campo tan conflictivo como es el que se plantea entre las distintas escuelas académicas (algunas con profundas diferencias teórico-técnicas en el mejor de los casos) y por los propios estereotipos de cada estilo de trabajo, sin olvidarnos de la propia psicopatología institucional de la psicoterapia.

Desde este esquema conceptual referencial se plantea la causalidad múltiple, donde se incluyen aspectos genéticos, congénitos, el apego y la inserción social que protagonizan los vínculos fundacionales. Es decir, los estilos de aprendizaje y los factores actuales en consonancia con los disposicionales.



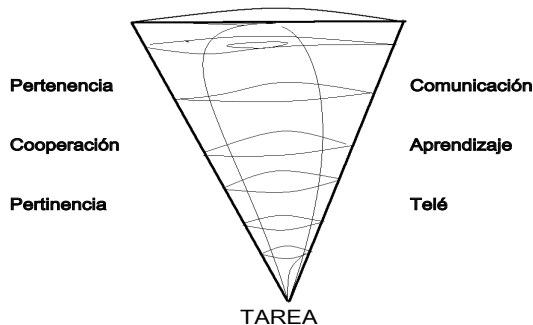
Lo que potencia y posibilita el cambio estructural es el análisis de las experiencias, antiguas y recientes, para poder establecer hipótesis sobre sus fuentes, ya que pueden ser las responsables de habilitar la necesidad de la represión y el desplazamiento de la vida emocional interna: primeras experiencias infantiles, modelos de relaciones afectivas filiales, situación triangular, etc. Desde estos elementos serán comprensibles o no los síntomas ejemplificados. Pero en cualquier caso si el análisis es válido y la función simbólica acompañó adecuadamente y con adherencia el proceso, tiene que producirse un reaprendizaje, un cambio cualitativo en la interpretación de la realidad y de sí mismo; por tanto, los síntomas se vacían de contenido, encuentran otras salidas y tenderán a menguar, transformarse o desaparecer.



## 4. Esquema del cono invertido

La conceptualización de la técnica del Grupo Operativo utiliza la representación gráfica y dinámica de un cono invertido<sup>3</sup> para aludir a la resultante de una serie de parámetros que denominamos vectores (cualidades emergentes del grupo con velocidad, desplazamiento y sentido), y que son un intento de representar un conjunto de fuerzas con una orientación determinada y que están presentes en el agrupamiento humano; éstas, también intentan dar cuenta del funcionamiento y cumplimiento de los objetivos grupales esto es, llevar a cabo la tarea espontánea o previamente convenida y prescrita.

<sup>3</sup> Ilustración 2



Los vectores corresponden a seis denominaciones de funciones significativas para la consecución de la tarea manifiesta del grupo, lo obvio, y para la comprensión de las perturbaciones u obstáculos latentes inherentes a la misma, lo sutil.

Estas fuerzas, observables en cualquier grupo humano avocado a una tarea, se desarrollan con diferente intensidad e intervienen desde un mínimo hasta un máximo; cuando la intensidad es mayor y mejor su desarrollo, mas alto será el nivel de productividad grupal.

Pichón-Rivière observa y describe los siguientes vectores universales:

**1. Afiliación/Pertenencia**, se desarrolla en dos momentos: afiliación y pertenencia propiamente dicha.

**1.1. Afiliación** o identificación con los procesos grupales. Puede ser descrita como la disposición presente en cada sujeto a reunirse en función de una tarea de su elección o agrado. En un primer momento grupal los miembros conservan una cierta distancia entre sí y con la tarea, se sitúan en una posición de observación y expectación hasta que, a través de sucesivos reconocimientos, van alcanzando un grado de mayor afiliación e integración en la tarea, pero funcionando desde y con una actitud individualista. Este vector constituye la etapa previa de la afinidad o primer momento, que una vez consolidado se transforma en pertenencia.

**1.2. Vector Pertenencia.** Cada individuo al vivir en una sociedad compleja pertenece a diversos grupos en los cuales aprende conductas adecuadas al rol que desempeña en ellos; este hecho hace que en los grupos converjan una multiplicidad de roles y que en ellos se ocupen posiciones de manera sucesiva

más que simultánea, ya que disponemos de claves innatas situacionales y discriminativas que favorecen la articulación natural de la estructura.

La pertenencia marca el pasaje del «yo» al «nos-otros» (en la acepción del intercambio simbólico de G. H. Mead, 1934), en donde «nos» incluye al sujeto en pertenencia a diversos grupos y a la diversidad de roles que juega en ellos; por «otros», definimos a los sujetos con los que en esa tarea se interactúa a través de los diversos papeles que representan, aun sin quererlo, cada uno de los miembros del grupo.

La pertenencia habla de un proceso integrativo que hace referencia al «nosotros», la utilización del grupo como referente para la acción con otros a través de un sentimiento de solidaridad y seguridad. Este sentimiento, facilitará la comprensión del desarrollo grupal y de las motivaciones que el grupo tiene en los momentos críticos de disociación, aparente ruptura, enfrentamiento irreductible, situaciones dilemáticas o de paralización que corresponden a un máximo nivel de resistencia al cambio. La pertenencia tendrá un índice que vendrá dado por el grado de configuración e incorporación interna que tiene el sujeto con los que cooperan con él en la realización de una tarea explícita (grupos de trabajo) o implícita (grupo familiar).

**2. Vector Cooperación.** Puede definirse como el aporte que desde el rol hace cada miembro para la consecución de la tarea propuesta. Esta contribución se realiza de acuerdo a las coordenadas verticales referidas a la biografía de cada miembro, y a las horizontales que lo sitúan en la coyuntura que atraviesa el grupo en que está inmerso en ese momento.

La cooperación es una forma de participación, aún no verbal, de los miembros del grupo a la tarea común; este parámetro in-

tenta dar cuenta de la distribución de los roles de liderazgo diferenciados (progresivos o de resistencia) y funcionales que surgen como producto de la propia dinámica.

**3. Vector Pertinencia.** Alude a la capacidad de centrarse en la tarea prescrita y el esclarecimiento de la misma. El grado de pertinencia se evalúa de acuerdo al índice de pre tarea, creatividad y productividad del sujeto y apertura hacia un proyecto. Ser pertinente en una tarea determinada es sentirse y situarse direccionalmente sobre la misma, sin postergación, con un criterio de utilidad y de centralidad sobre el tiempo y el trabajo colectivo; esto significa que la pertenencia y la cooperación se condicionan a la pertinencia.

Este vector está referido siempre a los dos aspectos de la tarea, la manifiesta y latente, lo que significa que el centrarse exclusivamente en uno de ellos será de cara a la evaluación, y nos dan un índice de la actuación de las ansiedades básicas que constituyen dilemas u obstáculos no elaborados por el grupo. Esta disociación acarrea la ilusión del «como si» en realidad se estuviera realizando la tarea.

Dentro de los mecanismos más habituales por los que se soslaya este parámetro, está el de colocar el obstáculo fuera de la estructura grupal. Este hecho se puede manifestar de diversas maneras como, por ejemplo: los miembros toman como objetos intermediarios situaciones u objetos ajenos a aquello que los reúne, se buscan portavoces o chivos expiatorios que representan el obstáculo, o actúan la elaboración fuera del encuadre de trabajo mediante intercambios fuera del contexto grupal («charlas de pasillo»), o durante las sesiones (conversaciones paralelas o en *sotto-voce*). Son formas de transgresión de la norma de restitución grupal, donde se establece que todo lo que sea generado por el grupo, debe ser también procesado colectivamente dentro del mismo.

**4. Vector Comunicación.** La comunicación es uno de los elementos fundamentales en todo proceso de interacción, ya que un grupo no puede integrarse de forma definitiva (pertenencia) mientras subsistan entre los miembros fuentes de cerrazón y de filtración en las comunicaciones. Se ha demostrado que cuanto más abiertas, positivas y solidarias sean las comunicaciones dentro del grupo, son más factibles de ser auténticas y de no servir de evasión o de compensación en comunicaciones inter-grupos. Esto se refiere al ya mencionado hecho de que la comunicación conduce al establecimiento de un lenguaje común específico (Esquema Conceptual Referencial Operativo) que incide en el incremento potencial de los demás vectores.

El favorecimiento de la comunicación social abierta en todas sus vertientes, se apoya en la premisa señalada por Kurt Lewin (1951) de que el ser humano, cualquiera que sea su grado de socialización, debe liberarse de la falsa obsesión de que solo aquellos que son semejantes a él están cerca de él.

La comunicación es un proceso interactivo y de retroalimentación en el que se emiten una serie de actitudes, inflexiones y señales (verbales o no verbales y no siempre conscientes) intercambiadas entre emisor y receptor con un proceso de codificación y decodificación, cuyo resultado puede ser la mutua información. Esto significa que cada persona que observamos en un grupo responde a las demás y al mismo tiempo, ella es también un estímulo para la respuesta de los otros. Por consiguiente, la dirección causal de cualquier efecto observado será más ambigua que en la investigación de las respuestas dadas a estímulos fijos.

En el proceso de la comunicación surgen interferencias, ruidos, fantasmas o «terceros» que tienen como efecto la distorsión y dan lugar a los malos entendidos; estos, representan la coexis-

tencia grupal de diferentes estilos (verbales y no verbales) de cada miembro. Estas especies de matrices, son producto de anteriores experiencias grupales, generalmente grupos de referencia, que han dejado de huella una modalidad particular, más o menos estereotipada de relación con los otros.

El trabajo del grupo debe estar en parte centrado en la flexibilización de los canales de comunicación que conllevarán un cambio interno en los componentes del grupo y, por tanto, puede conducir a la modificación de su estructura interna y a un ensanchamiento de la perspectiva que cada uno posee, de sí mismo, del grupo y del entorno.

En la comunicación reside el núcleo del trabajo del grupo, por tanto, la distribución de los canales de comunicación y la estructura lingüística de los mismos, desempeñarán también un papel fundamental en la emergencia de los liderazgos, el desarrollo de la organización, la satisfacción de los miembros y la eficacia del grupo. Al estar centralizada la comunicación a través de la tarea, es posible alcanzar estos objetivos en conjunto con la solución de problemas y la adquisición de una mayor tolerancia a la frustración que se compensa con la cooperación.

**5. Vector Aprendizaje.** El aprendizaje como una mayéutica grupal donde la interacción es el proceso mediante el cual el individuo accede a través del conocimiento de los otros y al conocimiento de sí mismo. El diálogo y la práctica grupal posibilitan la conceptualización de la experiencia y por tanto la visualización del proceso que el propio grupo va desarrollando.

El aprendizaje es concebido como un proceso orientado al contacto con la realidad de la que extrae información; es asimismo un instrumento de acción y comprensión no solo in-



terna, sino también externa, ya que implica un esclarecimiento global y la capacidad de ser transferido a otras situaciones. La didáctica operativa hace hincapié en el carácter social del aprendizaje y en la fundamentación del grupo como instrumento, a través del cual se pueden alcanzar síntesis superadoras de las individuales.

La cantidad de información que se va acumulando durante el proceso grupal hace posible un salto cualitativo en donde el aprendizaje se transforma en un quehacer de cambio, se internaliza y opera en un nivel emocional, intelectual y de acción; a nivel clínico, esto se traduce en términos de resolución de ansiedades, adaptación activa a la realidad, creatividad y proyectos. El intercambio de experiencias y de estilos de aprendizaje se integran e interiorizan de tal manera que los conceptos pierden su carácter abstracto, haciéndose más ricos y concretos en contenidos reales.

Se trata, en síntesis, parafraseando a Pichón-Rivière, de «aprender a aprender», lo que significa cuestionar y redefinir permanentemente los modelos pasivos, receptivos, individualistas, competitivos o autoritarios; es una manera de aprender a pensar que implica el pasaje de un pensamiento lineal, lógico y formal, a un pensamiento en espiral dialéctica con un orden y movimiento similar al del lenguaje que permita analizar las contradicciones internas de los fenómenos. Este proceso, por tanto, tiene un coste emocional inherente a la elaboración de las ansiedades para las que el encuadre del grupo operativo ofrece una continencia y un método.

Los obstáculos que se presentan a la hora de entrar en contacto con la información están relacionados con la coordenada vertical o biográfica que determina la distancia entre el objeto de conoci-

miento y el individuo: una excesiva distancia lo hace inabordable, y si es demasiado corta es borrosa, no objetivable.

**6. Vector Tele.** Enunciado por J.L. Moreno en 1966, consiste en la capacidad o disposición que cada sujeto tiene para trabajar con otros. En los extremos están situadas la tele positiva y la tele negativa, y son responsables en parte de los factores y climas afectivos:

«... del griego lejos ... se constituye como una relación elemental que puede existir entre individuos ... y que el ser humano desarrolla paulatinamente desde su nacimiento como un sentido para las relaciones interhumanas. Se le puede considerar el fundamento de todas las relaciones sanas; y consiste en el sentimiento y conocimiento de la situación real de las otras personas. La tele existe normalmente desde el primer encuentro y crece y se transforma en cada encuentro. Ocasionalmente puede estar desfigurada por el influjo de fantasías de transferencia ...» (Moreno 1966).

Empatía y antipatía son sentimientos positivos o negativos de doble dirección y que funcionan como actuación recíproca no siempre consciente. Aparece como un fenómeno espontáneo, «de piel» como sentimientos de atracción y/o rechazo que se deben al reconocimiento o reencuentro con aspectos, situaciones, o modos ya experimentados anteriormente y que tienen una representación pre consciente o inconsciente. Este sentimiento, que se da en el aquí y ahora, puede ser vivido como inmodificable, pero en realidad puede ser considerado como un despertar de memorias emocionales: situaciones pasadas donde el personaje, situación o tarea actual, funcionan como una pantalla de proyección de elementos internos reactivados, pero que pueden ser modificados mediante el correcto funcionamiento de los vectores y el efecto sugestivo grupal.

Es importante tener en cuenta que los parámetros mencionados solo se pueden aislar a fines expositivos, ya que la dinámica grupal se manifiesta como un todo indisoluble y simultáneo en donde los vectores actúan de forma interdependiente. En este sentido, la acción de uno de ellos influirá en el funcionamiento de los demás, conjugándose en cada aquí y ahora de la tarea. Un nivel óptimo de la comunicación, por ejemplo, incidirá directamente en el progreso de los demás vectores y viceversa.

Este esquema geométrico se debe representar en movimiento, y tiene por finalidad operar en el esclarecimiento del funcionamiento grupal a través de variables universales. Es una representación que contribuye a la comprensión del desarrollo del grupo como proceso en espiral dialéctica progresiva, y es un instrumento útil para sopesar el manejo que hace el grupo de los obstáculos epistemológicos.

El esquema del cono invertido representa la constatación sistemática de parámetros presentes en toda tarea grupal; entendiendo por parámetro a una variable tal, que otras variables pueden ser expresados por funciones de ellas. Este esquema, constituye también una escala de evaluación que sirve de punto referencial para la interpretación de los diferentes fenómenos grupales.

La técnica del grupo operativo está orientada a la facilitación de la tarea y los objetivos grupales, se vale de la evaluación de la conducta tanto individual como del grupo en su conjunto (coordinadas biográfica y situacional). En su desarrollo se estudia y promueve la red de comunicación, el establecimiento de los vínculos, la dinámica y equilibrio de las fuerzas activas y la aparición de los roles correspondientes. En el proceso se tiene que considerar la aparición inevitable de ansiedades latentes, los momentos de confusión, la formación de subgrupos y los distin-

tos niveles adquiridos en los parámetros mencionados (afiliación/pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y «tele»).

Incluye el análisis de los valores simbólicos y creencias que emergen en todo grupo y que estén constituidas por pensamientos mas o menos concretos con gran carga emocional y que, sin embargo, son considerados por sus portavoces como estrictamente racionales. La ambigüedad de las ideologías se manifiesta en forma de contradicciones expresadas por los miembros que se resisten al cambio creando situaciones estériles y dilemáticas, por lo que el coordinador debe intentar neutralizarlas mediante la explicitación de lo latente.

Toda situación nueva implica un cambio que puede llevar aparejados sentimientos de descontrol y miedo a la pérdida de seguridad, esto conduce en muchas ocasiones a la aparición de una gran resistencia al cambio, a la crítica y a la renovación, lo que provoca situaciones de estancamiento en el desarrollo grupal y por tanto un freno en la consecución de los objetivos. El proceso en espiral se transforma en un bucle, un círculo vicioso.

El coordinador cumple un rol prescriptivo, el de ayudar a los miembros a pensar en términos de resolución de conflictos, y en el abordaje de los obstáculos que se presentan a tal fin; para ello trata de esclarecer las pautas estereotipadas que dificultan la comunicación, señalando las situaciones manifiestas en que se presentan e interpretando las causas latentes que puedan haberlas motivado. Las interpretaciones no están regidas por el criterio tradicional de «verdad», sino que se formulan en términos de operatividad, esto es, en la medida que favorecen la consecución y realización de la tarea. El coordinador procura unir la temática (el de qué se esté hablando), con la dinámica (el cómo y por-

qué se esté haciendo), de tal forma que la acción mas útil resulta la de poder enlazar lo sentido con lo pensado.

El método operativo abarca diferentes niveles y facetas de la interacción grupal, proporciona un marco teórico destinado a reemplazar las reglas intuitivas que tan a menudo se utilizan para resolver situaciones grupales conflictivas, y una metodología para un aprendizaje integrador, activo y eficaz.



## 5. Teoría de la Técnica

Durante los últimos años, la aplicación del método de tratamiento grupal en diversos sistemas de asistencia en salud mental y en múltiples formas de expresión del malestar emocional, ha seguido mostrando su efectividad haciéndose eco del aforismo que no hay enfermedades sino enfermos. Nuevamente nos encontraremos frente a diferentes maneras o «máscaras» de expresión de un mismo núcleo del sufrimiento psicológico, el vacío y la búsqueda del «ser» vs. el «tener», como imposición cultural occidental de un modelo económico de valores simbólicos.

Los anclajes de las disposiciones, o depresiones del desarrollo, encriptan las técnicas instrumentales arcaicas y estereotipadas, que se ponen en marcha en situaciones desencadenantes con la función de atenuar y controlar los miedos básicos universales descritos como ansiedad o angustia ante la pérdida y el ataque. Es lo que provoca un «falso enlace» y es hacia esos momentos, donde se promueve el recuerdo en el trabajo psicoterapéutico de los grupos intensivos breves.

Detrás de los signos que muestran al «sujeto enfermo», subyace una situación de conflicto o situación depresiva básica, ante la cual la patología ha surgido como intento fracasado de resolverla, y se constituye como un sistema distorsionado de lectura de la realidad que se repite de manera circular y constante, inscribiendo

do los hitos del aprendizaje y la forma de realizarlo en el devenir del desarrollo psicológico.

Las formas de aprender, y lo permanente de las características de su proceso básico, son consecuencia de situaciones vitales donde han estado presentes diferentes situaciones de necesidad no satisfecha o frustrada y/o experiencias traumáticas que no han sido resignificadas. Esta memoria emocional pone en marcha sentimientos inconscientes de falta de amor, incomprensión, celos, frustración y agresión (como par indisociable), terrores y angustia; la memoria inconsciente del sufrimiento infantil como modelo o disposición.

El método de trabajo comienza con la técnica de establecer un conjunto de normas y reglas de trabajo que guiarán el proceso, y al que denominamos: «Encuadre». Este, intenta prever como norma de trabajo, la estabilidad del espacio y del tiempo acordado, los roles técnicos diferenciados, la confidencialidad, la aceptación de las diferencias, la abstención de juicios de valor, y la exclusión de temáticas no pertinentes para la tarea grupal.

El encuadre en la psicoterapia individual, permite crear una situación segura para la recreación profunda de los vínculos paterno-filiales, siendo el análisis de los mismos, una llave regia para el acceso al inconsciente. Aunque en el grupo esto no siempre es posible, por ser un espacio vincular múltiple, sí permite la reproducción del ámbito social con un espectro que abarca de distintas formas de relación brindándonos la comprensión a través de la dinámica grupal primaria de cada sujeto que lo compone, como la forma de vincularse con el equipo terapéutico y el medio institucional que lo rodea.



La tarea terapéutica en el encuadre grupal es la indagación de aquellos aspectos inconscientes que dan lugar a la formulación de cada relación (paciente-paciente, paciente-terapeuta, paciente- equipo- institución, etc.), dándole un contexto interpretativo a cada actuación.

El trabajo del grupo está centrado en el análisis y el intento de resolución de los conflictos que sus miembros aporten, recibiendo por parte de la técnica devoluciones permanentes a dos niveles:

- **Lo manifiesto** y el análisis de la estructura grupal que se vuelca a un objetivo concreto con sus implícitas resistencias al cambio colectivas (tarea del observador/coordinador).

- **Lo latente** o la indagación de lo no explicitado, pero presente, y de las hipótesis causales. Estas pueden ser las primeras formas de abordaje y comprensión de lo que les ocurre y sienten, la llave de acceso del cambio, del «darse cuenta» como lo denominaba Fritz Perls (1969).

Por ejemplo, el rol de portavoz grupal puede ser entendido como la persona que se hace cargo de decir, denunciar, enlazar y/o comunicar los latentes perversos colectivos (en el sentido de corrupción del orden natural); esto a nivel de la dinámica grupal. Pero, a su vez la misma persona se hace cargo del mantenimiento del circuito de la comunicación y del voyerismo grupal, porque sus propias represiones le impiden actuar sus impulsos perversos que, al verlos proyectadas en el exterior, a la vez que se satisface con ellos los puede censurar. Actúa subliminalmente sus deseos y la represión o parte de ella logra ponerla fuera, logrando que el autocastigo quede externalizado; esto daría un esbozo de la explicación psicodinámica individual. La articulación de estas dos

lecturas, es lo que llamamos coordenadas de verticalidad (historia del sujeto) y de horizontalidad (coyuntura grupal).

El grupo es un instrumento que favorece el análisis de situaciones vitales en conflicto con el entorno en base al análisis vincular, y potencializa la toma de conciencia de enfermedad anunciada previamente por los síntomas que hicieron al paciente o familia pedir ayuda profesional.

Posibilita la toma de contacto social con la energía positiva de trabajar en situación de seguridad la interacción múltiple a modo de espejo de proyección-introyección, que es una de las fuentes de los perturbadores contenidos autorreferenciales en la adolescencia. En síntesis, permite la reelaboración de la dialéctica de la vida cotidiana en un espacio de aprendizaje vital y colectivo.

La situación grupal, y la enfermedad única, como cualidad que emerge en cada sesión del conjunto, promueve los movimientos internos necesarios para que la rigidez de pensamiento sobre el si mismo (*self*) se cuestione o entre en crisis, momento idóneo para que el paciente acceda a un nivel de conocimiento más profundo de sus dinamismos internos mediante el análisis de la causalidad.

## 6. El proceso grupal

En cada sesión de grupo, se tienen en cuenta tres tiempos de trabajo: la pretarea, o girar en torno a la tarea manifiesta con postergación; la tarea propiamente dicha o análisis de lo latente y síntesis; y el proyecto conclusivo u operatividad del trabajo.

Desde un acercamiento longitudinal, y tomando al grupo como hilo conductor desde la creación hasta su cierre, destacaría tres momentos afectivos sin especificar cronografía, la cual dependerá de cada proceso grupal en particular.

### **La creación del grupo:**

El grupo se crea en función de la demanda asistencial y de la representación que tenga el terapeuta de sus pacientes, necesidades, afinidades y antagonismos y del encuadre para lograrlo. Por lo tanto, el grupo está en la cabeza del terapeuta como posibles conjuntos y que se creará y quedará abierto o cerrado según la estrategia y táctica del coordinador.

En este primer momento de indiscriminación, aparecen las incertidumbres que implican el exponerse a una situación social, espacial y temporal nueva que, mediante el encuadre, puede posibilitar el cambio en el que estará implicado el propio terapeuta.

La asociación libre grupal y la comunicación libre flotante coordinada guiarán el proceso. En las primeras sesiones, y en la exposición, aparece la búsqueda de lo similar, de situaciones conocidas, y la primera emergencia de los miedos básicos, además de los que por su propia historia traiga el sujeto. Se ponen en juego la interacción especular, la proyección y la introyección, y se desarrollan las fantasías «inconfesables» y comunes a casi todos los miembros.

La situación grupal, se transforma en un escenario desencadenante y, sus miembros, que atraviesan por fases no instrumentales del enfrentamiento con sus rupturas, crisis o pérdidas, se articulan en el drama construido en conjunto. La estructura grupal, en las primeras fases será el reservorio de los discursos de presentación, donde cada miembro tendrá una representación mental del otro, y donde se destina la repetición de las máscaras de la depresión única, la de todos.

El grupo terapéutico se mueve por un principio solidario, sin juicios de valor, respeto y aceptación plena de las diferencias; significa conocer y establecer vínculos nuevos destinados a desaparecer de manera formal con la terminación del mismo (duelo y proyecto). Dentro del propio nacimiento del grupo está incluida la muerte o desaparición del mismo, por lo que automáticamente se convierte en un espacio de ensayos y tentaciones de vincularse a niveles distintos de los especificados por el encuadre; por lo que se, convierte también en un aprendizaje de tolerancia a la frustración y, por anticipado, se elaboran las situaciones de pérdida en la verticalidad personal y en la horizontalidad grupal.

Teniendo en cuenta que es posible la consecución de vínculos entre pacientes fuera del espacio grupal, he de señalar que nunca esos vínculos son los mismos, ya que es la estructura del grupo la que pauta el tipo de sistema vincular en una atmósfera determinada.

## **Desarrollo del grupo:**

El desarrollo del trabajo en grupo se puede comprender mejor a través del mencionado esquema del cono invertido y los seis parámetros que mueven la estructura y la espiral dialéctica del proceso de conocimiento implícito, ambas representan el devenir grupal (ver esquema en el capítulo 4).

Mediante el método asociativo de la discusión libre, los denominadores comunes de los discursos se ponen en escena, y aparecen los emergentes básicos de las preocupaciones humanas universales, que permitirán la construcción sincrónica de un texto grupal consistente, coherente, y cualitativamente superior del texto individual.

Así, se da el desarrollo y la estructuración de vínculos afectivos y emociones provocados y en intersección simbólica y, a la vez, los otros funcionan como amortiguadores de los miedos básicos antes potencializados. Esto crea un clima afectivo que permite un espacio de contención, de seguridad y por ende de elaboración de la conflictiva individual y grupal.

La enfermedad única transcurre como hilo conductor permanente en la convergencia de los sujetos, se expresa, por decirlo de manera didáctica, en tres momentos internos diferenciados sutilmente y que son la reproducción de posiciones del desarrollo evolutivo y de estilos básicos de personalidad frente al aprendizaje: un momento esquizoide-paranoide, otro de incertidumbre y confusión, y una fase depresiva o melancólica de integración.

Ante un acontecimiento actual planteado por un sujeto dentro la verbalización del grupo, se reproducen sintéticamente en el conjunto diferentes formas de entenderlo y de reac-

cionar ante el. En un primer momento la sensación de pérdida (real o fantaseada) de los instrumentos adaptativos que el sujeto utiliza habitualmente en las situaciones externas. Esta vivencia, actúa de pródromo para la aparición de las primeras conductas grupales estructuradas. Esta etapa tiene las características de confusión, la sensación, a veces caótica, de pérdida de los puntos referenciales. Ante esto, los sujetos, como en cualquier otra situación social novedosa, se valen de recursos aprendidos que a veces resultan rígidos y estereotipados y que dificultan (si se produce el estancamiento en esta fase), la aparición de la flexibilidad necesaria para el pensamiento sobre los sentimientos presentes, o como variante de los procesos catárticos, que tienen desde el punto de vista dinámico el mismo sentido que la paralización.

A partir de este momento entran en acción los procesos disociativos grupales que no siempre son paralelos a los individuales. Esto nos sirve para cotejar los tiempos de elaboración de cada sujeto y los distintos momentos de estancamiento de cada uno. La escucha y observación permanente nos da una visión privilegiada del espacio y de la táctica de señalamiento adecuada para facilitar el *insight* en cada miembro cotejando los estilos de enfrentamiento con la necesidad y la consecuente sensación de pérdida.

Lo que quedará sin resolución grupal será la forma particular en que se inscribió cada pérdida en su desarrollo histórico, lo que desde el punto de vista técnico nos habla de la dificultad de indagar con los instrumentos clásicos de la psicoterapia individual en el grupo, llevándonos a la visualización dramática, la puesta en escena de lo que ocurre en su guion interno como forma de acceder y remover la rigidez que dio lugar a la formación de la cohorte de síntomas y de la conflictiva existencial.

### **Terminación del grupo:**

La muerte y desaparición del grupo y el alta o abandono de algunos de sus miembros, ya está anticipada en el encuadre y por tanto incluida en el desarrollo previo de la vida afectiva. El hecho de estar presente desde el momento de la creación, potencializa las propias fantasías destructivas con sensaciones catastróficas de abandono propias de la situación depresiva básica.

En este caso se trata de una nueva Depresión Desencadenante que al estar en un contexto de contención adecuada permite el análisis y la puesta en marcha de técnicas instrumentales que durante el desarrollo grupal se han ido poniendo a disposición del yo de cada sujeto, para poder resolver operativamente este momento. Es, por lo tanto, una coyuntura de aprendizaje por excelencia, siempre y cuando el cierre grupal sea realizado con la elaboración y el tiempo que cada sujeto y el grupo necesite.

En la finalización y como parámetro de evaluación, consideramos la emergencia o no de un proyecto en cuanto a fantasías de futuro destinadas a superar la separación definitiva: «haremos juntos, quedaremos, nos veremos ...». La construcción de un proyecto superador de la finalización, lo tomamos como un índice de «adaptación activa a la realidad» donde puede tomar coherencia el quehacer presente integrando causalmente lo pasado y la prospectiva.

El proyecto es que el grupo externo se internalice como referente y lo acompañe simbólicamente, como dicen del camaleón, un ojo en el futuro y otro en el pasado.

Dentro del grupo, la tarea del equipo terapéutico funcionará guiada por estos tres momentos como referentes necesarios y desde los cuales se guiará por los siguientes parámetros:

- la atmósfera del grupo
- el desbroce de mecanismos no instrumentales
- la identificación y profundización de los emergentes resultantes
- la confrontación dialéctica y emocional entre los miembros que reproducen funcionamientos extra-grupo
- el análisis de la identidad patológica
- el aquí y ahora de la realidad en que esta inserto cada paciente
- el análisis de la circunstancia vital
- la resistencia al cambio

De esta manera planteo una metodología de trabajo clínico, circunstancialmente regresivo en su técnica de procesamiento de la enfermedad única, pero que puede ser considerado dialécticamente evolutivo en sus objetivos.

Objeto y método se integran a través del rol catalizador del terapeuta con el objetivo de promover el cambio personal y micro social «ampliando el foco», es decir, potenciando la plasticidad psicológica y la fuerza cognoscitiva en su adaptación, aplicación e intento de transformar el entorno.



## 7. Factores Terapéuticos

Desde mi punto de vista, los factores terapéuticos intervinientes en este sistema son, al menos los siguientes:

**Efecto de contención y estructuración** facilitado por el sistema desarrollado a modo de red que permite que se contengan muchos niveles de integración, porque hay una contención física, una contención psicológica y emocional, y una contención de la interacción del grupo familiar a través de los grupos multifamiliares. Esa contención al mismo tiempo estructura y facilita el sistema, en tanto se va haciendo, como decíamos antes, una sutura entre estos tres elementos que en un principio aparecen disociados en la vida psíquica del paciente. Nuestro trabajo va a tratar de vincular con un lenguaje específico cada uno de estos sistemas.

**Efecto ansiolítico**, producido por la colectivización del síntoma, es decir, el compartir con otros, con iguales, lo que a uno le ocurre, «a otros les pasa lo mismo», el mal de muchos. El principio terapéutico que rige este mecanismo es el mismo que se utiliza en los grupos auto o cogestionados, como son los de alcohólicos anónimos u otros grupos de autoayuda.

La investigación conjunta sobre las motivaciones psicológicas del trastorno, la confrontación y el desarrollo de un

vínculo afectivo de cooperación con los similares, constituye una manera idónea para reducir de manera drástica las resistencias activas y pasivas de pacientes y padres al cambio propuesto. Es una importante ayuda para vencer la anosognosia que impide la conciencia de enfermedad, propiciar las condiciones para el cambio, y neutralizar el desplazamiento de la agresividad parental que despierta la vivencia de impotencia ante el desafío omnipotente adolescente y que representa el trastorno.

**Efecto reflexivo** promovido por la verbalización de los pares, es decir, cuando hay grupos de pares similares que están hablando o reflexionando sobre algo que también le ocurre, aunque no necesariamente el sujeto lo perciba de manera consciente. Ejemplo de esto sería el sujeto callado, es decir, que hay sujetos que pueden estar silenciosos en un grupo, pero sin embargo hacer una participación absolutamente activa desde su actitud, porque están muy interesados en lo que allí se dice, quizá no logremos que ese sujeto hable mucho en el grupo, pero si es bastante posible que ese sujeto, fuera de ese grupo, manifieste el efecto del grupo en el cual está callado, que es el grupo terapéutico. A la larga, será indispensable que hable dentro.

**Efecto cognoscitivo**, o efecto del saber, donde se cumple la función modeladora del grupo, es decir, que el grupo externo de alguna manera influye sobre el interno y viceversa, porque en definitiva siempre hay un grupo interno de referencia que permite, sobre los engramas naturales, así, iremos construyendo la consciencia sobre el saber inconsciente ya que en principio, el sujeto es el que más sabe sobre si mismo, lo que ocurre, más allá del juego de palabras, es que no sabe que lo sabe.

**Recuerdo y reorganización emocional** que facilita el grupo a través del análisis de la biografía, la emergencia de los recuerdos y la contrastación con la realidad. La reorganización emocional atañe fundamentalmente a lo que podríamos denominar vínculos patogenéticos, es decir, actitudes o posturas en la comunicación que se siguen repitiendo, aunque el paso del tiempo demuestre que ese tipo de sistema vincular no es funcional, sus mecanismos estereotipados son analizables contrastando la repetición trans-ferencial (principio de placer), con la evocación personal, y el análisis proporcionado por el principio de realidad.



## 8. Psicopatología y Psicoterapia en Niños y Adolescentes

El diagnóstico temprano en primera infancia, pubertad y adolescencia, es fundamental para obtener progresiones satisfactorias ya que son etapas en las que el sujeto está todavía en construcción tanto del punto de vista físico, neuropsicológico y emocional, y es en estos momentos evolutivos donde quedan ancladas disposiciones psicológicas y emocionales significativas.

Todo tratamiento en estas etapas del desarrollo tiene que ser adecuado a las características de cada rango de edad («el objeto determina el método»). La diferencia más significativa entre el tratamiento de niños y adolescentes en relación con el de los adultos, radica en la necesaria inclusión de los padres o tutores («los padres como socios») y, en su caso, el grupo primario de referencia. Muchas veces las conductas que observamos están determinadas o influenciadas por fenómenos y roles grupales estereotipados.

En los últimos años, quizás por el progresivo aumento de la conciencia social acerca las diferentes formas del trato negativo, cada vez se le da más importancia como desencadenante a la sobrecarga emocional, las experiencias traumáticas y las injurias al narcisismo, que suelen ocasionarse en los grupos de pertenencia

y de referencia o en la interacción con los grupos de pares. También, es frecuente que los síntomas del niño estén expresando un malestar del conjunto no necesariamente exteriorizado o consciente («el enfermo como portavoz del grupo familiar»).

La evaluación debe ser considerada siempre con un proceso y no como un acto aislado; una primera entrevista clínica es también una forma de intervención terapéutica. Desde mi punto de vista, es fundamental establecer una relación de confianza con la distancia necesaria y suficiente, el respeto mutuo y, al mismo tiempo, de una manera empática con el sujeto, es decir, con una actitud clínica. El profesional debe posicionarse en la aceptación plena del paciente, sin juicios de valor al respecto; considerar lo que observa como la única conducta posible del sujeto en ese momento, ya que, en muchos casos, condensa múltiples sentimientos enfrentados. Por ejemplo, es posible que un niño que no se concentra o que se pone particularmente agresivo en el fondo esté profundamente deprimido, aunque no lo sepa ni lo parezca.

En mi forma de trabajo, primero hago pasar a los padres junto con el paciente al que siempre trato afectuosamente, pero siempre de usted. Esta manera de establecer las posiciones de la relación, a algunos compañeros les extraña al tratarse de niños y adolescentes, pero lejos de sentirlo como distancia, por lo general lo toman como una forma de respeto y consideración a su persona, como si fuese adulto.

El conocernos, también será un proceso que comienza con el planteamiento en conjunto del encuadre de nuestro trabajo (*setting*) y las normas de confidencialidad adecuadas para menores de edad. Estos principios son los que permitirán el establecimiento de una relación de confianza, sin la cual el tratamiento no sería posible. Aclaro también que, si pretendemos alcanzar un cambio,

todos los involucrados tendrán algo que modificar, ya que la familia funciona como un sistema interdependiente en el cual, de manera simbólica, se incorpora la función del terapeuta como regulador y catalizador de las emociones en juego.

En un segundo momento escucho atentamente al adolescente, lo necesario para tener una composición de lugar y poder plantearle mis hipótesis sobre lo que yo creo él está sintiendo y, a posteriori, poder establecer un juicio clínico. Sobre estas bases, doy las indicaciones estructurales pertinentes a los padres. En cualquier caso, y desde una consideración deontológica en el tratamiento de menores, es importante siempre estar acompañado por una enfermera o por algún profesional en formación para garantizar el encuadre clínico y la asepsia de la relación terapéutica.

Esta manera de abordar la problemática como trabajo psíquico conjunto implica una perspectiva también pedagógica, en tanto paciente y familia tienen que comprender las posibles implicaciones psicosomáticas y el concepto de negación como sometimiento. Se debe también explicar el procedimiento que utilizaremos; es decir, pensar juntos sobre los probables aspectos causales (concomitantes y evolutivos), las áreas de expresión de los síntomas (mente, cuerpo y mundo externo), el método que utilizaremos para ello y el objetivo a corto y medio plazo.

En mi experiencia clínica en el Hospital Universitario Niño Jesús, fundamentalmente en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria con el Dr. Gonzalo Morandé, recientemente fallecido, y junto con un equipo interdisciplinar de profesionales (ver capítulo 12), fuimos organizando un protocolo de tratamiento ambulatorio semanal con tres módulos grupales sucesivos e integrados: el grupo de psicoterapia con los niños y niñas, el grupo de sus padres y el grupo de plan de vida (organización y

regulación de la vida cotidiana). De esta manera, aprovechamos la sinergia entre los tres grupos («masa crítica») y canalizamos el increíble potencial de los otros niños en la tarea común de la ayuda mutua («el grupo como agente generador vs el grupo como agente corrector»). Así, diseñamos un sistema extensivo más potente y eficaz que los modelos de intervención individuales.

En niños, existen problemas psicológicos específicas de manifestación temprana, que pueden ser tan variados como en los adultos; en adolescentes, exceptuando los problemas con implicaciones orgánicas y síndromes, los desencadenantes suelen estar en relación con la identidad psicológica y corporal, con la autoestima, la indefensión y la vulnerabilidad ante los grupos de pares.

Hay trastornos como la anorexia o la bulimia nerviosa que comienzan generalmente en etapas específicas como la pubertad y el comienzo de la adolescencia. Desde el paradigma psicopatológico al que me adhiero, contrastado con mi experiencia clínica, creo que siempre encontraremos una situación depresiva básica como motor patogenético, desplazado, en este caso, en la alimentación y concomitantes, y en la distorsión de la percepción del esquema corporal o dismorfofobia.

Desde mi punto de vista, es preferible no hablar de enfermedades, sino de sufrimiento psíquico, y considerar la conducta como una expresión circunstancial del mismo. Las nomenclaturas diagnósticas en edades evolutivas tempranas, aunque a veces necesarias en la interconsulta, pueden ser muy contraproducentes, ya que hacen una foto fija de algo que en realidad está en movimiento, luego será el sujeto el que cargará una etiqueta o estigma sin valor clínico contemporáneo, pero que puede ser usado en su contra, y puede quedar a largo plazo condicionando



negativamente la integración social. Me adhiero a la sabiduría del aforismo: «nos hay enfermedades, sino enfermos».

Las nomenclaturas psicopatológicas y las patologías cambian con el curso del tiempo porque están influenciadas por los cambios culturales, las modas, las redes sociales como reflejo tecnológico de la identidad, el malestar, la pérdida de los valores simbólicos y el tener versus el ser. También aparecen nuevas nomenclaturas para la taxonomía, viejas situaciones o conductas («patoplastia») con nombres jóvenes.

En este sentido, hay que tener en cuenta que el fundamento epistemológico de la Psicopatología contemporánea es al menos cuestionable, ya que se basa en la clasificación por grupos de manifestaciones clínicas, lo que se conoce como Fenomenología. El modelo médico clásico no es aplicable sin un alto costo en este campo en donde intervienen variables de diferente filiación y tipo, y el diagnóstico diferencial significa navegar por fronteras que son, al menos, inciertas.

Los nuevos paradigmas tienden a considerar los trastornos mentales como multicausales y esto es lo que da sentido a las formas de intervención interdisciplinarias, siempre deseables y recomendables.

La actitud de los padres ante sus hijos, debería contemplar el cuidado emocional, fomentando desde el inicio de la vida la comunicación y la comprensión mutua; en síntesis, lo que se puede lograr con el efecto mágico de las palabras cargadas de afecto.

La organización psíquica se posibilita a través del lenguaje y de la gestión verbal de los sentimientos y de esta manera se fomenta también el apego y la seguridad.

No debemos olvidar que el aprendizaje se realiza a través de la identificación; si los padres tienen miedo, aunque no esté lógicamente justificado, el niño también aprenderá esos miedos, independientemente de la peligrosidad del objeto: son hijos de la vida, pero también modelados por nuestras actitudes y obras.

## 9. Tratamiento grupal de los trastornos psicósomáticos

Los pacientes jóvenes hablan de sus sufrimientos y síntomas centrales como: «la cosa, eso, no se ...», o denominaciones similares y ambiguas sin un significado específico pero que son vividas con vergüenza y pudor. Son falsos enlaces, como «una bola de angustia» que contiene en sí misma múltiples sentimientos en interacción contradictoria que la determinan, por lo que el sujeto no logra desarticularla ni nombrarla.

Si no hay salida psicológica el sujeto enferma psicósomáticamente, se vuelve contra sí mismo y/o actúa contra otros. Las autolesiones, frecuentes en la adolescencia, tienen una función inconsciente interpersonal y el significado saltarse el límite impuesto por el cuerpo y, generalmente de su envoltura la piel, el límite de la naturaleza, de los padres y de los médicos, a diferencia de las automutilaciones donde la angustia psicótica cercena y reniega de partes específicas del cuerpo.

El cuerpo no es un santuario, tiene pulsiones, poros, cosquillas y reflejos que le demuestran que es propiedad del sujeto que lo habita, esto queda enajenado, fuera de la lógica natural, y sin aparente razón sujeto a un mandato inconsciente que también es suyo, aunque no lo sepa. La negación lo

somete, es súbdito de la neurosis, pero la aceptación puede transformarlo.

El problema diagnóstico en psicopatología infantil trasciende a la psiquiatría en uso debiendo situarnos ante el auténtico objeto de conocimiento, el sujeto en desarrollo y en integración de sus sistemas: biológico, psicológico y social, más allá de las disquisiciones taxonómicas al uso o de la moda de las nuevas nomenclaturas.

En el estado actual de conocimientos, ya no es admisible pensar y actuar clínicamente sobre supuestos que no impliquen la adecuación de los modelos teóricos existentes a la práctica clínica y sobre la base del criterio internacionalmente consensuado de la interdisciplinariedad.

Cualquier manifestación psicopatológica es, al fin y al cabo, la única conducta posible de ese sujeto, en esas circunstancias y en ese momento determinado, si podemos observarlo sin prejuicios.

Los fundamentos científicos de la psicopatología contemporánea (OMS o APA), son cuestionables desde el punto de vista epistemológico y, aunque no se pueda negar su utilidad operacional en términos fenomenológicos y de interconsulta, la taxonomía resulta particularmente contraproducente en la infancia y adolescencia. El etiquetado predispone a formas estereotipadas de manejo clínico, olvidándonos de que estamos ante un fenómeno en movimiento, en constante desarrollo y cambio. Un conjunto plástico y dinámico, una película que se está rodando.

Un ejemplo de esto, es la falta de consenso sobre el concepto «trastornos somato formes en la infancia», salvo en que son sín-

tomas físicos erróneamente atribuidos a enfermedad orgánica (Pedreira y Palanca, 2001), y donde pareciera que «el cuerpo habla».

La clasificación global, considera a los factores psicológicos con peso etiológico fundamental (p.ej. conversiones), los factores psicológicos que influyen en el desarrollo de una patología física (p.ej. colitis ulcerosa, asma...), y los síntomas físicos como manifestación principal de un trastorno mental (p.ej. TCA).

Los trastornos somatomorfos (F.45/CIE-10) (somatización, indiferenciado, hipocondríaco), y fundamentalmente la disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3) pueden ser un paradigma de los síntomas de hiperactividad vegetativa por sistemas y por facilitación somática: cardiovascular, gastrointestinal, respiratoria, urogenital o funcional.

La expresión somatomorfa cristaliza un núcleo traumático latente (Situación Depresiva Básica), bajo la represión de la conciencia. Mediante la utilización de mecanismos adaptativos de defensa (fundamentalmente la disociación, la negación, el desplazamiento y la proyección); la frustración y las pulsiones agresivas quedan sostenidas en el cuerpo y en el tiempo. Estamos ante la *alexithymia*, una incapacidad para identificar y/o expresar las emociones, que también es una respuesta natural ante situaciones de estrés agudo o trauma psíquico. Este es un importante factor de vulnerabilidad.

Propongo un modelo institucional e integrado de tratamiento mediante diferentes organizaciones en sub grupos articulados, y que pretende abarcar los aspectos biológicos, familiares, sociales y psíquicos de cada sujeto en ese momento. Se trata de grupos abiertos que admiten la incorporación de nuevos pacientes y el

tránsito a otros niveles de tratamiento en función de la evolución de cada caso.

Este sistema de organización del tratamiento se basa y organiza con métodos grupales adaptados, utilizando las diversas formas de relación propiciadas por el sistema sinérgico creado. Puede ser considerado como un abordaje institucional y una psicoterapia relacional desarrollados en etapas sucesivas de diferentes niveles de integración y evolución clínica.

En sujetos jóvenes, se contempla, necesaria y fundamentalmente, el abordaje de los vínculos de apego y la psicopatología asociada frecuentemente a estos trastornos. Es decir, el grupo familiar o de pertenencia primaria.

El sistema específico alcanzado (método de tratamiento), debe resultar isomorfo al objeto. Es decir, un sistema institucional de cuidados intensivos continuados e integrados, y que abarcan los aspectos somáticos, relaciones primarias de apego y grupos de pertenencia. Los grupos de referencia del paciente y la organización psíquica de cada sujeto entran en relación con este contexto social clínico.

Intentamos proporcionar un espacio vincular creado artificialmente con el objetivo de favorecer el desarrollo o modificación de los vínculos perturbados y patogénicos en el aprendizaje temprano y a través de diferentes cuidados escalonados del sujeto y su familia.

Las sesiones de tratamiento ambulatorio se pueden mantener con frecuencia semanal, hasta 4 horas diarias, y se articulan en cuatro áreas de trabajo intensivo e integrado, en diferentes tiempos, guiones, actores y espacios: grupos de plan de vida, grupos

terapéuticos, grupos de padres y grupos multifamiliares que se explican en el capítulo 12 de este libro. A través de la utilización de los vínculos y de la relación transferencial creamos diferentes momentos en un espacio simbólico imaginario que permite profundizar en el tratamiento de una manera intensiva y breve.

El sistema resultante puede ser considerado como una continuidad espacio y tiempo, el que facilita la percepción del otro y del sí mismo: «yo soy tú, tú eres yo». La percepción y confrontación de la propia existencia somática: «El cuerpo crea el espacio como el agua al vaso» (Iel-Hakim, citado por Sami-Ali), como alegoría del psiquismo y el cuerpo (el yo es en principio corporal).

Esos escenarios y ese tiempo de tratamiento (el Hospital, la sala de hospitalización, los hospitales de día, el tratamiento ambulatorio y el seguimiento), permiten la proyección simbólica de escenas familiares biográficas que actuaron como desencadenantes de lecturas condicionadas de la realidad permitiendo su resignificación y consecuente liberación de una pesada carga emocional.

En la familia se da el aprendizaje, la manera y el significado de un denominador común o frecuencia universal, lo evolucionado en un determinado tipo de «urdimbre afectiva» según el atinado concepto de Rof Carballo (1960). Sobre esa envoltura física, emocional y social en la que el niño desarrolla cuerpo, sentimiento y mente; el nido y el apego, con sus definitivas funciones evolutivas.

En el texto del discurso se inscribe lo imaginario; en la experiencia onírica, lo subliminal y en la palabra escuchada el efecto purificador de la catarsis como liberación de lo trágico. Allí donde las nuevas

orientaciones de la libido, inspiradas en el aprendizaje de las experiencias terapéuticas grupales, y sobre todo por y en ellas, se puede liberar lo encriptado en lo insustancial, una percepción corporal.

Se podrá dar entonces la posibilidad de unir la oscuridad biográfica heredada a la luz posible proyectada en el espacio psicoterapéutico. Para lograr esto, el terapeuta debe poder acercar y alejar el foco de espacio y temporalidad, y así, poder entender y hacer comprender al paciente y a su grupo integrando a través del lenguaje la disociación que subyace en el sufrimiento psíquico.

Los trastornos de la conducta alimentaria, considerados como trastornos psicوسomáticos, representan con sus síntomas, la inevitable experiencia humana en el amor, sus paradojas y contradicciones y sus carencias.

La dismorfofobia en la construcción de la identidad corporal puede ser considerada una morfología de las percepciones posibles, determinada por el nido genealógico nutricional, afectivo y cultural. Amor y desamor sobre un espejo que distorsiona la percepción, un cuerpo propio pero ajeno y que no se puede habitar («el amor es demasiado joven para tener consciencia»). «El amor es demasiado joven para apreciar lo que es conciencia, y, sin embargo, todos saben que la conciencia es engendro del amor.» (William Shakespeare, Soneto 151, 1554-1616).

La psicoterapia del siglo XXI, se proyecta, en la forma de tratar estos trastornos, hacia otro concepto cultural de lo espiritual y lo místico, donde alma, psiquismo, vínculo y cuerpo se nos muestran como aspectos entrelazados y complementarios de una misma realidad. Real e imaginario en proceso dialéctico, en relación recíproca de influencia, de proyección y percepción, de observador y observado.



## 10. Concepto, objeto y método del tratamiento

Durante los últimos años, la aplicación del método de tratamiento grupal en diversos sistemas de asistencia en salud mental y sobre múltiples formas de expresión del malestar emocional, ha seguido mostrando su efectividad haciéndose eco del aforismo que no hay enfermedades sino enfermos, y que nuevamente nos encontraremos frente a diferentes maneras o «máscaras» de expresión de un mismo núcleo del sufrimiento psicológico, el vacío implícito en la búsqueda del tener olvidando el quimérico ser, una sutil imposición cultural occidental de un modelo económico de la depresión de los valores simbólicos.

En aproximación epistemológica, se da especial importancia a los acontecimientos vitales que significaron una sobrecarga psíquica y que tienden a la repetición, esencia de la neurosis. Esto, también ocurre en el «aquí, ahora y conmigo» de la psicoterapia, donde se representan y repiten en la forma de estar (estilos básicos de personalidad), y repercuten en los matices particulares de cada uno en el establecimiento de los vínculos secundarios y terciarios de su vida cotidiana.

Los anclajes de las disposiciones, o depresiones del desarrollo, encriptan las técnicas instrumentales arcaicas y estereotipa-

das, que se ponen en marcha en situaciones desencadenantes con la función de atenuar y controlar los miedos básicos universales inscritos como ansiedad o angustia ante la pérdida y el ataque. Es hacia estos momentos, donde se promueve el recuerdo en el trabajo psicoterapéutico de los grupos intensivos breves.

Detrás de los signos que muestran al «sujeto enfermo», subyace una situación de conflicto (Situación Depresiva Básica), ante la cual la patología ha surgido como intento fracasado de resolverla, y se constituye como un sistema de lectura de la realidad que se repite de manera circular y constante, inscribiendo los hitos del aprendizaje y la forma de realizarlo en el devenir del desarrollo psicológico.

Las formas de aprender, y lo permanente de las características de su proceso básico, son consecuencia de situaciones vitales donde han estado presentes diferentes situaciones de necesidad no satisfecha o frustrada. Estas experiencias ponen en marcha sentimientos inconscientes de falta de amor, celos, frustración, agresividad y miedos que dan lugar al sufrimiento infantil como modelo disposicional.

Estos sentimientos y los intentos más o menos fracasados de «resolverlos», dará a la estructura de personalidad un estilo de vincularse y será a su vez fuente de la neurosis, demarcando de esta manera, un modelo por antonomasia de futuras depresiones del desarrollo.

Partimos de una hipótesis común que da un marco referencial para analizar las violencias afectivas que quedaron reprimidas. Las relaciones patogenéticas son reproducibles en el espacio grupal como forma de abordaje o puesta en acción de escenas correctoras, primeros pasos que posibilitan la aparición de secuelas arrinconadas que, de forma latente, dan lugar, en lo actual, al sufrimiento neurótico, que es en definitiva un sufrimiento infantil.

Trabajar con psicoterapia de grupo con adolescentes diagnosticados de TCA, implica crear las condiciones necesarias y suficientes para la «cura»: el proceso grupal es el contexto social dentro del cual se produce el cambio individual.

Crear estas condiciones implica incluir en la tarea la indagación de algunos factores etiológicos que, inevitablemente, en el proceso terapéutico, nos conducen a eventos traumáticos (tanto hechos, como situaciones sostenidas en el tiempo) que quizás en su momento, por la inocencia, no tuvieron la fuerza hasta que el sujeto víctima resignifica lo acontecido con la incorporación del conocimiento, la perspectiva moral o la ética.

Prácticamente todos estos acontecimientos, han sucedido en situaciones grupales o colectivas. La evidencia clínica, muestra que los «grupos de pares» en la pubertad y adolescencia, son los principales promotores, o al menos vividos como tales, de estas sobrecargas e injurias sobre el narcisismo que entorpecen la construcción de la identidad y los procesos adaptativos.

El grupo de psicoterapia, al estar enmarcado por unas características específicas, su método y sus «reglas del juego», lo convierten en un espacio seguro y eficaz: si el grupo y la influencia de los pares puede ser un «agente generador», también el grupo por las mismas fuerzas sugestivas, puede ser un «agente corrector».

En este sistema grupal operativo actúan diferentes factores terapéuticos sobre lo traumático como son:

- El desarrollo de un sentimiento de pertenencia, antagonista del sentimiento de soledad (el excluido, el raro, el diferente...)

- La alianza tácita que proporciona el trabajo en común sobre un mismo objetivo, dejando fuera los juicios de valor, la discriminación de cualquier tipo, orientación, manera o actitud
- La cooperación desde las diferencias, y el establecimiento de nuevos vínculos
- La comunicación fluida sobre sentimientos y hechos que no se pueden comentar en otros contextos, que no se han podido metabolizar en otros escenarios y momentos
- El aprendizaje sobre la psicología humana, los mecanismos de cura y los otros en un mismo plano de igualdad
- La destrucción del prejuicio mediante el conocimiento del otro especular, una nueva perspectiva.

## **El Objeto**

La psicopatología infantil nos obliga a situarnos ante el auténtico objeto de conocimiento, el sujeto inacabado, en desarrollo y en integración de sus sistemas: biológico, psicológico y social.

No es admisible pensar y actuar clínicamente sobre supuestos que no impliquen la adecuación de los modelos teóricos existentes a la práctica clínica y, consecuentemente, una lectura comprensiva de lo que estamos observando bajo la óptica de la interdisciplinariedad.

Cualquier manifestación psicopatológica es, al fin y al cabo, la única conducta posible de ese sujeto, en esas circunstancias y en ese momento determinado, analizada sin prejuicios.

La taxonomía psicopatológica, resulta particularmente contraproducente cuando se usa en la infancia y adolescencia. La clasificación predispone a formas estereotipadas de manejo clínico y una huella indeleble, haciéndonos olvidar que estamos ante un fenómeno en movimiento, en constante desarrollo y cambio. Un conjunto plástico donde no hay enfermedades, sino enfermos.

La expresión somática cristaliza un núcleo traumático latente de naturaleza melancólica, bajo la represión de la consciencia. Mediante la utilización de mecanismos adaptativos de defensa (fundamentalmente la disociación, la negación, el desplazamiento y la proyección). La frustración y las pulsiones agresivas quedan sostenidas en el cuerpo y en el tiempo. La *alexithymia*, es la respuesta natural ante situaciones de estrés agudo o trauma psíquico, sobre una base de vulnerabilidad dada fundamentalmente por las circunstancias y la edad; no es suficiente interpretarla sino, más bien, el paciente tendrá que traducirla y resignificarla.

El afecto alimento del alma, el amor como alma del cuerpo, son paradigmas de la complejidad de estas formas que adquiere la herida narcisista, y que se muestra como melancolía inhibitoria del desarrollo. El sentimiento de desamor y despecho transforma en pulsión de muerte un precario amor inmaduro y bloqueado al conocimiento y a la consciencia.

## **El método**

Propongo un modelo institucional e integrado de tratamiento mediante diferentes organizaciones grupales, que abarcan los aspectos biológicos, familiares, sociales y psíquicos de cada sujeto en ese momento. Se trata de grupos abiertos y plásticos que ad-

miten la incorporación de nuevos pacientes y el tránsito a otros niveles de tratamiento en función de la evolución de cada caso.

Este sistema de organización del tratamiento se basa y articula en métodos grupales adaptados, utilizando las diversas formas de relación propiciadas por el sistema creado. Puede ser considerado como un abordaje institucional y una psicoterapia relacional desarrollados en etapas sucesivas de niveles de integración.

A través de la utilización del vínculo, de la relación comprensiva con el paciente, creamos diferentes momentos en un espacio simbólico artificial que permite profundizar en el tratamiento de una manera intensiva y breve, a la vez que se crean nuevas oportunidades de interacción social en un clima de aceptación y tolerancia.

El grupo devuelve al paciente múltiples reflejos de imágenes de sí mismo, un fenómeno especular. En este espacio y en este tiempo de tratamiento (el Hospital, la sala de hospitalización, los hospitales de día, el tratamiento ambulatorio y el seguimiento), permiten la transferencia y la proyección simbólica de escenas familiares biográficas que actuaron como desencadenantes de lecturas que condicionan la realidad actual.

El abordaje terapéutico de estas realidades biográficas en la urdimbre grupal, la interacción y profundización relacional, y las condiciones del trabajo clínico (*setting*), operan como factores hipnagógicos que facilitan la caída de la represión y la aparición de la emoción expresada. Se presenta en ese momento una excelente oportunidad para la elaboración simbólica de lo traumático; un viaje imaginario hacia aquel espacio tiempo fagocitado en un

agujero de angustia inconsciente. La negación somete, la aceptación transforma; esto es, la depresión de la cura.

La dialéctica de esa lucha entre eros y thanatos, se recrea en el espacio terapéutico (*el spatium*), unido al ser del lenguaje, perceptible en el tiempo, como sucesión de fenómenos que van irreversiblemente del pasado a la prospectiva de un futuro. Memoria emocional inconsciente que intentamos integrar en el recuerdo biográfico consciente.

En ese clima y en esa textura que crea el propio grupo, la emoción se expresa través de las palabras, se reescribe lo imaginario. Se movilizan nuevas orientaciones de la libido, se intercambian experiencias biográficas, se descarta lo pueril o lo banal y se da la posibilidad de liberar el deseo, un proyecto congelado en el reservorio del cuerpo y sus funciones.

En los métodos de psicoterapia del siglo XXI, se vislumbra una nueva forma de tratar estos trastornos, quizás nos acercamos a otro concepto cultural e instrumental de lo místico, donde alma, psiquismo y cuerpo se nos muestran como aspectos complementarios de una misma realidad. Real e imaginario en proceso dialéctico, en relación recíproca de influencia, de percepción y proyección: emoción expresada y trabajo psíquico en un conjunto social.





## 11. El Equipo Interdisciplinario

Modelos como el de salud mental comunitaria o equipos interdisciplinarios, son en realidad una denominación genérica ya que no conforman una teoría formal en sentido estricto, pero pueden ser considerados como puntos de partida que sintetizan acciones sociales y sanitarias realizadas desde una perspectiva no medicalizada de comprensión del fenómeno psicopatológico; esto es, desde la perspectiva de probabilidad y poli causalidad en las hipótesis etiológicas y en los sistemas de investigación y tratamiento del problema.

Esta propuesta surge como corolario de la evolución del concepto de lo psicopatológico como «cualidad emergente» de los sistemas de interacción social y del desarrollo de la intervención psiquiátrica institucional que intenta poner a prueba una hipótesis tradicional: la institución manicomial o sucedáneos contemporáneos como las unidades hospitalarias, no son el lugar más adecuado para el tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales sino, más bien, las instituciones naturales o de pertenencia bajo guía y supervisión profesional en aras de una adaptación activa a la realidad del paciente.

El sujeto enfermo, en tanto anudado al conjunto, es síntoma de la institución que le da lugar. Sujeto y sistema, grupo y cultura deben ser también objeto de investigación de la etiopatogenia

y en ellos, fundamentalmente, se debe centrar la estrategia de tratamiento psicológico. La propia demanda social está, más que nunca, en la difuminada frontera que separa lo social de lo sanitario en el campo de la salud mental.

El equipo interdisciplinario se puede definir como el conjunto de especialistas que comparten el interés de hacer los campos de intervención más efectivos en la práctica de cada saber hacer; esto supone una actitud receptiva a las necesidades de distinta orientación (de los pacientes y de los compañeros) y una disposición a la cooperación. Se pretende con este diseño contemplar las necesidades del personal asistencial que, según investigaciones precedentes sobre estructura hospitalaria psiquiátrica, aparecen como más importantes en relación con la evolución de los pacientes, que los procedimientos y metas institucionales explícitamente establecidos.

Este diseño, desde el punto de vista metodológico, intenta proponer una manera de dotar a los equipos de instrumentos técnicos o mecanismos que les permitan un reciclaje, una supervisión de su trabajo como grupo y un ajuste permanente de la profesionalidad y de la calidad en la asistencia de manera cogestionarla. En el sentido más estricto del término, el funcionamiento de los equipos se debería considerar como de un «grupo operativo»: grupo compuesto por un número limitado de personas con roles complementarios y que cooperan motivados por una misma tarea, y se coordinan mediante una jerarquía funcional a través de un marco conceptual común que usan como referencia que guía su acción.

El grupo, además, se debe centrar en una doble tarea: sistematizar datos extraídos de una realidad patógena, comprenderla y proponer vías de modificación de la misma y, al mismo tiempo,

dotarse de una organización funcional interna acorde con el objeto de estudio; esto implica un trabajo de análisis permanente o cíclico sobre sí mismo.

Lo que atañe quizás a lo más importante y lo que debería estar al comienzo de cualquier protocolo de procedimiento, es la problemática del equipo que trabaja o pretende trabajar con este sistema, en tanto este sistema operativo de trabajo del equipo interdisciplinario implica sistematizar datos extraídos de la realidad para poder comprenderla y modificarla y, al mismo tiempo, organizarse acorde con el objeto de estudio.

Para lograr todo esto, es fundamental que el equipo genere un lenguaje común coordinado, es decir, que desarrolle un esquema conceptual de referencia, y que se articule en base a un principio de jerarquía funcional, más allá de que haya una organización jerárquica institucional. Es decir, la distribución de papeles y de roles en cada uno de los grupos, en cada uno de los módulos y en cada una de las fases. Esto implica al equipo interdisciplinario en un análisis permanente sobre sí mismo, en tanto también, como dijimos antes, por el teorema de Stanton y Schwart, los equipos realmente repiten de alguna manera la patología que están observando y trabajando.

En este sentido es importante desarrollar una teoría de la técnica y, en cualquier caso, si volvemos al punto de origen de lo que planteaba la teoría de los sistemas, deberíamos tener siempre presente el concepto de «grupo artificial», es decir. Todo grupo de psicoterapia implica la creación de un sistema de «masa artificial», en términos freudianos, en donde se articula la doble ligazón libidinal, que implica a los sujetos en el sistema, es decir, con el líder y la institución sanitaria, con los representantes de ella, y entre los individuos. Esta doble ligazón libidinal es lo que provoca el funcionamiento del grupo como tal.



## 12. Anorexia, Bulimia y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria

En este capítulo, se explica el método clínico creado en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Sección de Psiquiatría y Psicología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid y que hemos desarrollado junto con el Profesor Gonzalo Morandé (†), y equipo<sup>4</sup> durante los primeros veinte años de funcionamiento de la Unidad.

Esta filosofía de trabajo y este sistema de organización del tratamiento, se basan y articulan en métodos grupales adaptados, utilizando las diversas formas de relación propiciadas por el sistema diseñado, y puede ser considerado como un abordaje institucional y una psicoterapia relacional desarrollados en etapas sucesivas de niveles de integración.

Nuestra intervención no va a centrarse únicamente en el paciente en sí, sino en toda la red vincular en la cual está integrado, la situación encubridora donde el tiempo se detiene en el engrama natural

---

<sup>4</sup> Equipo:

Dr. Gonzalo Morandé Lavin (†)

Dra. Montserrat Graell Berna

Dra. M<sup>a</sup> del Mar Faya Barrios

Dr. Ángel Villaseñor Monterroso

Dr. Eduardo Paolini Ramos

en el que se desarrolló la enfermedad. Proponemos en este trabajo, una forma de organización terapéutica adecuada para su tratamiento.

Se trata, para entenderlo en un sentido didáctico, de intentar enseñar a nuestros jóvenes pacientes que la enfermedad, ese lado oscuro, es también una oportunidad que se puede aprovechar para transformar de una manera radical lo que podría ser, de otra manera una carga errática de y en la vida.

La evolución de una modalidad terapéutica grupal con adolescentes con TCA, desarrollada a partir de los módulos ambulatorios grupales se inserta en una solución de continuidad intensiva y escalonada de tratamiento.

Este continuum que va desde el ingreso hospitalario hasta el alta, se puede recorrer en ambos sentidos en función de la evolución de cada paciente. Cada fase, prepara al paciente para la siguiente, volviendo al anterior si el avance no se logra estabilizar en ella.

Por otra parte, al realizar las distintas fases de tratamiento dentro de la misma institución, se genera una idea de proceso y de coherencia, así como un fuerte sentimiento de contención y de protección que funciona como telón de fondo del trabajo terapéutico para pacientes, familiares, estudiantes y profesionales.

En ese escenario, de Hospital de Día intensivo, se constituyen los aspectos biológicos, familiares, sociales y psíquicos de cada sujeto en ese momento. Se trata de grupos abiertos que admiten la incorporación progresiva de nuevos pacientes y/o el pasaje, de alguno de ellos, a otros niveles terapéuticos en función de la evolución de cada caso.

Cada grupo está compuesto por aproximadamente 15 pacientes, con una media de edad de 16 años. Las sesiones son semanales y la duración de cada sesión completa del módulo es de cuatro horas. El equipo y el encuadre de trabajo se establecen de la siguiente manera:

- Un responsable clínico.
- Un coordinador para cada uno de los grupos
- Alumnos en formación que cooperan en la revisión de las variables del plan de vida y que finalmente termina de evaluar de manera integrada el responsable clínico.

Como ya se a mencionado, cada sesión de tratamiento se divide en cuatro áreas de trabajo intensivo e integrado articuladas en diferentes combinaciones de tiempos, guiones, actores y escenarios que se exponen a continuación:

## **I. Grupos de Plan de Vida**

Los grupos de Plan de Vida están constituidos por un mismo conjunto de aproximadamente 12 personas por grupo. Tienen esta primera actividad que suele llevar aproximadamente una hora y luego pasan al grupo de psicoterapia. Durante el desarrollo del grupo de Plan de Vida, si es posible de forma simultánea por parte de otro equipo profesional, los grupos de padres.

Los objetivos fundamentales del grupo de plan de vida son: la prevención de las recaídas y la estabilización médico-psiquiátrica, orgánica y de las variables psicopatológicas centrales, nutricionales, ponderales y psicológicas.

Esta forma de intervención, desde el modelo médico, tiene una importancia fundamental en este tipo de trastornos en tanto

factor organizador infraestructural al estar ante un trastorno con importantes implicaciones somato-psíquica.

El Plan de Vida (concepto desarrollado por el Dr. Gonzalo Morandé), se materializa en un folio de prescripciones en diferentes áreas (alimentación, reposos, horas y tipo de sueño, escolarización, actividades, medicación...) que se revisan cada semana y se ponen en conocimiento de los padres. Dichas pautas incluyen la responsabilidad del equipo tratante por lo que no deben ser motivo de enfrentamientos familiares, el rol de los padres es facilitar su cumplimiento informando al equipo terapéutico de las incidencias que ocurran, o de su incumplimiento.

El método que se utiliza en el Plan de Vida reposa en una situación grupal, es decir, están todos los pacientes presentes en ese momento, pero la revisión es vertical. Se trabaja horizontalmente sobre la colectivización de los emergentes, cuando surge un tema en una revisión individual y que tenga que ver con el conjunto, o por ser algo observado en varios pacientes; a partir de allí, se colectiviza y se trabaja sobre los puntos críticos de manera sintética. Lo mismo ocurre con las intervenciones en crisis o descompensaciones, que son frecuentes en el trabajo cotidiano con este tipo de pacientes.

## **II- Grupos Terapéuticos**

Constituyen la instancia que estructura a todo el sistema, el valor resultante del grupo terapéutico puede ser valorado con el tiempo y a la luz de los niveles de organización y desarrollo madurativo logrados en el aparato psíquico de cada uno de los pacientes. Evidentemente, esta es una labor que solo se alcanza con arte, ciencia y paciencia por parte de todos y cada uno de los componentes en juego.



En lo que respecta a la estrategia global del tratamiento, debemos tener en cuenta que el diseño grupal está basado en métodos grupales y, por tanto, se debe adecuar a las características de cada institución; en nuestro caso, a implicado el paso sucesivo por diferentes tipos de fases y tipos de grupos hasta lograr un mínimo de estabilización que permitiese el alta hospitalaria.

Muchos de los objetivos que se van a desarrollar son aplicables también al grupo de padres y están estrechamente unidos a la metodología:

- Creación de un microsistema social diferenciado, definido por la institución sanitaria y por el contrato terapéutico. Es decir, un sistema social artificial, pero en un contexto muy específico, que es un contexto hospitalario y universitario donde los pacientes se vienen a tratar durante un tiempo determinado, por diferentes profesionales y, al mismo tiempo, depositar confianza en ellos y elaborar anticipadamente la separación que significa la continuidad a largo plazo donde, por edad, probablemente el tratamiento sea llevado por otros profesionales.
- Aprovechamiento de los vectores, o de las fuerzas consecuentes a la dinámica del grupo ya expuesta en el capítulo correspondiente sobre el cono invertido (pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y factor tele).
- Elaboración de la anosognosia, es decir, pasar de la negación masiva de la enfermedad a la toma de conciencia progresiva de enfermedad.
- Desarrollo de una subcultura grupal; es decir, el desarrollo de valores simbólicos que hacen a la identidad de cada grupo, una historia y una memoria propia, con lo cual el grupo pasa a

ser también un grupo interno de referencia y una vez pasado el tiempo pueden ser una referencia a modo de proyección grupal.

La sinergia del propio grupo en relación a otros y de los miembros del grupo entre si, es un proceso frecuentemente rápido, lo mismo ocurre con la identificación con el equipo tratante. Cada sujeto cuando vivencia la intervención sobre un igual, al cual ve enfermo, diferente y análogo, es como si se mirase a través de un espejo; en ese momento, se está identificando con el equipo tratante, lo mismo ocurre si otro sujeto le dice algo o interviene en un sentido terapéutico. Esa identificación es un proceso sin vuelta atrás, que hace que los sujetos, por decirlo así, aún sin quererlo, en un momento determinado, entren en su propia paradoja y tengan que hacer frente a su propia enfermedad.

La tarea de los grupos terapéuticos tiene que estar previamente definida y suficientemente clara, esto forma parte sustancial del encuadre. Los individuos candidatos a cada grupo deben ser seleccionados y preparados previa y adecuadamente.

Desde el punto de vista de los profesionales, podemos considerar el eje de nuestra tarea como un proceso de maduración asistida durante un segmento de la vida. Hay que tener en cuenta que la mayoría de nuestros pacientes están en una franja de edad que va desde los 11-12 años hasta los 18-19 años, es decir, que estamos interviniendo en unas fases de cambios muy importantes.

Los TCA pueden ser permanentes y repetirse alguno o todos sus síntomas a lo largo del tiempo, por lo que debemos también trabajar con una perspectiva preventiva. Pueden tener aspectos hereditarios, tanto genéticos como aprendidos especularmente y, al igual que ocurre con la discapacidad, se suele englobar a todos en un epígrafe que no representa la realidad ni las diferencias entre ellos.

Se podría entender que el sentido clínico del grupo es asistirlos en el proceso de maduración, facilitar el abordaje de las dudas, los miedos, proyectos, etc., esto también va significar la reorganización del sistema de comunicación con el entorno y el tipo de adaptación a la realidad, es decir, pasar de una adaptación pasiva a la realidad a una adaptación activa mediante la investigación conjunta.: investigar juntos sobre el porqué están allí, con nosotros.

Para lograrlo se hace un contrato terapéutico, que es en principio un contrato verbal, pero que tiene que estar refrendado por el paciente y la familia, y estar de acuerdo en las condiciones y en las normas, que van a definir el proceso grupal y con los roles que cada uno va a desempeñar durante el desarrollo de este. Este contrato incluye tiempo, duración, lugar y todas aquellas variables que debemos hacer constantes para que el sistema esté claramente definido y el desarrollo del proceso sea posible.

También, se explicita el problema que pueden significar los grupos externos y el tema de la resistencia natural al tratamiento; en principio, y salvo circunstancias especiales de algunos grupos especiales en que se pueda aconsejar lo contrario, los pacientes no deben verse fuera del contexto terapéutico ya que esta situación resta fuerza al trabajo grupal y facilita las actuaciones fuera de contexto.

De una manera didáctica, promovemos la comprensión de la naturaleza de la resistencia al cambio y sus mecanismos, cómo esta va a surgir necesariamente y la inevitabilidad de su abordaje en un trabajo de estas características.

Se informa sobre el fenómeno de la transferencia, en términos sencillos, ya que es un concepto relativamente fácil de entender, y como es algo que se da naturalmente en cualquier relación humana, sobre todo en aquellas que implican una asimetría de roles

como la posición del paciente y la del tratante; esta situación, implica transferir al otro elemento de uno, otorgar un poder con gran carga emocional al otro.

En esa transferencia, que se va a ir desarrollando y transformando con el tiempo, se reproducen sentimientos arcaicos con el equipo tratante; estos, pueden ser de mucha confianza y seguridad o lo contrario, pasando del amor al odio, igual que ocurre en otras situaciones de la vida cotidiana y en las propias familias, sobre todo en estos pacientes donde la dialéctica amor y odio está casi siempre explícita y ambivalentemente presente.

Las normas de restitución grupal, ya aludidas, implican a la esencia del procedimiento técnico: lo que se genera en un contexto debe ser tratado en el mismo contexto antes de ser trasladado o desplazado sin resolver a otras instancias.

En nuestro caso, si se presentara una circunstancia que no se puede resolver en el grupo, porque hay pacientes o padres con problemas de interpretación paranoide, o que no pueden entender de ninguna manera una determinada actitud del paciente, postergamos una intervención nuestra o, en su caso, cerramos la sesión. Lo mismo ante cualquier situación planteada como dilemática o sin salida, por ello, en el encuadre se especifica que el equipo terapéutico puede apartar a un paciente del grupo de una forma provisional o definitiva, y será el equipo interdisciplinario en sesión clínica quien decida el tipo de estrategia a seguir.

Dentro de los obstáculos que pueden surgir y deben ser comprendidos por pacientes y familias, se incluye el problema de la actuación en términos de teoría de la comunicación, como forma de decir algo con el acto o con el cuerpo, y la utilización de la verbalización como única alternativa eficaz.

Por lo general, y en este momento de desarrollo técnico, los métodos que estamos utilizando son fundamentalmente verbales y en la aparente deriva de la «asociación libre flotante» cuyo hilo conductor latente es la elaboración de la situación depresiva básica ya planteada.

En lo que respecta a la estrategia global del tratamiento intensivo, debemos tener en cuenta que el diseño grupal en base a psicoterapias de grupo breve en una institución de nuestras características, implica el paso sucesivo por diferentes tipos de fases y de tipos de grupos hasta lograr un mínimo de estabilización que permita el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio.

La tarea de los grupos terapéuticos tiene que estar previamente definida y suficientemente clara, esto forma parte sustancial del encuadre. Los individuos candidatos a cada grupo deben ser seleccionados y preparados, previa y adecuadamente, estableciendo las bases solidarias del «grupo de pares».

En el encuadre, se incluye una definición del sistema sanitario que va a tratarlo, esto implica el desarrollo de una confianza básica. En este sentido, no se pretende que exista confianza inicial pero sí, al menos, la suficiente para soportar la incertidumbre y la exposición de la privacidad de todo lo que se diga en los grupos. Para ello también debemos transmitir el secreto profesional que asume el equipo tratante y el «secreto grupal» que todos los miembros deben asumir y mantener bajo cualquier estado o circunstancia.

Dentro de los problemas de la interacción que deben ser comprendidos por pacientes y familias se incluye el problema de la actuación en términos de teoría de la comunicación, como expresión simbólica o manera de decir algo con el acto o con el cuerpo; aquí, potenciamos y enseñamos la utilización de la palabra

como única alternativa eficaz. Debido a la edad y psicopatología de nuestros pacientes el cuerpo y el acto suelen desempeñar un protagonismo en esta etapa y leemos al síntoma como palabra latente concatenada en oración manifiesta.

Por lo general, y en este momento del desarrollo técnico, los métodos que estamos utilizando son fundamentalmente verbales, pero todo el sistema terapéutico asienta en intervenciones estructurales. La verbalización y la puesta en marcha de la función simbólica en sí, ya es un factor suficientemente poderoso para la organización del pensamiento y para la reducción de los síntomas, en combinación con otros métodos terapéuticos. Es poco frecuente que utilicemos lo que los psicólogos denominamos técnicas activas, su utilización está justificada en los comienzos, en grupos de menor edad y en otro tipo de problemáticas, constituyen una manera de movilizar, de «romper el hielo» cuando hay mucha inhibición.

La enfermedad en estos rangos de edad, debería ser considerada como una disfunción, la única conducta posible de ese sujeto en un momento dado; si lo despojamos de sus síntomas, estos podrán aparecer con otra máscara, en los peores casos, con la más temida.

La preservación del sujeto es el principal motivo de la existencia de estos módulos. En cualquier caso, por ahora, el tratamiento hospitalario resulta insuficiente y se debería continuar a posteriori el proceso psicoterapéutico, sobre todo en aquellos casos donde hay comorbilidad.

### **III. Grupos de Padres**

Los grupos de padres, según el modelo que se viene utilizando, difiere de los grupos multifamiliares, en tanto su diseño no con-

templa la participación de los hijos en el mismo tiempo y espacio pero, en su concepto, es análogo en tanto los roles paterno filiales se integran indirectamente mediante el conjunto del sistema (reunión de equipo interdisciplinario), la previsión de entrevistas familiares y de técnicas de confrontación, donde el equipo actúa como catalizador de la comunicación (reuniones de evaluación conjuntas padres-hijos).

El objetivo fundamental del grupo de padres es el establecimiento de una alianza terapéutica entre ellos y el equipo clínico; comparten un mismo objetivo: la cura o mejoría del paciente, aunque este concepto sea entendido de distinta manera por los pacientes, por los padres y por los profesionales, quienes tratarán de aprovechar la fuerza de la colaboración de los progenitores en el tratamiento.

El trabajo con el grupo de padres aminora los sentimientos de culpa siempre presentes en esta y en otras patologías, sobre todo en las mentales. Las intervenciones o señalamientos a veces pueden provocar una reacción contra transferencial negativa. Por esta razón, en el encuadre de estos grupos, se habla a los padres de las implicaciones emocionales de esta forma de trabajo, y del grupo como un espacio en donde poder reflexionar y trabajar para facilitar la mejoría de sus hijos, objetivo común que los reúne.

La disminución de los sentimientos de culpa permite la toma de posiciones activas por parte de los padres, la asunción de nuevos roles y actitudes que producen una modificación de la estructuración de las redes de comunicación y por tanto del sistema. El trabajo con el grupo de padres les permite a ir incorporando paralelamente conocimientos básicos sobre el periodo evolutivo que están atravesando sus hijos, así como de los conflictos inherentes al mismo (adolescencia), y el impacto que produce en ellos.

El método que utilizamos en estos grupos de padres es el de grupos operativos, grupos centrados en la tarea con el análisis de los manifiestos y de los latentes, el desarrollo de un esquema conceptual de referencia, es decir, de un lenguaje común para que los padres puedan operar y puedan entender y comprender mejor la enfermedad, es decir, ponerles palabras a los sentimientos, a lo que ellos observan en su casa y a la comunicación entre ellos. En principio son grupos bastante directivos, pero que a medida que se van desarrollando dejan de serlo para pasar a ser más cogestionados.

Esta manera de abordaje, implica el análisis de las cualidades emergentes, es decir, aquellos elementos que emergen del sistema que estamos estudiando, esto es, aquello que se presenta como angustioso, como crítico o compartido por varios miembros. Este sistema permite una contención de las emociones básicas, un espacio para la creación y el desarrollo de las habilidades, y en el caso de que se detecte psicopatología parental, cosa bastante frecuente por otra parte, la derivación a la red del sujeto, el padre o familiar, enfermo.

El trabajo con el grupo de padres aminora los sentimientos de culpa siempre presentes en esta y en otras patologías. Las intervenciones o señalamientos a veces pueden provocar una reacción de contratransferencia negativa, sumada a la disputa inconsciente sobre la auténtica «pertenencia del alma infantil».

En este caso, al igual que en el grupo de psicoterapia, todo lo que se genere en ese grupo, debe ser trabajado bajo el principio de restitución grupal, es decir, debe ser procesado en el contexto en el cual fue generado. Este principio es fundamental en un medio donde los padres se encuentran e interactúan en diferentes situaciones dentro y fuera del Hospital por afinidad y en la búsqueda espontánea de contención.



El paciente, en tanto portavoz de una estructura relacional, suele ser el miembro más fuerte de la familia y su cura provoca la desestabilización del sistema familiar y/o de alguno de sus componentes.

Para los pacientes es importante saber que sus padres reciben otros apoyos, les libera del sentimiento de culpa y del rol de cuidadores auto arrogado y de la sobrecarga inherente a esta posición en estas edades. A menudo observamos un intercambio de funciones entre madres e hijas con TCA, de la cual existen indicios de aparecer como repetición genealógica.

Es fundamental, además, dejar claro desde el principio que «el grupo de padres no es un grupo de psicoterapia» en sentido estricto y, por tanto, no sustituye a la misma en caso de ser necesaria, aunque los padres a menudo lo vivan así ya que tiene una implicación y un sentido terapéutico.

#### **IV. Grupo de Grupos (grupo multifamiliar)**

El grupo de grupos o grupo multifamiliar, es un último espacio de trabajo en común puesto en marcha: «grupo de pacientes en conjunto con el grupo de padres», ya que, la propia dinámica del tratamiento y sus exigencias intensivas, así como la presión asistencial, han ido imponiendo a los terapeutas la necesidad de este instrumento necesario para cerrar de manera consistente y coherente la intervención global.

Estas reuniones de grupos se realizan cuando ambos están preparados para trabajar un ciclo del procedimiento (una vez al mes aproximadamente). En ellas nos concentramos en las cualidades emergentes coincidentes en ambos grupos que han trabajado en

paralelo. Especialmente se abordan temas que aparecen como puntos de bloqueo o conflictos que impiden el cambio o el progreso del tratamiento. Estos puntos tienen que ver con aspectos relacionales entre el paciente y alguno de sus progenitores, «secretos familiares», malentendidos, vivencias traumáticas, atribuciones, situaciones generadoras de sentimientos de culpa, etc., que inciden sobre el síntoma y sobre la evolución del cuadro.

Durante la sesión grupal todas las comunicaciones han de realizarse a través de los terapeutas que actúan como catalizadores, regulando las interacciones directas padres-hija o viceversa, y evitando el inicio de discusiones circulares que impidan el trabajo terapéutico. Cada núcleo familiar tiene un tiempo propio en el que se tratará su punto de urgencia de ese momento. Al final de la sesión todos deberían haber hablado.

Aunque todo el equipo está presente, el terapeuta que conduce este grupo multifamiliar es el responsable clínico del grupo de pacientes y en ese lugar, realiza una función de intermediario, moderador y catalizador de la comunicación.

El terapeuta del grupo de padres, coterapeuta en este grupo grande, recoge una importante información *in situ*, sobre todo en lo referente a la interacción familiar, para luego trabajar en los siguientes encuentros de grupo por separado.

Aparentemente, se trata de un trabajo con menor profundidad en un sentido psicoterapéutico, ya que aparece ligado a la superficie de la realidad, pero importante y necesario para el desarrollo del tratamiento en tanto intervención estructural; se trata, de poner en juego la función de límite y ley, tanto para las pacientes como para las familias operando a modo de función paterna simbólica.

Otra variante de esta técnica consiste en que cada padre, madre, o ambos, los que hayan acudido ese día a la sesión, pasan durante unos minutos en el grupo de psicoterapia de los pacientes. Suele ser, al comienzo, una situación comprometida para los progenitores, pero muy rica para todos ya que obra como escenificación de las representaciones verbales previas, y dónde los comentarios del paciente y los compañeros de grupo facilitan a estos padres acceder a una imagen diferente de sus propios hijos.

Hay un aspecto muy importante del trabajo en los grupos, y es la función de los otros como espejo. No como un espejo narcisista, sino un espejo que nos devuelve a la vez lo igual y lo diferente. Lo igual, lo compartido nos puede identificar, lo diferente nos enseña y enriquece.

### **En conclusión:**

- El grupo, cualquier grupo, en esencia lo relacional, puede ser un generador de patología, pero también el lugar corrector si conseguimos utilizar su fuerza solidaria en y para la cura. Un grupo terapéutico es siempre un grupo artificial y la selección y preparación de los pacientes es un factor importante para su buen funcionamiento.
- El grupo multifamiliar, como continuidad de los grupos previos diferenciados, da otra oportunidad, tanto a los padres como a los pacientes, de expresar y compartir sentimientos y de ayudar al insight de las interacciones y dificultades familiares.
- El grupo multifamiliar es un espacio muy potente a nivel terapéutico, ya que permite observar in situ las interaccio-

nes de cada núcleo padres e hijos, y los cambios en las actitudes cuando los grupos trabajan por separado o en conjunto. Permite, así mismo, la confrontación de contenidos concretos y desbloquear las situaciones que los acompañan impidiendo el progreso del tratamiento. Es un lugar privilegiado para intervenir sobre el funcionamiento intrapsíquico y sobre la estructura relacional de los sistemas familiares.

Como equipo, creo que hemos mantenido una actitud abierta que ha permitido por un lado el trabajo libre y cercano al paciente y al progreso del desarrollo grupal, y por otro una reflexión constante y una puesta en común continua del equipo terapéutico. Siendo esa sincronía paciente-grupo-equipo, la que permite construir un lenguaje común y un abordaje complementario, tanto en el grupo de padres y de pacientes, como de los temas y dificultades que van surgiendo a lo largo del tratamiento.

### **Organización del tratamiento**

El sistema de tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que se aplica en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid puede considerarse como un abordaje institucional, que se desarrolla en etapas sucesivas y con diferentes niveles de integración. Contempla el tratamiento simultáneo de la psicopatología frecuentemente asociada a estos trastornos, y se articula en base a métodos grupales.

Nuestro trabajo no va a centrarse únicamente en el paciente en sí sino en toda la red vincular en la cual está integrado, el engrama natural e institucional. Teniendo en cuenta lo anterior, el sistema que por tanto hemos desarrollado tiene una estructura

adecuada al objeto en estudio, es un sistema institucional de cuidados grupales integrados, que abarca los aspectos biológicos, la interacción familiar y otros grupos de pertenencia, los grupos de referencia del paciente, y la organización psíquica de cada sujeto en relación a este contexto. Con ello, intentamos proporcionar un espacio grupal artificial (institucional) para el desarrollo de los vínculos de una manera asistida, que se podría denominar también unidad de cuidados asistenciales y parentales de las relaciones perturbadas.

La estrategia de tratamiento contempla un desarrollo escalonado y por fases, dentro de una continuidad en donde se van cumpliendo los objetivos que dan lugar al paso a la fase siguiente. Cada etapa intenta preparar al paciente para la consecutiva, por lo que cada escalón del proceso de cambio puede ser considerado como una prueba de aptitud o del grado de estabilización logrado, y desde la cual se puede volver a la fase anterior o al inicio del tratamiento que sería en este caso el ingreso o reingreso hospitalario.

Un elemento fundamental que explica la razón por la cual este modelo puede ser eficaz es el concepto de sinergia entre las fases y los módulos de tratamiento. Cada fase, cada escalón del tratamiento tiene una fuerza propia que se potencia en función del porvenir. Si un paciente sabe que detrás está la hospitalización, hará lo posible para no volver a la misma, y el logro de una fase nueva le permitirá sentirse con posibilidades de continuar su desarrollo. Lo mismo ocurre con los módulos (grupos de plan de vida, de padres y de psicoterapia) que funcionan de manera concertada y reforzada entre sí.

El ejemplo más claro para ejemplificar todo, esto sería: cómo un emergente que aparece en el grupo de psicoterapia con un paciente determinado se puede trabajar indirectamente con los

padres, dando estrategias para solucionarlo de una manera más eficaz, o por lo menos con recursos nuevos no repetitivos de los modelos anteriores que fracasaron, o interviniendo sobre las hipótesis causales del mismo.

El grupo puede ser un generador de patología, tanto el grupo de pertenencia (familia), como los de referencia o influencia (amigos, compañeros, etc.), ejemplo de esto son el aprendizaje de las conductas adictivas en grupos de pares. Pero el grupo también puede poseer un principio corrector, siempre y cuando esa fuerza natural del grupo, los parámetros que allí se desarrollan, pueden converger en un sentido terapéutico, de progreso o de cura.

El grupo es nuestro objeto y también nuestro método de trabajo; no solo pensamos en el sujeto como individuo sino como un miembro emergente de un grupo familiar, y en los grupos en sí como un conjunto en el cual se promueve la interacción entre los miembros, más que centrarnos en los contenidos específicos indirectos que se dan en él.

Grupo como factor generador y grupo como principio corrector, grupo como objeto y como método. En nuestro caso, utilizamos como base el método operativo desarrollado por la escuela de Pichón-Rivière, aplicado a la psicoterapia grupal de trastornos de la conducta alimentaria, para lo cual hemos introducido algunas variaciones técnicas.

La organización del tratamiento y el sistema de módulos integrados del cual forma parte es un diseño de tres grupos básicos, con tareas diferenciadas y coordinadas entre sí: grupo de plan de vida, grupo de padres, y psicoterapia de grupo. En fases posteriores del tratamiento, se realizan lo que denominamos grupos de seguimiento.

## **Diseño de los grupos**

El diseño de los grupos y su perfil siempre serán resultantes de la demanda y de los objetivos terapéuticos que nos planteemos. En cualquier caso, siempre los grupos los diseñaremos en base a algunos criterios de compatibilidad, homogeneidad y otros de heterogeneidad, pero estos criterios los usaremos en función del conjunto final. Es decir, que para algunos objetivos nos interesarán grupos homogéneos y para otros heterogéneos en un sentido u en otro. Esta tarea se realiza sobre el material clínico en concreto, es lo que en ciencia se denomina un modelo de desarrollo en función del objeto y de los objetivos.

En la definición del perfil básico necesitamos desarrollar una «masa crítica» como concepto de psicología grupal, es decir, un conjunto necesario y suficiente de pacientes y una variedad o fuerza psicopatológica convergente que nos permitan que el grupo funcione como «por sí solo», es decir que existan los elementos que faciliten el surgimiento de una cualidad emergente, una fuerza resultante que el coordinador tiene que promover y conducir de una determinada manera.

El perfil resultante tiene que interaccionar armónicamente, no puede haber, en términos de teoría de la comunicación, «ruido» dentro del grupo; si lo hay, es un grupo que está mal definido, porque hay un paciente o más bien, conjunto de ellos que están inadecuadamente seleccionados para ese grupo, o porque el encuadre no está correctamente realizado, hay fallos transferenciales o técnicos que inciden en el respeto de las normas.

El concepto de armonía aplicado a los tratamientos grupales, alude a la asociación libre de una manera continuada, en el texto que en construye el grupo en interacción hay una solución

de continuidad, con las inflexiones que provienen de las propias obturaciones en el discurso de los pacientes que, son a su vez, las que determinan los momentos críticos de los grupos y donde encontramos los saltos cualitativos y cambios desde el punto de vista de la psicoterapia.

En la definición del perfil básico debemos tener en cuenta el diagnóstico, la edad, el tipo de funcionamiento mental del paciente, que no siempre se corresponde con la edad cronológica, la psicopatología y la personalidad de base. La fenomenología y el tipo de evolución que tenga el paciente serán parámetros determinantes, no es lo mismo un paciente que esté en un proceso crónico, que sea de evolución más lenta o de evolución rápida, teniendo en cuenta que la apreciación objetiva de este ritmo al principio puede ser engañosa.

El tiempo interno, es un tema importante y a tener especialmente en cuenta en el tratamiento de adolescentes y jóvenes adultos, lo mismo que con el concepto de movilidad de las estructuras patológicas de personalidad, es decir, que lo que hoy observamos como anorexia nerviosa restrictiva, mañana es una bulimia, depresión, cuadro de ansiedad o un trastorno de personalidad. Esto hace a todo lo que es el polémico tema de la relatividad epistemológica de la psicopatología contemporánea, sobre todo en edades con evoluciones inciertas.

Por último, en el diseño de los grupos es fundamental el encuadre y el cronograma y las contingencias que pudieran surgir. El encuadre, ya lo hemos dicho, consiste en fijar variables básicas de trabajo. Y el cronograma, tiene que ver con la previsión de fechas de inicio y finalización, vacaciones, previsión de incidencias, permisos escolares, evaluación del trabajo (tipo de pruebas que se van a pasar antes y después), los siste-



mas de registro de las sesiones y el visto bueno de pacientes y familias.

Así y todo, nuestra postura en los grupos de psicoterapia breve es facilitar y promover que los pacientes se comuniquen entre si y con los adultos, sobre todo porque son fases evolutivas donde este principio organizador del psiquismo es indispensable para un buen pronóstico a largo plazo. También una forma de prevenir las imprevisibles consecuencias de la mujer niña o el hombre niño.



## 13. El grupo operativo en casa

Este capítulo final, fue escrito originalmente como forma de colaborar a mitigar los efectos psicológicos adversos durante el aislamiento provocado por la epidemia del *covid-19* que aún hoy estamos sufriendo, para su difusión entre amigos, colegas, pacientes, y a quien pudiera interesar o ayudar. Aborda, desde una perspectiva actual el núcleo de la depresión central de la cultura que se reactiva ante la amenaza de la enfermedad y la muerte.

Estamos hoy en casa, ante el *coronavirus*, un fenómeno de epidemia a nivel mundial sin referentes contemporáneos, pero que puede evocar a otras situaciones de alerta sanitaria y social, y que siempre han tenido importantes repercusiones a todos los niveles, sanitarios, sociales económicos y psicológicos, a corto, medio y largo plazo.

Las crisis inéditas, como la que estamos viviendo, provocan fenómenos grupales y de masa como la cohesión solidaria, todos, en un breve período de tiempo, pasamos a ser iguales en la fragilidad, sin distinción de raza religión clase social o cualquier otra, hay un común e invisible enemigo amenazante y con riesgo evidente. La conducta individual, micro grupal y colectiva, además de otras, se aúnan en la búsqueda espontánea de métodos paliativos al sentimiento de vulnerabilidad, la sobrecarga emocional y el aislamiento.

El miedo se agiganta al no tener referencias previas y no poder visualizar al enemigo («la mina amenazante debajo del agua»), y se potencia con el aislamiento físico del mundo exterior, aunque sea virtual o un imaginario, a través de internet, televisión, redes sociales, balcones ...

La actitud psíquica operativa es intentar darle la vuelta, extraer lo positivo para que con el tiempo quede un depósito de la experiencia como recuerdo y referencia («cuando era niño ocurrió que...») y prevenir un mayor efecto postraumático. Las alternativas son la cohesión solidaria, el humor y la tolerancia versus la negación la evitación o la agresión, un instrumento puede ser el grupo operativo auto gestionado casero.

El método es sencillo, reunirse cotidianamente con hora de principio, duración, lugar y algunos roles prefijados (encuadre), al comienzo los líderes naturales (madre, padre, abuelo ...) actúan como equipo de coordinación/observación y propugnan y organizan el grupo informando sobre su objeto, método y beneficios.

El coordinador modula, el observador registra y luego lo devuelve al grupo. La tarea es plantear, como si fuese una asamblea, lo que a cada uno le preocupa, molesta o inquieta, y en conjunto a través de la comunicación sosegada, se intenta dilucidar los sentimientos y temores no dichos pero que subyacen y motivan el conflicto y la resistencia al necesario cambio.

Una lectura entre líneas que disminuye el nivel de ansiedad y nos hace más permeables al cambio. En síntesis, transformar lo latente en manifiesto evitando falsas interpretaciones y malos entendidos.

La coordinación se puede transformar en rotante cuando el resto vaya asumiendo la responsabilidad de velar por el conjunto y limar sus asperezas y fricciones.

Darle la vuelta puede significar usar lo que acontece para abrir la mente y dotarla de mayor plasticidad y fuerza cognoscitiva, probablemente a través del sentido de humor y la ayuda mutua. Esto es más factible utilizando el método operativo de dinámica de grupos que permite el análisis y la resolución permanente de los conflictos que surgen en la a veces difícil tarea de la convivencia cotidiana.

Las prescripciones sanitarias, el propio miedo ante lo desconocido y la vulnerabilidad, hacen que evitemos los contactos físicos y la cercanía. Las medidas determinan una excepcional «convivencia anormal» vs la cotidiana habitual y conocida. Esto es y será un proceso adaptativo que puede sacar lo mejor y lo peor de todos, del «nosotros mismos».

Las formas de afrontarlo dependerán de la educación individual, la historia de cada cultura y pueblo, las vías de canalización y experiencias aprendidas para hacerse cargo de la probabilidad de un riesgo cambiante impredecible, improbable o mutante, pero también del aprovechamiento las medidas científicas que la psicología ofrece.

### **Efectos del confinamiento:**

Pueden ser de diferentes tipos y a todos los niveles y con una evolución temporal y cambiante, tanto en el fortalecimiento como la debilitación de los vínculos.

Una vivencia del tiempo particular donde 960 horas pueden parecer la eternidad, allí donde aparece la frase consoladora de

no siempre y acabará. Igual que en los viajes transoceánicos, no deberíamos estar en el reloj, esperando que termine aquí y ahora el fin de este vuelo; mejor en atención flotante en estado alfa, disfrutando del estar suspendidos en el tiempo: *il dolce far niente* por prescripción facultativa.

El estado de ansiedad generalizada ante la incertidumbre, la angustia, la falta de actividad física y la ausencia de relaciones sociales, provoca un estado de interrupción de las aferencias externas, se cierra el sistema a los intercambios con el entorno (entropía positiva) con consecuencias en múltiples áreas, funciones y conductas como la alimentación, el sueño y humor.

El sujeto queda en un estado de vulnerabilidad psíquica con incidencia e interdependencia en los vínculos intrafamiliares, en las relaciones de pareja, entre padres e hijos y en el maltrato doméstico, entre otros problemas. Todo potenciado por los cambios de los biorritmos, la convivencia obligada y las reacciones inesperadas de quienes creíamos conocer. Es decir, aumento y/o disminución de los sentimientos de unión y de separación.

Los saldos positivos y negativos solo se podrán ver con el transcurso del tiempo y estarán en relación con la duración total del periodo del aislamiento. En cualquier caso, una experiencia postraumática y capacidad de resiliencia que ya están en curso.

El confinamiento habría que vivirlo no como aislamiento impuesto, sino como factor aglutinador de fuerzas, unión y sustentación del uno y del otro. El apoyo mutuo, puede ser nuevo caldo donde brote la imaginación que renueva las posibilidades, que muchos creían agotadas, así se aumenta el coraje de enfrentar el porvenir, recreando y ampliando todos los lazos emocionales y sociales.

No solo es lo que pasa, es cómo lo tomamos. Se dice fácilmente, de manera estable y tranquila, pero el cambio radical de rutinas, el sentimiento de **pérdida** de libertad, de las referencias del devenir cotidiano, la reacción depresiva adaptativa, el sistema de control policíaco, el enfado, el cabreo y el disgusto con todo puede estar ya asomando detrás de la puerta.

El antídoto puede ser la organización personal del grupo familiar en cada casa. La autodisciplina conjurada en el grupo ante una nueva forma de vivir, esperemos temporal y no premonitoria, y al calor, porqué no, también de las nuevas tecnologías. Ponerlos, como siempre hacemos naturalmente cuando nos sentimos libres, un plan de vida, unos horarios, unas tareas colaborativas, un orden, que servirán para paliar la ansiedad, el descontrol y la tensión que pueden ser crecientes.

En realidad, además de las características particulares de cada uno, influye radicalmente el cómo cada uno vive en esta situación. A modo de árboles de decisión: si estas solo, si no estas solo si estas con familia, holgado o hacinado; ... pero. En cualquier caso, es necesario interactuar, escribir, quedar por video conferencia concertadas (porque es muy importante mirarse a la cara, reconocerse), aunque nada sea suficiente; en fin, la descarga mediante las palabras. El grupo, aunque sea virtual, puede ser una poderosa medicina.

En la primera semana la novedad, puede parecer hasta divertida, pero no son vacaciones. La segunda, desconectar, cierta inquietud y preocupación. La tercera, ansiedad creciente y ¿qué hago ahora? La cuarta, ¿a ver cuando acaba, realmente va a terminar y podremos volver a tomar unas cañas juntos?, y un enfado ascendente en actitudes, comentarios, redes y rostros. El control y la prueba de realidad, las

noticias por venir y la gestión que vayamos haciendo de ellas serán determinantes.

### **Con los niños, y ancianos o adultos que se comportan como tales:**

Establecer nuevas rutinas estables, un orden mental con acciones ordenadas en el tiempo, un plan de vida cotidiano, que incluya horarios que respeten los ciclos circadianos normales (día/noche), ejercicio físico y juegos activos, formas y horas de alimentación estables, higiene personal y del sueño, evitando pantallas y noticias dos horas antes de dormir (el consumo excesivo de noticias puede tener un efecto tóxico). El auto cumplimiento grupal de las rutinas revierte en un efecto tranquilizador y de seguridad al conjunto, y deberían ser comentadas en el grupo operativo cotidiano.

Pequeñas satisfacciones reconfortantes y emocionantes, por ej. esperar juntos y unidos las 8:00 PM en ventanas y balcones. Solidaridad y generosidad, la liberación que otorga el aplauso ente todos y para todos. Desdramatizar lo insólito, respetando las diferencias, formas y vivencias particulares de cada casa. Nuestro drama y nuestra catarsis colectiva.

Es importante ser conscientes del sentimiento de impotencia para regular los niveles de exigencia y sentimientos de culpa naturales en los padres y utilizar el humor, la creatividad, el ingenio y cualquier forma sublimatoria de descarga emocional para mitigar la situación.

No ocultar, ni distorsionar, información adecuado a la comprensión cabal de cada edad y niño en particular. Tomar los que



acontece con naturalidad, por ej. catarros, donde nos recuperarnos juntos... Contagiar lo bueno de cada uno.

Es el momento de aprender y enseñar nuevas cosas, pasar del yo al nosotros, comprender sintiendo la pertenencia grupal. Incrementar la lectura, escribir, ayudar, colaborar, cocinar, limpiar, cuidar, comprar, compartir, conversar, bailar, usar la cabeza con criterio y regulación programada de ejercicio físico, comidas, trabajo, pausas, con pautas de interacción que hagan la convivencia armónica y operativa. El grupo debe comprender y cada miembro asumir como propio este principio constitutivo de supervivencia del conjunto, de afiliación y pertenencia a la tarea obligada y común.

Estar preparados para las previsibles reacciones adversas y efectos colaterales del aislamiento, significa poder contemplarlas y anticiparlas antes que aparezcan. Rabietas, pesadillas, terrores nocturnos: «el bicho me persigue ...», el temor a la muerte de los seres queridos y la propia, en ese orden. Permanencia y trascendencia (¿quien cuidará de mis hijos?, ¿quién enterrará a mis muertos?).

Es probable una alta prevalencia de angustia psicológica en los trabajadores de la salud y en los cuerpos de seguridad. Debemos cuidar psicológicamente a los que están primera línea y prevenir las probables vivencias de estigma que ya están presentes.

El impacto y las secuelas psicológicas del confinamiento, pueden incluir además de la obvia preocupación socio laboral, confusión, enfado permanente, hipocondría, ansiedad, síntomas obsesivos y/o compulsivos, evitación, fobias, depresión, trastornos psicósomáticos y pánico. En principio pueden ser pasajeros, pero se deben descomprimir de inmediato en el grupo familiar para

evitar la sobrecarga emocional, el estrés postraumático u otros efectos secundarios que pueden ser duraderos. Todos deben saber que, en cualquier caso, podrían ser peores con una mayor propagación de la enfermedad.

La vivencia de imposición y de privación de la libertad, es muy adversa, potencia un nocivo sentimiento de rabia y la búsqueda instintiva de chivos expiatorios, de «responsables», aunque no lo sean, y suelen ser contra aquellos a los que tocó gobernar y gestionar, los que tienen que tomar decisiones.

Además de tóxico y amargo, este sentimiento no tiene más destino que el enfrentamiento estéril, el puñetazo en la mesa. Podríamos sustituirlo, dulcificarlo transformarlo, mediante el proceso sublimatorio del trabajo grupal; como una auto imposición del conjunto en acción altruista y solidaria; lo compartido enriquece, todo se disfruta **más y mejor**, y todo se hace más tolerable. Ojalá el narcisismo político lo permitiese.

Esta, necesito decirlo ahora como agradecimiento, es una situación donde nuevamente se siente, y se verá, la idiosincrasia del pueblo español. Solidario hasta en lo más profundo de sus cuerpos, sus sentimientos y sus órganos.

Alegre, abierto, amable, tolerante, sincero, ingenuamente bello y en esencia bueno, ante vosotros solo cabe decir gracias por saber afrontar históricamente las adversidades y permitir aflorar las creatividades, a pesar de algunos egos inflamado e imposiblemente empáticos («los que contagian sin saberlo»).

La lectura positiva de la adversidad y el nuevo aprendizaje, también permite crear resistencia y las condiciones necesarias para la fortuna.

## Referencias Bibliográficas

- Almenta, E.; García, E. y González Duro, E. (1994): Factores terapéuticos en dinámica grupal. Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XIV, 47-48, 83:97.
- Andrade, M. (1977): O valioso tempo dos maduros. En: O nacionalismo africano continuidade e ruptura 1911-1961. UNESCO.
- Anzieu, D., Martin, J.Y.: La Dinámica de los Grupos Pequeños. Kapelusz, Buenos Aires, 1971.
- Balint, M. (1965): Primary Love and Psychoanalytic technique. Tavistock Publications, Londres.
- Barron, F. (1953): An ego strength scale with predicts response to psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 17, 327:333.
- Bauleo, A. (1974): Ideología, Grupo y Familia. Kargieman, Buenos Aires.
- Bauleo, A. (1977): Contrainstitución y grupos, Fundamentos, Madrid.

- Bauleo, A. (1988): Notas de psicología y psiquiatría social, Atuel, Madrid.
- Bauleo, A. (1997): Psicoanálisis y grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires.
- Bavelas, A.: Un modelo matemático para las estructuras de grupo. Apple Anthropol., 1948.
- Bednar, R.L. y Lawlis, G.F. (1971): Empirical research in group psychotherapy. En: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Bergin & Garfield ed. Wiley, N. York.
- Black More, R. (1725): Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. Ed. Vladan Starcevic, Don R. Lipsitt. Oxford University Press, USA, 2001.
- Bleger, J.: Técnica de los grupos operativos. Acta Neuropsiquiátrica, Bs.As., Vol. I, nº 21, 1960.
- Bleger, J.: Psicología de la Conducta. EUDEBA, Bs. As .1964.
- Bloch, S.; Crouch, E. y Rebsterin J. (1981): Therapeutic factors in group psychotherapy. Arch. Gen. Psy., 38, 519:526.
- Bowlby, J. (1969): El vínculo afectivo. Paidós, Barcelona, 1993.
- Bowlby, J. (1979): Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Ed. Morata, Madrid, 1995.
- Caparrós, N. y Sanfeliu, I (2004): La Anorexia. Una locura del cuerpo. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.

- Corsini, R. y Rosenberg, B. (1955): Mechanisms of group psychotherapy processes and dynamics. *Journal Abnorm. Soc. Psychol*, 406:411.
- Davis, F. (1971): *La comunicación no verbal*. Alianza Editorial. Madrid, 1981.
- Ericsson, E. (1950): *Infancia y sociedad*. Ed. Hormé, Bs. As., 1978.
- Ferrari, F. J. (2017).: Claudio Bermann: su rol en la configuración del perfil del psicólogo en Córdoba, Argentina (1958-1978). *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 19-33.
- Foulkes, S. H. (1968). On interpretation in group analysis. *International J. Group Psychotherapy*, 18, 432-434.
- Foulkes, S. H. (1990). *Selected Papers of S.H. Foulkes: Psychoanalysis and Group Analysis*. Edited by Elizabeth Foulkes. Karnac Books, London.
- Freud, S. (1921): *Psicología de las masas y análisis del yo*. Amorrortu Ed. Vol. XVIII, Bs.As., 1979.
- Friedman, W.H. (1989): *Practical Group Therapy*. Josey-Bass, San Francisco.
- García Badaracco, J. (1990): *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica*, Tecnipublicaciones, Madrid.
- García Badaracco, J. (2000): *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del si-mismo*. Paidós, Bs.As.

- García Badaracco, J. (2005): Demonios de la mente. EUDEBA, Bs.As.
- García-Camba, E.: Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Elsevier Masson. Barcelona, 2001.
- Grier Miller, J. y Miller, J. L. (1989): Teoría general de los sistemas. En: H. Kaplan y B. Sadock, Tratado de Psiquiatría, T. I. Ed. Salvat, Barcelona.
- Guimón, J. (2003): Manual de terapias de grupo. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Hathaway, S.R. y Mckinley, J.C. (1967): Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual Revised 1967. The Psychological Corporation. New York.
- Huertas, R.: Hmabre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa. Departamento de Historia de la Ciencia. CSIC. Frenia, Vol. VI-2006.
- Kaul, T. y Bednar, R.L. (1986): Experiential group research: Results, questions, and suggestions. En: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, ed. 3, S. Garfield, A Bergin, editors. Wiley, New York.
- Kelerman, H. (1979): Group Psychotherapy and Personality: Interacting Structures. Gruñe & Stratton. New York.
- Kesselman, H. (1999): Psicoterapia Operativa: crónicas de un Psicoargonauta. T.I. Ed. Lumen, Buenos Aires.

- Kesselman, H. (1999): *La psicoterapia Operativa 2. El goce estético en el arte de curar*. Ed. Lumen, Buenos Aires.
- Klein, M. (1921): *Contribuciones al psicoanálisis. El desarrollo de un niño*. En *Obras Completas. Tomo II*. Paidós, Bs. As., 1975.
- Konig, K. y Lindner, W.V. (1991): *Psychoanalytische Groppen-therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht. Goettingen.
- Lewin, K. (1951): *La tenora de campo en la ciencia social*. Barcelona: Paidós, 1988.
- Llopis, B. (1954): *La psicosis única. Escritos escogidos*. Madrid. Triacastela. 2003.
- Macchioli, F.: *Enrique Pichon-Rivière: la teoría de la enfermedad única a través de algunos de sus recorridos nosográfico*. ÁREA 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales (ISSN 1886-6530). No 14 – invierno 2010.
- Malan, D.M. (1973): *Therapeutic Factors in Analytically-Oriented Brief Psychotherapy*. En: R. H. Gosling (ed.), *Support, Innovation, and Autonomy*. Tavistock Publications, Londres.
- Mann, J. y Goldman, R. (1987): *A Casebook in Time-Limited Psychotherapy*. American Psychiatric Press. Washington.
- Mc Dougall (1920): *The Group Mind*. Citado por Freud, S.: *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921). Amorrortu ed. Vol. XVIII, Bs. As, 1979, pp. 79:82.
- Mead, G. H. (1934): *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona, Paidós Ibérica, 1982.

- Morandé, G.: Trastornos del comportamiento en adolescentes: anorexias nerviosas, bulimias y bulimarexias. Ed Universidad Complutense. Madrid, 1990.
- Morandé, G.: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. En: Tojo, R. ed. Tratado de nutrición pediátrica. Barcelona. Doyma, 2002.
- Morandé, G.; Graell, M. y Blanco, M.A.: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral. E. Médica Panamericana. Madrid, 2014.
- Moreno, J. L. (1966): Psicoterapia de grupos y psicodrama. México, FCE, 1966.
- Nietzsche, F. (1886): Más allá del bien y del mal. Madrid, Alianza Editorial, 2012.
- Organización Mundial de la Salud: CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Ginebra, 1994.
- Palmonari, A., Pombeni, M. L y Kirchler, E. (1990): Adolescents and their Peer Groups: a study on the significance of peers, social categorization processes and coping with developmental tasks. Social Behaviour, Vol. 5, 33-48.
- Paolini, E. (1977): El concepto de necesidad en la teoría de la Enfermedad Única. Revista Clínica y Análisis Grupal. Año II, nº 2. Madrid; Enero / febrero. Páginas: 34-44.
- Paolini, E. (1978): Vínculo, depresión y duelo en la teoría de la Enfermedad Única. Revista Clínica y Análisis Grupal.



Psicoterapia y Psicología Social Aplicada, Año III, N° 8. Madrid; Enero / febrero. Páginas: 108-123.

Paolini, E. (1978): Consideraciones sobre lo normal y lo patológico. El grupo como agente generador y corrector. Rev. Clínica y Análisis Grupal, Año III, N° 13, Madrid, 6:23.

Paolini, E. (1979): La psicopatología entendida desde el vínculo: procesos fundantes de la personalidad normal y patológica. Revista Clínica y Análisis Grupal. Psicoterapia y Psicología Social Aplicada, Año IV, N° 16. Madrid; mayo-junio.

Paolini, E. (1984): Aportes teóricos y metodológicos a la Psicología Institucional. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

Paolini, E. (1987): Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicoflias, Revista A.E.N. Vol. VII, N°23.

Paolini, E. (1988): El modelo sóciosanitario italiano en la gestión de las toxicodependencias. Revista Comunidad y Drogas, Ministerio de Sanidad. 9: 27-49

Paolini, E. y Azcárate, J. C. (1989): El grupo como objeto y método del hospital de Día. I Jornadas SEGPA, Madrid.

Paolini, E. (1990): Psicología institucional: objeto y método. En colaboración con P. Letamendía. Rev. de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Año X, N° 32. Madrid; Enero / marzo. Páginas: 33-40.

- Paolini, E. (1990): Psicopatología Única. Revista Synthesis. Rassegna quadrimestrale di Psicologia e Psicoterapia. Año IX / X, N° 20-21. Piován Editore. Padova; Mayo / diciembre. Páginas: 25-30.
- Paolini, E. (1991): Proyecto docente y de Investigación: Psicopatología. Libro inédito para el Concurso oposición de Profesor Titular. Universidad Autónoma de Madrid.
- Paolini, E. (1992): Depressione e modernita.... En: A. Bonetti, M. Callegaro, G. Masaraki, E. Paolini y otros; Depressione. Cura di L. Regazzo. Piován Editore, Padova (Italia) Abano Terme.
- Paolini, E.; Penasa, B.; Martínez, M.; Prieto Moreno, L. (1995): Planificación de la Psicoterapia de Grupo Breve en el ámbito ambulatorio y evaluación de los resultados clínicos obtenidos. Comunicación presentada en las XII Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Pamplona.
- Paolini, E. (1996): Psicoterapia de grupo breve en la asistencia pública de Salud Mental. Rev. Clínica y Análisis Grupal, Madrid, N°73, Vol.18 (3), 355:377.
- Paolini, E. (1999): Anorexia y bulimia: enfermedades del adolescente, necesidad de comunicación en la familia. Uniprés redacción: Revista periódica dirigida a la formación e información de la mujer. N° 2, Año II, febrero. Páginas: 20-22.
- Paolini, E.; Morandé, G. y Graell, M. (2000): El grupo de padres en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev. Clínica y Análisis Grupal, N° 83, abril.

- Paolini, E. (2001): La palabra del cuerpo. Tema: La Anorexia. En: Diván el terrible, Publicación trimestral. Nº 12, febrero.
- Paolini, E. (2001): Métodos grupales de psicoterapia para adolescentes. En: El trabajo grupal en la comunidad. Editores: M. Mateos; E. Barron; T. Brouard; B. Trojaola; A. Segura; E. de la Sierra; A. Aguirregomezcorta y E. González de Mendivil. Bilbao.
- Paolini, E. y Díaz, L. (2003): Psicoterapia de grupo en oncología pediátrica. Rev. Interdisciplinar Psicooncología. UCM, Madrid. Vol.1. Páginas 263-270.
- Paolini, E. (2007): Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: tratamiento grupal. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. Vol. 24, Nº 1 (especial), Madrid. Páginas: 53-59.
- Paolini, E. (2007): Tratamientos grupales en la Unidad de Día: trastornos de la conducta alimentaria y psicopatología asociada. En: E. García-Camba: Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Ed. Elsevier Masson, Barcelona.
- Paolini, E. y Díaz, L. (2008): Laberintos vinculares en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev. Clínica y Análisis Grupal, Madrid. Nº 100, Vol. 30 (1). Págs. 157-170.
- Paolini, E. y Colli, M. (2010): Clasificaciones de los grupos terapéuticos en la práctica clínica: una reflexión. En col. M. Colli. Rev. Vínculos, Nº 3. ITGP. Págs. 36-53.
- Paolini, E. (2012): El grupo de grupos (grupo multifamiliar). En: Abordaje de la conflictiva Adolescente hoy. Homenaje a

- Otto Kernberg, 1ª y 2ª parte. Editor Morandé, Paolini y ot. Ed. Internet, 2012.
- Paolini, E. et al. (2014): Tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa del adolescente, Grupos Terapéuticos. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: un enfoque integral. Morandé, Graell. Blanco. Ed. Panamericana, Madrid, 2014.
- Pedreira, J.L.; Palanca, I.: Los Trastornos Psicossomáticos en la Infancia y Adolescencia. Rev. Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente. 2001, 3 (1): 26-51.
- Perls, F. (1969): Sueños y existencia. Cuatro Vientos Editorial, Santiago de Chile, 1974.
- Piaget J. (1967): Biología y Conocimiento. Siglo XXI ed., Madrid, 1975.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1969): Psicología del Niño. Ed. Morata, Madrid, 1973.
- Pichón-Rivière, E.; Bleger, J.; Liberman D. y (1960): Técnica de Grupos Operativos. Acta Neuropsiquiátrica, Vol. I, 1960.
- Pichón-Rivière, E. (1971): Grupos operativos y enfermedad única. En: Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomo II, Ed. Galerna, Bs. As., pp. 277-298.
- Pichón-Rivière, E. (1971): Técnica de los grupos operativos. En: Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomo II, Ed. Galerna, Bs. As., pp. 259-272.

- Pichón-Rivière, E. (1972): El Proceso Grupal, (Del psicoanálisis a la psicología Social, I). Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 2001.
- Pichón-Rivière, E. (1978): Neurosis y Psicosis: una teoría de la enfermedad, en Revista de Psicoanálisis. Bs. As., Tomo XXXV, N° 3, 1978.
- Roback, H.B. y Smith, M. (1987): Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *Am. J. Psychiatry*, 144:426.
- Rodrigué, E. (2000): El libro de las separaciones: una autobiografía inconclusa. Editorial Sudamericana, Bs.As.
- Rof Carballo, J. (1960): Urdimbre afectiva y enfermedad. Ed. Labor, Barcelona.
- Rojas-Malpica, C.; de la Portilla-Geadá, N.; Mobilli-Rojas, A. y Martínez-Araujo, D.: La psicosis única revisitada. De la nosotaxia a la nosología. *Salud Mental*. 2012, vol.35, n.2, pp.109-122. ISSN 0185-3325.
- Rojo Moreno, L.; Cava, G.: Anorexia Nerviosa. Ariel. Barcelona, 2003.
- Rosenthal, J. C.: Algunas consideraciones acerca del vínculo terapéutico en la relación analítica. *Revista de Psicoanálisis*, 1, 1978.
- Rosenthal, J. C.: Interconsulta y encuadre institucional. Presentado en las II Jornadas de Salud Mental, Psic. e Instituciones, APdeBA, 1994.

- Rosenthal, J.C. (1998): Trabajo psíquico. Manuscrito inédito cedido por el autor. In memoriam.
- Rousseau, J. J. (1762): Emilio o De la educación. Alianza Ed., Madrid, 2011.
- Rutan, J.S. y Stone, W. N (1984).: Psychodynamic Group Psychotherapy. Collamore.
- Rutan, J.S.; Alonso, A. y Molin, R. (1984): Handling the absence of group leaders: To meet or not to meet. Int. Jour. Group Psychotherapy, 34:272.
- Salvendy, J.T. (1993): Selection and Preparation of Patient and Organization of (he Group. En: H.I. Kaplan y B.J. Sadock, Comprehensive Group Psychotherapy, ed. 3. Williams & Wiikins, New York.
- Sami-Ali, M. (1992): Cuerpo Real, Cuerpo imaginario. Amorrortu. Buenos Aires.
- Sami-Ali, M. (2002): Pensar o Somático. Lisboa: ISPA.
- Seymour, L.: Teoría y problemas de Teoría de conjuntos, McGraw-Hill. Colombia, 1970.
- Shakespeare, W. (1564-1616): The Sonnets/Soneto de Amor. Editorial: Anagrama, Barcelona, 1974.
- Spitz, R. (1945): El primer año de la vida de un niño. Fondo de Cultura Económica, México, 1981.

- Spitz, R. (1956): No y si. Sobre la génesis de la comunicación humana. Hormé, Bs. As., 1972.
- Stanton, A. y Schwart., M. (1954): The Mental Hospital. Basic Books. New York.
- Thelen, H. (1959): El grupo como organismo. Ed Nueva Vision, Bs. As., 1975.
- Toro, J.: Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Ariel, Barcelona, 2004.
- Turón, V.: Factores culturales en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Rojo Moreno, L.; Cava, G., eds. Anorexia Nerviosa. Ariel. Barcelona, 2003.
- Tschuschke, V. y Czogalik, D.: Psychotherapie: Welche Effekte Verandem. Springer. Berlin, 1990.
- Vaimberg Grillo, R.: Psicoterapia de grupo. Psicoterapia de grupo online: Teoría, técnica e investigación. Ediciones OCTAE-DRO, S.L., Barcelona, 2012.
- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1989): A Concise Guide to Group Psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington.
- Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D. (1971): Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Tiempo Contemporáneo. Bs.As.
- Yalom, I.D. (1966): A study of group therapy dropouts. Arch. Gen. Psychiatry, 11:393.

Yalom, I.D. (1985): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.



## Epílogo

A modo de epílogo transcribo, con su conocimiento y consentimiento, las reflexiones personales de una joven mujer, que siguiendo su deseo llamaremos «Eva», es sobre la anorexia y su personal vivencia.

Elijo este texto porque creo sintetiza y expresa la voz de muchas «niñas» afectadas que pueden sentirse identificadas. Ellas, han sido el motivo central y mi referencia simbólica de mi actividad clínica durante los últimos años y de lo expuesto en este libro.

Creo que puede ayudar a los lectores a representar mejor la perspectiva pensada desde «la otra orilla», desde aquella del que la padece; una radiografía interior de sentimientos escritos de puño y letra que reflejan una dinámica psicológica interna intensa expresada en su propia composición literaria.

Evidentemente, no puedo compartir al menos dos de sus conclusiones, que sólo el que la ha sufrido puede comprenderla, y no necesariamente tiene que formar parte de la identidad definitiva de una mujer, ni ser su inexorable y predestinado destino. Están interceptadas por la inevitable percepción parcial de nuestra posición mental en la consideración y sentimiento personal del tiempo, la inevitabilidad del momento y todo aquello a lo que

aún no se arribó, lo incierto, el por vivir. Aquello que hoy son solo incertidumbres, mañana podrían sean certezas.

La anorexia, la bulimia, los trastornos de la conducta alimentaria en general, al igual que otros trastornos psicossomáticos y de comienzo temprano, o finalmente, la etiología depresiva que en su fondo los provocan, pueden tener mejoría y cura. Las condiciones no son fáciles, pero si se desea profundamente, se realiza un proceso psicoterapéutico adecuado, con tiempo, continuidad y adherencia al tratamiento, si se cumplen las indispensables premisas, esto puede ser posible. El objetivo es diáfano: no quedar sometidas a los estériles bucles de la obsesión.

Este texto, como ya lo expresé en el manuscrito que precede sobre lo observado en la práctica clínica, es una foto fija de un aquí y ahora, pero nunca debemos olvidar que estamos ante un fenómeno en permanente movimiento. Una novela que hoy se está reescribiendo.

Con el paso del tiempo, me gustaría poder leer algo así como: «así yo me escribía, en aquella época era la única conducta posible. Ahora, comprendo que fue necesaria para encontrarme, para poder ser hoy la mujer que soy, la que quería ser sin saberlo; yo, completa, la que escribe este nuevo capítulo ...».

Gracias «Eva», por su sinceridad, generosidad y ayuda.

## «Anorexia»

«Se volvió parte de mi vida antes de que fuese consciente de su presencia. Se volvió mi aliada, mi enemiga y mi identidad. Pocas veces puedo definirme sin nombrarla, y si no lo hago es por miedo. Miedo a ese estigma social, en el que esta enfermedad es vista como un capricho innecesario y pasajero. No lo discuto, es innecesaria, pero ojalá fuese pasajera.

Muchas veces he intentado explicar su procedencia. Tengo mil teorías, todas igual de válidas, pero de poco me sirve y poco me importa. El pasado es pasado, y lo que me acompaña a diario es el presente, y en el está. A ojos ajenos muchas veces no se ve. Como, bebo, me río, me arreglo y disfruto de lo que mi cuerpo me puede ofrecer. Pero eso no es la única verdad. Estoy dividida en dos, y creo que siempre lo estaré, la única diferencia es que a veces puedo callar la mitad enferma y otras veces esta me supera.

Hablo de esa voz como si fuese externa, un ser malvado que viene y va y que juega con mis pensamientos y miedos. Que equivocada estoy, es tan mía que hasta le tengo cariño. Creo que no habría Eva sin ella, me da pena decirlo, pero estoy tan acostumbrada a que este que, si se fuese, algo que creo poco probable, sentiría un vacío que pocas cosas podrían llenar.

Las personas estamos hechas de sucesos, de miedos, de éxitos, de fracasos y de alegrías. Pero creo que las tragedias son las que mas nos moldean. Mi tragedia empezó siendo ajena a mi, con mi [denominación de un familiar]. Pero me moldeó, me moldeó para hacerme insegura, para sentir el miedo a lo impredecible y a que no se puede esperar nada de nada ni de nadie. Me moldeó, me hizo ser como soy y seguramente comenzó allí el vacío que llenaría la presencia de mi enfermedad.

Se dice que la anorexia no es una enfermedad fácil de llevar. Que las personas que la padecen son personas con una inteligencia emocional grande, que son personas autoexigentes, perfeccionistas y con una gran capacidad de razonamiento. Es irónico, todos esos factores deberían ser positivos. Debería servir justamente para luchar con mayor fuerza contra la enfermedad, pero el problema es que esos dotes se posicionan en ambos lados, en la parte sana y la enferma. Y seamos realistas, donde más pueden hacer alarde de su existencia es en la enferma. Estar sano es fácil, comer, beber, son cosas naturales para el ser humano. ¿Cómo podemos destacar así? ¿No es fascinante poder controlar justamente algo tan sencillo y natural?

Cuando me preguntan sobre lo que siento o hacia donde quiero llegar con la enfermedad no se responder. No hay respuesta, soy consciente de que la enfermedad no tiene objetivo alguno, la delgadez no es la meta. El llegar a quererse a uno mismo tampoco. Es mas cada vez sientes más pena y asco, tu mente no razona, nunca es suficiente. ¿Entonces por que luchamos y sufrimos si no hay recompensa o meta alguna? Por la sensación de poder.

Cuando trabajas codo a codo con la enfermedad sientes la recompensa de un poder ficticio. Consigues superar el hambre, consigues burlar el cansancio y consigues anteponer todo por y

para la enfermedad. Es más, cuanto mas hambre sientas es mejor, cuanto más cansada y deteriorada te note la gente, mejor estás haciéndolo, y cuanto menos salgas y menos contacto tengas con la gente y mas pena sientan por ti más cerca estas de ser alguien. De tener un lugar en esta vida que tanto te asusta. Porque al final ese es tu gran miedo: no conseguir nada en la vida, no tener el control de tus actos y ser invisible. Porque para ti ya lo eres.

La enfermedad te posiciona como el eje central de su vida. Ella te necesita, tu la «alimentas» y ella te lo agradece con un sentimiento de ser alguien y conseguir algo. Soy consciente de que justamente ocurre lo contrario. La enfermedad coge las riendas, y la persona que eras se esconde y pasa a un segundo plano donde la callas. A veces resurge, a veces lloras y odias a la persona en la que te has convertido. Pero justamente por eso vuelves a echarla de tu vida, porque tu «yo de antes» solo te da dolor. La enfermedad al final te engaña recompensándote con su orgullo.

En cuanto al poder que tienes cuando enfermas. Otra basura que te cuentas a ti misma, pero es más fácil engañarse que escuchar la verdad, aun cuando eres consciente. Pierdes el control de tu vida, para asumir otra totalmente distinta, una en la que tú decides y ejecutas. Cuanto más caso hagas a tu parte enferma, más difícil será retroceder.

Lo comparo con la droga. Somos drogadictos de la adrenalina y del «amor propio» que nos genera esta enfermedad. Necesitamos sentirnos poderosos, necesitamos sobrepasar los límites. Es igual a las autolesiones, mis brazos están llenos de marcas, lo más fácil y lógico es explicar que son castigos hacia mi misma. Pero no es del todo real, son premios que otorgo a la enfermedad. Son dosis rápidas y efectivas de mi droga. Cuando no puedo más, cuando la voz me pide que vuelva «al control» y mi parte enferma siente cada

vez mas asco de mis actos y de lo que me he convertido (o vuelto a ser, mejor dicho) la callo autolesionándome. Es como quien da un chupete a un niño para que calle. ¿Me pides que enferme? Deberás conformarte con que me abra el brazo. Y se conforma, es un chute rápido, efectivo, pero de corta duración. Pero, no sin vergüenza, diré que hay una parte de mi que disfruta de ello, que se siente bien, que siente que es fuerte como para poder hacerse eso.

«Sabes que te hace daño, sabes que no llegarás a nada más que a dolor, ¿Por que sigues con ello?». La pregunta que me hacen siempre, la pregunta que yo misma me hago.

Justamente es allí donde el ejemplo de droga me sirve para explicar lo no explicable: el drogadicto sabe que tiene un problema, sabe que nunca va a ser suficiente y que su vida se volverá incontrolable. Pero ¿y lo que necesita la droga? ¿y lo que la echa de menos cuando por fin consigue desprenderse de ella? ¿Y lo fácil que es caer nuevamente?

Porque no voy a mentir, odio la anorexia, odio los años de sufrimiento que generó en mi y en las personas a las que más quiero. Pero también la quiero. La quiero porque me hizo falsamente feliz, me hizo quererme falsamente, me hizo ver a una Eva de la que sentía orgullo, me regalo un hueco en el centro, me hizo protagonista de una batalla y me hizo sentir falsamente que la estaba ganando.

Cuanta falsedad. Creo que es la palabra que mas define a esta enfermedad. Falso amor, falsas victorias, falsas esperanzas y falsa vida. Pero que falsamente feliz fui y que falsamente orgullosa me sentí de lo que me había convertido.

Hoy nadie de mi alrededor es consciente de la fuerza que ejerce aun la enfermedad en mi. Del peso que llevo sola sobre mis

hombros. De que cada bocado que doy a la comida me supone un esfuerzo, un sentimiento de culpabilidad por no ser lo que una parte de mi desea ser. No son conscientes del esfuerzo que me supone desnudarme delante de alguien, de las veces que me juzgo y pienso ser juzgada. Del asco que me doy y que detrás de muchas sonrisas hay una amargura muy grande. Tanto que mas de una vez surge la duda de si no es más fácil vivir en ese mundo de falsa alegría.

Se que no, se que puedo llegar a ser feliz sin ella. Miento, nunca viviré sin ella, es tan parte de mi como lo es mi piel, mi pelo o mis órganos. Es una parte de mi que siempre estará, siempre me hablará. Llenará mi mente de miedos, de culpabilidades y de sentimientos oscuros, pero la necesito. Porque justamente sin ella hay una parte de mi vida que no habría tenido sentido.

¿Lo que me queda? Aceptarla, convivir con ella y que su voz suene lo mas lejana y baja posible. Callarla con las risas de otras personas, con las miradas que evocan a una Eva que yo misma no puedo ver. Confiar en como me ven los demás, y alimentarte de sus miradas, puesto que las mías no siempre dicen mucho a mi favor.

Y habrá momentos, como este que estoy viviendo, que esa voz enferma coja fuerza, que resuene constantemente en mi cabeza. Que me mire al espejo y mi reflejo me de asco y que mi cabeza no pueda más del cansancio que esta enfermedad me genera. Pero me toca resignarme. Me toca vivir con ella, ceder hasta ciertos límites, dejar que se alimente de mi, pero seguir luchando para que no llegue a coger las riendas de mi vida nuevamente. Cada día que lucho es un día para sentirse orgullosa (y a la vez despreciable, según que parte de mi hable).

Las personas no lo entienden, no las culpo. Creen que por pesar lo que uno pesa, por verte comer, beber y tener una vida normal eres normal. Piensan que tu enfermedad se basa en el no comer, y en el peso que muestre la báscula. Ojalá fuese así, porque entonces ya estaría curada.

La enfermedad es tu mente, es lo que nadie ve y no expresas pero que cada día esta presente y asoma la cabeza para recordarte que no eres nadie sin ella. Pero es que tampoco quieres ser nadie sin ella.

Anorexia, una enfermedad que pocas personas pueden llegar a entender y que las que la entienden o al menos entienden lo que genera, lamentablemente es porque la han vivido.»



## Acerca del autor

Argentino de nacimiento y español por adopción. Educador en Teatro para Niños y Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Doctor en Psicología por Universidad Autónoma de Madrid y Especialista en Psicología Clínica (M<sup>o</sup> de Sanidad y de Educación y Ciencia, España).

Desarrolló su actividad como Profesor en la Universidad Nacional y en la Universidad Católica de Córdoba, hasta el comienzo de la dictadura de 1976. Posteriormente, desarrolló funciones docentes e investigadoras en la Universidad Autónoma de Madrid, la Universidad Pontificia de Comillas y en otras Universidades e Instituciones de España, Cuba, Uruguay, Perú, México e Italia.

Durante los últimos años ha desempeñado diferentes actividades didácticas, clínicas e investigadoras en psicoterapia y métodos grupales aplicados en diferentes rangos de edad, problemas y trastornos psicológicos en el sistema sanitario público español.

Becario del Plan Nacional de Investigación de España y de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología en el *Instituto di Psicologia Sociale Analitica* de Venecia, y en el *Massachusetts Institute* de España (*Community Care Systems*).

Facultativo Especialista de Área en el Servicio de Salud Mental de Madrid y Psicólogo Adjunto del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid, y en la Unidad de Trastornos Alimentarios, durante veinte años y bajo la dirección del recientemente fallecido amigo y compañero Gonzalo Morandé Lavin, a quien dedico este trabajo.



