



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 19 – Invierno 2015

El equipo coordinador desde la Concepción Operativa ¹

Victoria de Felipe García-Bardón ²

Resumen

El presente trabajo revisa algunas aportaciones de la Concepción Operativa respecto al equipo coordinador, coordinador y observador, en sus funciones de psicoterapeutas grupales. El marco en el que se centra es el Dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. Se reflexiona sobre algunas contribuciones del pensamiento de Enrique Pichon-Riviére, conceptos de tarea, emergente, portavoz y evaluación del proceso grupal, en su aplicación a diferentes encuadres grupales.

Palabras clave. *Concepción Operativa. Coordinador. Observador. Psicoterapia grupal.*

Abstract

This paper conducts a revision of some features of Operational Conception regarding the team coordinator, coordinator and observer, in its functions of group psychotherapists. The framework in which focuses is the Consultation and Liaison Department of the University Hospital of Guadalajara. It reflects on some contributions of the thoughts of Enrique Pichon-Riviére, concepts as task, emerging, the spokesperson and evaluation of the group process, in its application to different group settings.

Key words: *Operational Conception, Coordinator, Observer, Group Psychotherapist.*

¹ Artículo publicado en *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, nº 18, septiembre 2015, editada por la Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica y publicado en **Área 3** con permiso del editor.

² Victoria de Felipe es psicóloga clínica. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción

Desde la Concepción Operativa (C. O.) se habla de equipo coordinador, coordinador y observador, en cualquier tarea que se vaya a realizar. También en psicoterapia.

¿Por qué Pichon-Rivière eligió estos términos, equipo coordinador y no otros?. Si buscamos en el diccionario la definición de equipo encontramos dos acepciones, la primera: “grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinado”. La segunda: “Disponer cosas metódicamente”. Y coordinar es “concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común”.

Esto es lo que hacemos en la C. O.

La biografía profesional de Pichon-Rivière (Fabris, 2007) puede darnos algunas claves para entender la elección de estos términos. Podemos pensar en dos aspectos.

Por un lado **las primeras experiencias profesionales** Pichon-Rivière las realiza en un Asilo y un Hospital de Oligofrénicos, sin apenas medios para el tratamiento de los enfermos. De aquí surgen dos dimensiones: la comprobación de que los enfermos eran portavoces de su grupo familiar y la comprobación de que a partir de una cierta situación grupal, se podían 'resolver' situaciones de aislamiento e incomunicación. También tuvo que formar a los enfermos más capaces para atender a los más vulnerables en una huelga de enfermeros.

Encontramos varios aspectos que pueden haber influido en la elección de los términos equipo coordinador como son, la importancia del grupo tanto en la enfermedad como en la curación y la “necesidad” de entender y aprovechar los mecanismos grupales para abordar ambas cuestiones.

Por otro lado, **a nivel teórico**, Pichon-Rivière realiza un recorrido que parte de la psiquiatría, pasa al psicoanálisis freudiano y posteriormente al psicoanálisis kleiniano, con la afirmación de que el sujeto se relaciona de entrada, desde que nace, con otros. Más adelante, en el año 1955 fundó IADES (Instituto Argentino de Estudios Sociales) desde el cual comenzó a realizar investigaciones sociales por medio de encuestas de opinión. Le interesaba más aún que antes la vida social como un todo, en sus dimensiones psicológicas, sociológicas, antropológicas, económicas, políticas, etc. En esos momentos ya estaba centrado en la elaboración de un nuevo marco teórico, aportando nuevos conceptos que forman un nuevo esquema conceptual referencial y operativo. Afirma que la teoría de las relaciones de objeto (concepto central del kleinismo) es pobre en comparación con la teoría del vínculo y escribe que “La teoría de la relación de objeto sólo tiene una dirección, mientras que la teoría del vínculo señala relaciones múltiples, es un desarrollo psicosocial de las relaciones de objetos que hace comprensible la vida en grupo” (Teoría del vínculo, 1980. Pág. 114).

Pichon-Rivière señala la importancia no sólo de la relación del sujeto con los objetos internos, sino también con los otros externos, los vínculos, el grupo, la sociedad, afirmando que estos factores tienen una eficacia particular en la configuración de la conducta. Por lo tanto, cualquier estudio que exclusivamente aborde la relación del sujeto con el mundo

interno va a ser necesariamente parcial ya que el paciente no sólo es portavoz de sí mismo y sus conflictos, sino también del grupo al cual pertenece.

Quedó acuñado un nuevo concepto de vínculo, y a nivel metodológico planteaba que para **comprender la subjetividad no era ya suficiente la experiencia clínica**. Pichon-Rivière insiste en la necesidad de que todo servicio de psicopatología cuente con un departamento de investigación social ya que lo clínico y lo comunitario se realimentaban recíprocamente.

Estos aspectos van configurando una comprensión del sujeto, de la enfermedad y de la curación en la que influyen múltiples factores siendo inseparables la teoría y la práctica, por lo tanto la respuesta terapéutica tendrá que ser diferente. Incluirá la operatividad como un concepto central, así como la necesidad del trabajo en equipo tanto del grupo que realiza la tarea como del equipo que la facilita, el coordinador y el observador. En nuestro caso grupo de pacientes y terapeutas.

La Teoría de Grupo Operativo como Teoría Integradora

Hemos visto como Pichon-Rivière ha ido integrando conceptos del psicoanálisis, la psicología social y ese aspecto que nos remite a Lewin, que es la importancia que concede al hecho de “experimentar” en la práctica toda nueva conceptualización. Pichon-Rivière fue capaz de crear y desarrollar una teoría que integraba o en la que se articulaban el psicoanálisis, la psicología social y la teoría del campo de Lewin (Vico e Irazábal, 1998).

En 1999, Ricardo Silva en su tesis doctoral reivindica y revitaliza los aportes de Pichon-Rivière a la psicología, realizando un estudio muy interesante sobre las convergencias y divergencias entre la concepción del sujeto sostenida por Enrique Pichon-Rivière y los enfoques teórico-conceptuales vigentes (psicoanalítico, sistémico-interaccional, humanista existencial y cognitivo-conductual).

No me voy a detener en ello, y remito a quien le interese a su lectura, pero podríamos decir que su teoría (y por lo tanto su técnica) incluye: el registro de lo inconsciente, los afectos y el conflicto del psicoanálisis. Pero a la vez la fuerza de lo intersubjetivo y vincular. La importancia del sistema y su influencia sobre el sujeto. El pensamiento en la comprensión, aprendizaje y cambio. La mutua representación interna de los individuos. La conducta y la acción como aspectos a tener en cuenta y evaluar. Y la importancia de la creatividad en este proceso.

Tener en cuenta estos supuestos teóricos nos va a ayudar en nuestra función de coordinadores y observadores. Aclarando, como señala, Buzzaqui (1999) que “no se trataría de plantear que la técnica del grupo operativo es más abarcativa o que incluye más niveles en su análisis, sino de algo diferente: son diversos puntos de vista, diversas maneras de dar cuenta del proceso grupal”.

El aspecto integrador de la C. O. (que en absoluto quiere decir ecléctico) es una ayuda incalculable para trabajar en los Dispositivos Públicos de Salud, ya que en ese contexto,

todas las posibles lecturas, herramientas, técnicas de que disponemos con la C. O. son valiosísimas. Sobre todo, porque su aplicación es grupal.

Una reflexión sobre mi experiencia clínica

En estos últimos años he desarrollado mi trabajo como psicóloga clínica en el Dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. En la Interconsulta se atiende los aspectos psicológicos y psiquiátricos de las personas que están ingresadas por otras patologías médicas. En los programas de Enlace con otras especialidades, se atienden dichos aspectos en pacientes que padecen enfermedades crónicas que implican importantes repercusiones psicosociales.

Las derivaciones de los especialistas a veces son desbordantes y en muchos casos los pacientes no hacen demanda de ningún abordaje psicológico, incluso en algunas ocasiones viven la derivación al psicólogo clínico como algo negativo pues sienten que no les creen o que no saben qué hacer con ellos. Además son pacientes que tienen enfermedades orgánicas graves, en muchos casos invalidantes. Y con grandes diferencias en cuanto a la capacidad y deseo de introspección o insight. Añadiendo que los tiempos de que disponemos para atenderles son, en la mayoría de los casos, insuficientes.

Por ejemplo, durante unos años realizamos un programa de atención psicológica y psiquiátrica a pacientes con fibromialgia (FM) en coordinación con Reumatología. Y en poco tiempo nos vimos desbordadas (la psiquiatra de I&E y yo) por las derivaciones que nos hicieron los reumatólogos. Muchos de los pacientes llevaban años con los síntomas, además de tener otras enfermedades muy graves. Las limitaciones eran enormes y las repercusiones de su enfermedad en las relaciones con los demás eran devastadoras (de Felipe, 2012).

En ese momento poder organizar grupos en los que incluíamos psicoeducación, es decir información sobre aspectos de su enfermedad y repercusiones psicológicas, o enseñarles alguna técnica Cognitivo Conductual para manejo de dolor fue muy útil. Sin perder de vista la importancia de relacionar sus síntomas con su historia, o de identificar posibles conflictos infantiles o duelos no resueltos que interferían en la adaptación activa a la situación que estaban viviendo. Poder trabajar todos estos aspectos daba la oportunidad de que cada paciente pudiera aprovechar aquellos a los que estaba dispuesto, o de los que era capaz. Todos, además, son importantes en pacientes que presentan tantas áreas de su vida afectadas.

La relajación puede tener el efecto de un “ansiolítico” en un momento de dolor insoportable o de un “hipnótico” en un insomnio pertinaz. La comunicación en el grupo puede servir para identificar algunas de las conductas (queja constante, excesivo centramiento en el cuerpo, dificultad para escuchar) que dificultan de manera permanente la comunicación en su entorno familiar y social y que van provocando el aislamiento. Pero también, y sobre todo, la posibilidad de identificar conflictos no resueltos, duelos no elaborados, carencias afectivas en la infancia o situaciones de maltrato, compartirlos, entender la repercusión en el momento actual y poder “descubrir y vivir otros lugares en el grupo” resultaba imprescindible para

poder ocupar también otros lugares fuera, más sanos, valiosos, sin repeticiones o “culpas” que tenían que pagar permanentemente. Una enorme liberación.

Aclarando algunos conceptos

Pero estamos hablando de grupo sin haber definido qué es un **Grupo para la Concepción Operativa**. Para Pichon-Rivière y Pampliega de Quiroga (2009) un grupo es “El conjunto de personas que ligadas por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna, se proponen explícita o implícitamente una tarea que constituye su finalidad”. Recalcamos la mutua representación interna, que implica grupos pequeños, entre 8 y 12 integrantes, y que se proponen una Tarea.

El Grupo Operativo es un Grupo centrado en **la Tarea**. A diferencia del grupo centrado en el grupo, y del grupo centrado en el individuo, para la técnica operativa, la tarea sería lo fundamental del proceso grupal.

La Tarea consiste en el abordaje del objeto de conocimiento. La Tarea, es lo que sostiene el sentido del grupo, un proceso investido de valor. “La tarea sería el proceso por el cual los integrantes de un grupo recorren un camino, superando el aislamiento individualista, cuestionando las certezas, pudiendo integrar los aportes de otros, difícil camino que cuestiona el narcisismo de cada uno” (Jasiner y Woronowski, 1992, en Baz, M. y Zapata, Y., 2003).

Por lo tanto, como indica A. Pampliega de Quiroga (1999) en sus clases sobre dialéctica: “La situación de tarea en un grupo implica un movimiento de transformación, implica un cambio”.

El concepto de Tarea es complicado pues se refiere a diferentes aspectos, por una parte es lo que se propone el grupo (el grupo está ahí para realizar una tarea), pero cuando Baz y Zapata (2003) señalan que también es el proceso por el que el grupo transcurre, puede estar relacionado con el hecho de que Pichon-Rivière también llama Tarea a un momento del proceso grupal en el que el grupo hace insight, y que aclararemos más adelante.

Cuando hablamos de Tarea, nos referimos a una **Tarea manifiesta y otra latente**. La manifiesta es la que convoca al grupo, y tenerla presente es de gran ayuda. La latente (no manifiesta) se refiere a las ansiedades que se ponen en juego en todo proceso de cambio, ansiedades depresivas por lo que se pierde y paranoides por lo nuevo, lo desconocido. Ansiedades que se van a manifestar como una **resistencia al cambio**, y que podremos visualizar a través de los obstáculos que dificultan el proceso grupal.

Si avanzamos un poquito más en el análisis de cómo manejamos esto en un grupo de psicoterapia llegamos a otros dos conceptos centrales, que son los de **emergente y portavoz**, que tiene que ver también con la **horizontalidad y verticalidad**.

Estamos en un grupo de psicoterapia, cuya Tarea es resolver los conflictos, duelos, situaciones previas y actuales que se expresan a través del síntoma. Trabajamos esta Tarea desde lo manifiesto pero sabemos que hay una serie de resistencias latentes que, como coordinadores, hemos de explicitar y resolver para continuar avanzando en el abordaje de la Tarea manifiesta (por supuesto no sólo hay resistencias ya que la atracción por lo nuevo es un aspecto de mucho peso en la posibilidad de cambio). ¿Cómo podemos escuchar dichas resistencias?, a través **del portavoz**, de algún miembro del grupo que por su verticalidad (historia personal, características) conecta con lo horizontal del grupo, con lo latente, y puede hacerlo explícito. La cuestión es que estemos atentos para escucharlo y que el grupo lo trabaje. Este o estos miembros del grupo son portavoces de **lo emergente**, lo que subyace pero que hacen en parte visible. Como señalan Cifuentes, Suárez, Suárez y Tarí (2014) “Se discrimina así el portavoz del emergente, siendo éste visto más bien como una nueva cualidad observable que aparece en el campo y el portavoz como el rol que la vehiculiza”. Y sobre esto es sobre lo que tenemos que trabajar, el grupo con la ayuda del coordinador. Es lo que Pichon-Rivière denomina **Unidad de trabajo**, existente-interpretación-emergente. Es decir hay algo de lo latente que se expresa a través del portavoz, a lo que llamaríamos existente, interpretado por el terapeuta produce algo nuevo, que sería el emergente, que se convierte en un nuevo existente.

Cifuentes, Suárez, Suárez y Tarí (2014) nos aclaran la función e importancia de la **contratransferencia** en la interpretación. Como hemos visto, **lo emergente** (lo latente grupal) es captado a través **del emergente**, que al ser interpretado promueve un cambio, una nueva situación que, a su vez, producirá sus propios nuevos emergentes. ¿Qué elementos, de todos los que surgen elegimos para nuestra interpretación?, y responden “los que puede capturar nuestra contratransferencia”. Aclarar que el término contratransferencia a nivel grupal incluye también, como afirma Bauleo (1988), la historia grupal del coordinador, que se pone en juego en cada reunión grupal.

Viñeta clínica

En un grupo de jóvenes, heterogéneo en cuanto al síntoma, una integrante de 20 años diagnosticada de FM, con una posición muy resistencial en cuanto a poder pensar algo de su historia en relación con el malestar actual, falta a una sesión (emergente) (un emergente puede ser una palabra, un gesto, algo que sucede....) . En la siguiente sesión la coordinadora aborda esa situación (contratransferencialmente desde hacía varias sesiones sentía el malestar de la paciente en el grupo, su no participación, sus risas constantes), y la paciente responde (desde lo manifiesto) que tenía hora con la tutora porque va a retomar los estudios, aspecto muy sano, pero insistiendo más en lo latente se puede abordar su posición en el grupo (en el que había varias integrantes con historias vitales muy traumáticas), posición en la que se presenta como que su enfermedad es orgánica y no hay nada de su historia, de lo psicológico que pueda influir.

Las demás hablan del malestar que sienten ante su actitud, la cuestionan que si no le pasa nada psicológico por qué acude al grupo. La paciente responde que acude para evitar deprimirse y saber llevar bien la enfermedad que tiene. No convence, y preguntan que si quiere evitar deprimirse es porque quizá ya está deprimida, o ha estado deprimida, o nota

que algo le pasa para pensar que se va a deprimir. Responde que sí, que ha estado deprimida pues cuando empezó con los síntomas su novio la dejó, diciéndola que no servía para nada. Su novio se avergonzó de ella. Posteriormente cuando salía cojeando a la calle con su madre la preguntaba constantemente si no se avergonzaba de ella. Se emociona pero rápidamente vuelve a la risa, a la seguridad, se lo señalan, ibas a llorar pero no te lo permites. Es una enfermedad física, no hay nada que provoque los síntomas, sigue insistiendo, puede darme un brote en cualquier momento.

La coordinadora/terapeuta explica que siempre hay algo psicológico en los síntomas, la propia percepción del dolor es subjetiva, por lo que lo psicológico está presente, y que la historia de cada uno es lo que influye en que esa percepción sea de una u otra manera. Propone que se pueda pensar entre todas sobre lo que cuenta para intentar ver si hay algo que pueda influir en lo que siente ahora. Y dice “todo empezó a los 5 años, cuando tuve una meningitis, me llevaron mis padres al médico y me mandó a Urgencias, fue vírica, estuve ingresada y a mis padres les dijeron que se fueran, me hicieron varias punciones...”. Continúa hablando de su familia, que es la pequeña, de su novio, de cuando la dejó, de lo fuerte que ha sido para enfrentarse a situaciones de angustia como cuando una vez se quedó paralizada nadando en la piscina y no podía mover el lado izquierdo del cuerpo.

La coordinadora detiene el relato en un punto y pide al grupo que asocie, se centran en el novio, lo mal que se portó, en lo fuerte que es ella, en lo mal que lo ha tenido que pasar. La coordinadora señala “todo empezó cuando a los 5 años tuve meningitis”, protestas, qué tiene que ver, la coordinadora insiste hay que escuchar, al otro y a uno mismo, ella lo ha dicho. Pensemos entre todas cómo puede influir ese hecho en la percepción actual del dolor, por su parte y por la de su familia, y, por lo tanto, en el manejo del mismo.

Una meningitis es una enfermedad muy grave, en muchas ocasiones mortal, que puede tener secuelas muy graves, paralizarte, quedarte mal. Menudo susto que le pasara eso a la pequeña de la familia, con 5 años. Vulnerabilidad psicológica personal y familiar ante la irrupción brusca de un dolor, de una paralización corporal, o incluso de síntomas menores. Se repite más adelante en la piscina, se puede ahogar, con las repercusiones sociales que tiene, el rechazo del otro, la vergüenza del novio.

Hablan varias a la vez, la paciente les pide que se callen y dice “no lo había pensado de esa manera, puede ser”.

Aquí tenemos una apertura a lo psicológico, en el mejor de los casos a algo de lo inconsciente que pueda cambiar algo de esa posición ante la salud y enfermedad, ante su lugar en el grupo familiar, ante la dependencia de su madre, ante su lugar en el mundo. “Una capa de cebolla”. Queda mucho por recorrer, puede que continúe o no. Pero esta nueva forma de entender la influencia de lo psíquico en su síntoma puede tener efectos importantes en su vida.

El grupo operativo es un conjunto de personas con un objetivo común, al que intentan abordar **operando como equipo**. La estructura del equipo sólo se logra mientras se opera;

gran parte del trabajo del grupo operativo consiste, sucintamente expresado, en el adiestramiento para operar como equipo” (Bleger, 1981).

Estos mismos supuestos se aplican a la coordinación, **decíamos al principio que desde la COG, se habla del equipo coordinador (coordinador y observador)**. Como señala Irazábal, E. (1990), parecido al de coterapia cuando hablamos de grupos de psicoterapia pero con una diferenciación y explicitación de los roles (coordinación y observación) que permite una mayor eficacia en la complementariedad de roles que se da en toda coterapia, así como en el análisis de la sesión.

¿Cómo nos ayudamos desde la Teoría y Técnica, desde la C. O., para poder lograr que el grupo opere como equipo en el abordaje de la tarea. Para que el grupo sea operativo?

Aspectos teóricos y técnicos que nos ayudan en nuestra función de coordinadores

Vamos a enunciar algunos aspectos teórico-técnicos que desde la C. O. nos van a ayudar como equipo coordinador en la consecución de que el grupo opere como equipo y sea operativo.

El primero se refiere a la planificación y organización de los elementos del campo grupal para que sea más eficaz. Foladori (2002) dice, la principal tarea del equipo coordinador es **sostener el dispositivo de trabajo** acción que establece en primer lugar, el corte entre el afuera y el adentro (espacial y temporal), al igual que la diferencia de roles entre integrantes del grupo y equipo coordinador. Todo esto remite al peso fundamental del **encuadre** a la hora de coordinar un grupo.

Dos apuntes.

El primero respecto al necesario corte entre el afuera y el adentro, que remite, como hemos dicho al encuadre. Desde una perspectiva psicoanalítica se ha defendido, algo que apoyo, la importancia de que mientras el grupo realiza su tarea es fundamental que los integrantes no mantengan contacto fuera.

Con el tiempo, con los cambios sociales, con los pacientes muy graves, y porque muchas veces es inevitable, sabemos que los pacientes no cumplen esta consigna, se toman un café después del grupo, y actualmente se hacen grupos de WhatsApp, que transcurren como “grupos paralelos”, en los que se comunican cosas, se animan, se informan si un día alguien no puede venir. Si tienen algún tipo de relación fuera se les pide que la restituyan al grupo para trabajarla, pero nos hemos dado cuenta que este saltarse el encuadre, hablar, verse, quedar fuera introduce muchos elementos que interfieren el trabajo grupal, cosas que se dicen fuera para no ser dichas dentro, y así evitar escuchar o abordar aspectos más inconscientes ante los que uno se resiste. Dejar a la coordinación sin elementos para poder interpretar. Saltarse la norma.

Llegando a situaciones de manejo muy complicado e incluso graves para los pacientes. Recuerdo 3 situaciones.

Una en la que una paciente con Trastorno de Personalidad, refiere que dentro del grupo de terapia habían hecho un subgrupo, del que no hablaban en el grupo, acudiendo un día muy angustiada a la consulta para decir que no podía soportar más las relaciones que se habían establecido entre algunas personas de dicho subgrupo con su pareja, ya que se celebraban fiestas en su casa de manera permanente con situaciones descontroladas que no sabía como manejar.

Otra situación se dio en un grupo de jóvenes, que comenzaron a quedar los fines de semana hasta que uno de ellos lo pasaron juntos, y las repercusiones que empezó a tener dicha relación externa en el grupo de terapia, dificultades para asociar y hablar, temor a lo que pudieran pensar... cuando se aclaró esto y se decidió que durante el tiempo de psicoterapia grupal no podían quedar fuera, expresaron alivio.

Y la última situación, reciente, en la que una paciente llama angustiada al Hospital por la tarde a mi despacho, y me localizan para comunicarme que otra paciente del grupo se ha tomado pastillas para quitarse la vida, y lo comunica al grupo de WhatsApp, pero no a su marido. La persona que llama angustiada pregunta si podemos darle la dirección de quien se ha tomado las pastillas para ir a su pueblo.... Un acting out. Situaciones inmanejables. En las que se colocan a otros paciente del grupo en posiciones que no les corresponden... No podemos pensar que eso no afecte a la dinámica grupal.

El segundo apunte en relación con el encuadre, es algo que me ayuda a organizar mi actividad asistencial en un centro público de salud, en el que la demanda es desbordante. Es fundamental tener presente siempre el encuadre, mantener el encuadre en cuanto al tiempo de sesiones, frecuencia de las mismas, integrantes, funciones. Pero eso no quiere decir que los encuadres siempre sean los mismos. De hecho se pueden (y es necesario) realizar diferentes encuadres grupales dependiendo de las características de la demanda.

En dicho dispositivo de trabajo (Interconsulta y Enlace Hospitalaria) ofrecemos diferentes tipos de encuadres grupales. Y también se pueden diseñar encuadres que se pueden evaluar posteriormente.

Siguiendo con los aspectos teórico-técnicos, para poder sostener el dispositivo de trabajo el coordinador intentará que **todos los integrantes participen** de uno u otro modo, para lo que va a aprovechar al máximo los recursos grupales, es decir, aquello con lo que el grupo cuenta y que es aportado por las individualidades, por las verticalidades (las historias personales sintetizadas en el momento presente). Pichon-Rivière dice que la **Tarea del Coordinador** “consiste en reflexionar con el grupo acerca de la relación que los integrantes del grupo establecen entre sí y con la tarea prescrita”.

Dicha Tarea no es fácil y de nuevo Pichon-Rivière aporta elementos muy útiles para su desempeño, como es el tema del **liderazgo**, y llega a decir que **el verdadero líder es la tarea**. Los participantes están al servicio de la resolución del problema acordado. Por otra

parte, el liderazgo se adecuará a las múltiples mini-tareas que el grupo tendrá que abordar para resolver su tema central. El liderazgo adopta entonces una movilidad.

El grupo ha de aprovechar sus propios recursos. Cada participante podrá ser líder en su momento: El trabajo sobre la tarea requiere de la puesta en juego de cualidades específicas que hará que quien las tiene, se vea en la necesidad de mostrarlas operativamente, haciéndose cargo de guiar al grupo en ese instante. Por ejemplo en un grupo hay personas más afectivas, otras que trabajan mejor con el pensamiento, otras la acción... hay quien tiene más resistencia a avanzar en un tema que otros...

Pichon-Rivière también señala que el liderazgo se organiza en **términos de oposición**. Es decir, una cierta posición ocasiona el surgimiento de lo contrario y de lo similar. Pichon-Rivière (1989:44, en Foladori, 2002) dice "Pero el líder saboteador y el progresista no actúan solos sino que tienen sus partidarios. Y en los grupos se forman sub-grupos que pueden abanderar el progreso o el sabotaje de la tarea".

Y en este sentido, una característica clave del liderazgo es que sea rotativo (según la tarea) para que pueda ser funcional al avance del grupo.

Esto lo vamos a tener muy presente como coordinadores, que los líderes no sean siempre los mismos, pues llegaría un momento que no se podría avanzar (uno no podrá mantenerse siempre en la posición de progreso, porque supondría no poder sacar sus aspectos resistenciales, sus miedos, sus dudas y uno no podría mantenerse siempre en la posición de retroceso porque, para qué seguiría en algo que no le aporta nada).

Pichon-Rivière se preocupa de mostrar que ambos lugares (progreso y retroceso) son imprescindibles para que el grupo pueda analizar el problema y resolverlo.

Son necesarios diferentes **tipos de intervención** por parte de coordinador, para poder conseguir que el grupo trabaje como equipo en el abordaje de la Tarea. Algunas de dichas intervenciones, como la interpretación, es decir, evidenciar y hacer llegar al paciente aspectos de sus propios contenidos inconscientes y de las consecuencias que ellos tienen, son compartidas por el psicoanálisis, con sus matices ya que el encuadre es grupal. Pero García Veci, y Fumagalli (1983) plantean otras formas de intervención del coordinador desde la concepción de grupo operativo, algunas de las cuales no se hacen en encuadres psicoanalíticos ortodoxos. Y mencionan las siguientes: preguntar mucho, proporcionar información, confirmar o rectificar, intervenir para clarificar algo, interpretar, recapitular, señalar, intervenir sugiriendo algo, intervenir de manera directiva y reencuadrar la situación. Lo importante de una intervención es que sea útil, que sea operativa, que opere un cambio. El tradicional criterio de verdad es reemplazado por un criterio de operatividad. Por lo tanto, una intervención será "correcta" si transforma la realidad.

Por último, voy a referirme al observador, siguiendo el texto de Pichon-Rivière y Ana P de Quiroga (2009).

Los autores señalan que el trabajo de observación grupal, desde la perspectiva de Grupo Operativo consiste en registrar hechos, indicios, que permitan establecer hipótesis acerca del desarrollo de un grupo.

En la sesión grupal diferencian entre **apertura** (inicio formal), **desarrollo** (el grupo está “instalado” en la situación grupal) y **cierre** (finalización de la sesión) e indican algunos signos a observar en estos momentos.

En cuanto a los signos que caracterizan la apertura, algunos hechos registrables y significativos son: asistencia, puntualidad, formas de colocarse, disposición espacial, comunicación. Nos dan datos sobre la relación con la tarea (positiva, negativa, dificultosa).

Respecto a los signos que caracterizan el desarrollo indican varios vectores a observar: lo que conocemos como **los vectores del cono invertido que propone Pichon-Rivière** de gran utilidad para la evaluación y que desarrollaremos más adelante.

Respecto al cierre, se puede observar la actitud del grupo frente a la finalización de la sesión ¿lo advierte, no lo advierte? ¿Se da una síntesis de la tarea? En caso afirmativo ¿esa síntesis la hace un integrante, el coordinador, etc.? ¿Cuál es el clima que caracteriza a este momento grupal?.

El observador, unos 30 minutos antes de finalizar la sesión hace **la lectura de emergentes**. Son palabras, frases, situaciones, que ocurren en la sesión, hechos significativos. La lectura de emergentes es un aporte específico de la C. O. y hemos comprobado que dicha devolución al grupo tiene efectos terapéuticos importantes. En algunas ocasiones permite tomar conciencia de lo que se ha trabajado en esa sesión o de lo poco que se ha trabajado, en otras permite hacer insight de algo dicho y que adquiere un nuevo significado al escucharlo fuera de contexto, aislado, o descoloca el discurso tan armado de un sujeto. La lectura de emergentes también ayuda al coordinador a darse cuenta de algo que había dejado fuera, o también sirve para introducir alguna interpretación.

El Coordinador ha de mantener una distancia óptima ni muy cercana ni demasiado distante, para poder ayudar al grupo en su proceso. La distancia del observador es diferente. El coordinador necesita mantener esa distancia para poder visualizar la relación entre grupo y Tarea y la del observador para poder visualizar la relación grupo-coordinador. Se dice que el coordinador sostiene al grupo y el observador el pensamiento del grupo. También que el lugar del observador es privilegiado para la investigación.

Ambos lugares se complementan, se trabaja en equipo, posteriormente se reflexiona acerca de lo acontecido. Se va creando así un Esquema Conceptual Referencial Operativo, propio de ese equipo, con el que se trabaja. En los grupos que coordino en el Hospital, soy la única terapeuta, por lo que no hay observador. Pero siempre que rota un PIR o MIR conmigo realiza la función de observación. No tienen formación previa en Concepción Operativa pero sí en escuchar aspectos psicológicos, dinámicas relacionales, y muchas ganas de aprender. Esta función les motiva a leer y estudiar sobre nuestra Concepción y se les da un lugar de valor en el grupo, ya que no son meros espectadores.

Viñeta clínica.

Voy a leer la reflexión que la última PIR, en la evaluación final de su rotación en Interconsulta y Enlace hizo sobre su función de observadora y la lectura de emergentes.

Recoger emergentes... tarea desconocida. Tenía la necesidad de que alguien me explicara exactamente qué hacer y cómo hacerlo (probablemente para reducir mi ansiedad paranoide). Ahora entiendo por qué nadie lo hizo conmigo, es imposible. Vivirlo, sentirlo, escuchar frases o no-frases que vibran para ser recogidas, hasta ese momento nadie te puede enseñar cómo hacerlo. Avance, diferencia sesión a sesión de lo recogido... empezar copiando todo por miedo a que algo se te escape, terminar sintiendo con el grupo, temblando con el grupo, olvidar la técnica y dejarte llevar.

Lo escrito hay que leerlo, hay que hacerlo, y mucho, muchas veces... la formación es imprescindible, conocimientos tras los que apoyarte para un buen manejo, pero falta algo, lo vivencial. Lo no escrito en los libros.

Como una orquesta, muchos instrumentos, un director. Es necesario aprender cada instrumento, cómo suena, cómo vibra individualmente, conocer la partitura a la perfección, pero hasta que no tocan en conjunto, no surge algo nuevo, diferente, que individualmente no hace estremecerse de la misma manera. Ponerle corazón, dejarse llevar... sólo así el público comenzará a balancearse, a abandonarse de la misma manera que lo haces tú.

El proceso grupal

En nuestra función de coordinadores es muy importante tener en cuenta que un grupo pasa sucesivamente por diferentes momentos, que van a tener una sucesión cronológica al principio, pero que luego pueden aparecer bajo cualquier circunstancia y en distintas situaciones (Bauleo, A. 1990).

Desde la C. O. a estos momentos se los denomina **indiscriminación, discriminación y síntesis, o también pretarea, tarea y proyecto.**

La Indiscriminación o Pre-Tarea siempre se da al principio de un grupo, pero también cuando se enfrenta a momentos de cambio, con las resistencias propias de dichos momentos. Es un momento en el que los integrantes se van a enfrentar a la tarea actual como lo han hecho en situaciones anteriores, frente al grupo externo, es decir el grupo actual, cada uno de los integrantes va a invadirlo con su grupo interno, la tarea aparece solo en un nivel racional pero todavía no ha sido integrado lo pensado con lo afectivo. La ansiedad que aparece en este momento es confusional.

En el momento de **Discriminación**, se van **esclareciendo las funciones** (de los integrantes, coordinación y observación) y del tema, aparecen y se trabajan las situaciones dilemáticas (las oposiciones entre los abstractos y los concretos; los personales y los impersonales; prolíferos y los silenciosos; los formalistas y los agitadores; dependientes y los

independientes). **Todas estas situaciones dilemáticas** han de ser tenidas en cuenta por la coordinación, muestran al grupo que corresponden a términos de la tarea y no se excluyen sino que forman la unidad de contrarios. Cada integrante tiene que integrar los contrarios en lugar de estar depositados en integrantes diferentes. Las ansiedades de este momento son ante la pérdida y ante el ataque.

En el momento de **Síntesis**, el grupo tiene un código propio para hablar de la tarea, cada uno tiene una imagen más acabada de los demás, es el momento de la productividad, del insight, el grupo también ha pasado por otra experiencia: la verticalidad y la horizontalidad. Han podido vivir cómo integrar su historia (verticalidad) al presente de la tarea y hay una conciencia de interacción.

Pichon-Rivière y Pampliega de Quiroga (2009) se refieren a estos aspectos también como referentes a tener en cuenta para elaborar hipótesis generales sobre el desarrollo grupal: un exceso de pretarea nos hablaría de la presencia de técnicas defensivas y evitación. Cuando el grupo está en Tarea son momentos de esclarecimiento, elaboración, incorporación de recursos, aperturas hacia la planificación y elaboración de un pensamiento creativo. Y en la situación de Proyecto los integrantes del grupo, planifican, regulan su acción.

“Resulta así que las nociones de pretarea, tarea y proyecto aparecerían como elementos para ubicar una actitud terapéutica. De lo que se trata es de ubicar una noción que englobe, al mirar a un sujeto, su relación con los otros y con la situación. El establecer pretarea, tarea y proyecto como momentos situacionales de un sujeto nos permite un acercamiento y una diagnosis de orientación.” Pichon-Rivière, E. (1980)

Evaluación del proceso grupal. Los vectores del cono invertido

A medida que el proceso corrector avanza, es posible 'medirlo' o evaluarlo a partir de los indicadores que Pichon-Rivière llama vectores, de gran utilidad para la evaluación tanto del coordinador como del observador.

Pichon-Rivière a través de su trabajo y experimentación con grupos, constata la aparición sistemática y reiterada de ciertos fenómenos grupales. Intenta a través de un gráfico, representar estas fuerzas que él ve aparecer en todos los grupos en que trabaja, sean terapéuticos, de aprendizaje, de discusión u otros. Las 6 fuerzas que se identifican son Afiliación y Pertenencia; Comunicación; Cooperación; Aprendizaje; Pertinencia y Telé.

Si estos vectores se desarrollan, crecen, se fortifican, el grupo podrá realizar las tareas prescritas y marchará hacia el logro de sus objetivos. Por el contrario si las fuerzas grupales no se afianzan, el grupo perderá su tarea y su sentido, marchando hacia su disgregación y atomización. Iñón, C. (1997) indica que los vectores del cono invertido muestran una forma de entender la evaluación como proceso continuo en el transcurso de un período determinado.

Pichon toma la figura de un cono para representar gráficamente las situaciones explícitas e implícitas (visibles y no visibles) en un grupo. Muestra que lo explícito es más amplio, pero en lugar de dejarlo en la parte de abajo, invierte el cono para señalar que lo que es más abarcativo es lo explícito. La espiral dialéctica muestra el camino que hace lo implícito para explicitarse, para hacerse consciente.

Entendemos por **explícito** a todo lo observable, a todo lo que se ve, a lo que pertenece al terreno consciente. **Implícito**, por el contrario, es todo lo que subyace, lo que no se muestra, lo que está escondido y es inconsciente; pero que sostiene a lo observable.

Vectores del cono

Afiliación y Pertenencia. Es la capacidad de los integrantes de un grupo para identificarse entre sí y con la tarea, con el objetivo grupal. Afiliación y pertenencia se miden por el grado de responsabilidad.

Cooperación. Es la posibilidad de operar con el otro, operar en conjunto. La Cooperación se mide por el grado de eficacia real con que los integrantes asumen el desarrollo de sus funciones.

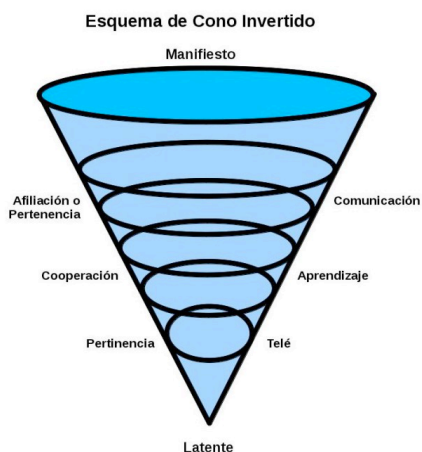
Pertinencia. Es la capacidad de los integrantes del grupo para centrarse en la tarea. La pertinencia se mide por el grado de productividad y de creatividad que desarrolla el grupo.

Comunicación. Puesta en común de información, experiencias y sentimientos. Se mide por la calidad de la misma (dirección, cortocircuitos, cómo se habla y cómo se escucha, circulación, completud, oportunidad, congruencia entre canales, etc.). Cantidad de sobreentendidos o malentendidos.

Aprendizaje. Capacidad de incorporar información al mundo interno. Capacidad de transformación y cambio del sujeto y del medio. Posibilidad de resolución de problemas. Se mide por la adaptación activa o pasiva a la realidad.

Telé. Disposición de los integrantes para trabajar mejor con unos respecto de otros. Simpatía o antipatía. Raport. Se mide por reacciones desmedidas de amor o de bronca.

Ubicación de los vectores



Afilación-Pertenencia y Comunicación son los vectores más detectables desde lo explícito. Telé y Pertenencia están más cercanos a lo implícito. En el caso de la Pertenencia se ubica allí por la tarea implícita que todo grupo tiene.

Iñón (1997) explica a través del “efecto ascensor” cómo utilizar los vectores en nuestra función de coordinadores grupales y dice que “el orden elegido para explicar los Vectores fue de arriba hacia abajo, pero esto es **dinámico**, para lo que sugiere que nos imaginemos a los Vectores en un **ascensor** y los analicémoslos de abajo hacia arriba. Por ejemplo: tenemos un grupo con dificultades para centrarse en la tarea, esto nos remite en forma ascendente a pensar que algo está fallando en la Cooperación. Y si vemos que no pueden cooperar, entonces apuntamos al nivel de la Afilación y Pertenencia, quiere decir que no se produjo realmente el **pasaje del yo al nosotros**.”

Como ejemplo del otro lado del cono, supongamos un grupo donde predominan las Telés negativas y no pueden modificarse aunque el coordinador las interprete. Esto indica una dificultad en el Aprendizaje, ya que no pueden elaborarse conductas alternativas, lo rígido se opone a lo plástico. Y esto implica una Comunicación perturbada, que hay cortocircuitos. A este proceso de subir y bajar podríamos llamarlo “**efecto ascensor**”.

Como ya se ha dicho, la conceptualización de vectores del cono es muy útil para evaluar el proceso de un grupo y de los individuos que forman ese grupo. Pichon lo propone como un esquema de evaluación grupal.

A modo de conclusión

A veces no sabemos muy bien porqué, pero entre nosotros comentamos, “con este paciente a nivel individual, no sabría qué hacer”, y siempre, lo que subyace a los distintos argumentos es que no disponemos del tiempo, la tranquilidad, la tenacidad y paciencia para poder ayudar a desentrañar el sufrimiento que hay detrás del que nos cuentan y echar una mano para transformar algo de ese malestar en salud, en bienestar.

El grupo, la psicoterapia grupal es una enorme ayuda, una gran aliada en el desarrollo de nuestra función de psicoterapeutas del Sistema Público de Salud. Lo que no se me ocurre a mí, siempre hay otro que lo piensa y lo dice, la paciencia que no tengo, la ofrece el grupo con quienes más desamparados y vulnerables están, la resistencia persistente de alguien que se refugia en el síntoma, entre unos u otros la terminan desmontando, lo que uno no puede asociar, siempre hay otro que termina la idea, o esas “pérdidas de memoria” de episodios importantes y que son rescatadas, en el momento más oportuno, por alguien a quien le impactó, a quien le resonó. Como un discurso único, ambivalente, contradictorio, esperanzador. Como coordinadores, como terapeutas, tenemos que posibilitarlo y sostenerlo, en realidad esas serían nuestras funciones.

Referencias bibliográficas

- Bauleo, A (1988). *Notas de psicología y psiquiatría Social*. Ed Atuel. Buenos Aires
- Bauleo, A. (1990). Clase dictada en el Curso de actualización y perfeccionamiento docente, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Publicada originalmente en la revista *Ilusión Grupal*, UAEM, Cuernavaca, 1990
- Baz, M. y Zapata, Y. (2003). De duelos y errancias. *Subjetividad y Procesos Sociales*, número 21, UAMX, México, 2003, pp. 35-55
- Bleger, J (1990). Grupos Operativos en la enseñanza. En: *Temas de Psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.
- Bricchetto, O. (1981). *Estilos de coordinación*. Buenos Aires. Argentina. Ediciones Cinco
- Buzzaqui Echevarrieta, A. (1999). *El “grupo operativo” de Enrique Pichon-Rivière: análisis y crítica*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Ciencias Políticas y Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Cifuentes, R., Suárez, V., Suárez, F. y Tarí, A (2014). El emergente en la Concepción Operativa de Grupo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Nº 18- Invierno 2014, en www.area3.org.es
- De Felipe García-Bardón, M.V. (2012). *“Psicoterapia Grupal Operativa de orientación psicoanalítica en pacientes con Fibromialgia: evaluación y factores relacionados”*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Filosofía Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Fabris, F (2007). *Pichon-Rivière. Un viajero de mil mundos*. Buenos Aires. Argentina. Polemos.
- Foladori, H. C. (2002). La concepción del liderazgo en Pichon-Rivière. http://www.psicologiagrupal.cl/escuela/index.php?option=com_content&view=article&id=82:la-concepcion-del-liderazgo-en-pichon-riviere-&catid=43:articulos&Itemid=69
- García Veci, M.M. y Fumagalli, C. (1983). Clase sobre Intervenciones del Coordinador, impartida en la Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière.

- Gear, M. C. y Liendo, E. C. (1984). "Técnica de la interpretación en los grupos en operativos", en *Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar*. Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.
- Irazábal Martín, E. (1990). Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). En *La Concepción Operativa de Grupo*. A. Bauleo, J.C. Duro y R. Vignale, coordinadores. Ed. A.E.N. Madrid, 1990.
- Iñón, Carlos (1997). <https://es.scribd.com/doc/7105834/Vectores-Del-Cono-Invertido>
- Pampliega de Quiroga, A. y Nassif, R. (1999). Clases de Dialéctica dictadas en el Instituto Primera Escuela Privada de Psicología Social
- Pichon-Rivière, E. (1980) *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*. Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. y P. de Quiroga., A (2009). Breve guía para el aprendizaje del rol de observador de grupos. Ediciones 5.
- Silva, R. (1999) La concepción del sujeto de Enrique Pichon-Rivière: un modelo integrativo. *Temas de Psicología Social* Nº18.
- Suárez, V. (2006). Encuadres terapéuticos grupales en la Asistencia pública. Congreso Internacional actualidad de Grupo Operativo.[ISSN 1886-6530] *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Número especial*. www.area3.org.es
- Vico, D. e Irazábal, E. (1998). Aprender en grupo operativo (ensayo primero). *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 6, 22-30. www.area3.org.es