



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº29 – Invierno 2025

### EL ABUSO SEXUAL COMO EMERGENTE

#### Elaboración del abuso sexual en psicoterapia grupal con pacientes con trastorno límite de la personalidad

Irene Cambrón Gómez<sup>1</sup>

Miguel Solano Parés<sup>2</sup>

#### Resumen

En el presente trabajo, a partir de una viñeta clínica y desde la perspectiva del grupoanálisis, se analizan los fenómenos que pueden presentarse cuando en un grupo de psicoterapia emergen contenidos biográficos de abuso sexual infantil.

Valoramos como importante la capacidad de contener la situación emocionalmente evitando actuaciones, tanto por parte de los pacientes como por parte de la conducción, ya que las transferencias se intensifican siendo frecuentes conflictivas relacionadas con la rivalidad y la escisión, confluyendo esto en una posible reescenificación de la escena traumática en el grupo. A tal fin consideramos imprescindible la co-conducción y recomendable un espacio externo de reflexión de tarea.

**Palabras clave:** abuso sexual infantil, trastorno límite de la personalidad, grupoanálisis, colapso del espacio analítico, negación, identificación proyectiva.

<sup>1</sup> Psicóloga clínica de adultos CSM de Carabanchel y grupoanalista. Madrid

<sup>2</sup> Psiquiatra. Coordinador del hospital de día de adultos de Vallecas y grupoanalista. Madrid

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad se describe como un patrón dominante en distintos contextos y desde el inicio de la edad adulta en el que prevalecen los síntomas de vacío, la impulsividad autodestructiva y la disregulación emocional.

Se trata probablemente del trastorno de personalidad más prevalente. Se calcula que alrededor de un 22% de las pacientes psiquiátricas ingresadas, un 12% de las pacientes de consultas externas y un 1% de la población general sufre trastorno límite de la personalidad (Ellison, W.D., Rosenstein L. K., Morgan T. A. & Zimmerman M., 2018).

Actualmente coexisten varios factores que han situado el abordaje clínico de este trastorno en el punto de mira de la gestión de recursos en salud mental:

- La percepción del aumento de su prevalencia (unido a cambios sociales que nos conducen a una sociedad con problemas parejos a la patología limítrofe e identitaria).
- La gravedad de sus síntomas tanto agudos (autolesiones, suicidios, agresiones, intoxicaciones...) como crónicos (dificultad para acceder a y mantener empleos, aislamiento social, ruptura de relaciones familiares, transmisión transgeneracional, protección a la infancia...).
- La alta complejidad de manejo clínico (precisando de trabajo en equipo, espacios de revisión de la tarea, del equipo y de las profesionales).
- La ausencia de una red de recursos de rehabilitación específicos y la reticencia a admitirles en los recursos de rehabilitación de salud mental disponibles, ya que son recursos orientados a la psicosis y frecuentemente se vive a los pacientes limítrofes como boicoteadores del trabajo de los primeros.

Resultado de esto, en los centros de salud mental, en los últimos años, están proliferando iniciativas para su mejor manejo tales como consultas monográficas y abordajes grupales específicos. En concreto, existe una tendencia actual a apostar por la aplicación del modelo de Terapia Basada en la Mentalización probablemente por su presentación semiestructurada, integradora y buenos resultados.

Hasta hace no mucho tiempo, la literatura no recomendaba la inclusión de más de dos pacientes con trastorno límite de personalidad en psicoterapia grupal (Rodríguez Cahill, 2015). Actualmente, existe cada vez mayor convencimiento de que es en lo interpersonal dónde se ponen en juego las principales dificultades de estas pacientes y por lo tanto el

encuadre grupal de diagnóstico homogéneo se presenta como uno de los enfoques de elección. Igualmente, el abordaje grupal permite definir de manera exacta la periodicidad de los seguimientos, la duración del grupo e incluso la dinámica que en él se va a producir. Esta predictibilidad del encuadre es en sí misma uno de los elementos terapéuticos más potentes para las pacientes con trastorno límite de la personalidad, más aún si reconocemos la caótica habitual del funcionamiento de las consultas externas en la administración pública que suele dar pie a que, en la ausencia de encuadre, habiten las actuaciones del interjuego que supone la relación terapéutica tanto por parte de profesionales como de pacientes.

La prevalencia del abuso sexual infantil en España se sitúa entre el 10 y el 20% de la población comunitaria (Pereda, 2016).

“Con respecto a los abusos sexuales ocurridos en la infancia, según Echeburúa y Guerricaechevarría, alrededor de un 30% de las víctimas desarrollan sintomatología a largo plazo, fundamentalmente trastornos de la personalidad” (Rodríguez Cahill, 2015).

La revelación de antecedentes biográficos de abusos sexuales en la psicoterapia grupal con trastorno límite de la personalidad es un evento crítico esperable. Como tal actuará como movilizador tanto de las pacientes como de las conductoras y por tanto de la dinámica y el devenir grupal.

En el presente trabajo, a través de la exposición de una viñeta clínica, se realizará una revisión bibliográfica y reflexión sobre cómo abordar el emergente del relato de abusos sexuales en grupos con pacientes con trastorno límite de la personalidad.

En concreto, se busca responder a las preguntas: ¿Qué fenómenos grupales son esperables cuando aparece un recuerdo traumático de una agresión sexual? ¿Cómo se puede cuidar al grupo y a la paciente que trae el recuerdo de la mejor manera para que esto sea terapéutico y sobre todo no iatrogénico?

## **ENCUADRE DEL GRUPO**

El grupo en el que se basa la viñeta fue un grupo para pacientes con trastorno límite de la personalidad según el modelo de terapia grupal basada en la mentalización (Bateman & Fonagy, 2016).

La terapia basada en la mentalización es un tratamiento estructurado en el que se parte de que las personas que padecen trastorno límite de la personalidad presentan dificultades de mentalización, especialmente en las situaciones en las que se activa el modelo operativo de

apego. Mentalizar es la capacidad para reflexionar sobre los estados internos de uno mismo y de los demás. Cuando se presenta una elevada emoción (frecuentemente en relación con el apego) la mentalización pierde calidad, el malestar emocional no se regula, lo cual lleva a actos impulsivos con la finalidad de paliar la desagradable activación emocional difusa.

Un concepto importante en terapia grupal desarrollado por estos autores es el de confianza epistémica. Explica cómo el conocimiento social de una niña/adulta se desarrolla porque mantiene la creencia de que su relación con otros significativos le ofrece información relevante sobre el mundo y sobre uno mismo. La ausencia de confianza epistémica favorece el desarrollo de los trastornos de la personalidad. En terapia grupal se va a trabajar el potenciar la confianza epistémica.

La función de la terapeuta de grupo es regular el termómetro de la mentalización durante la sesión, detectando y frenando estados no mentalizadores.

El grupo cuyo análisis tiene objeto este trabajo se llevó a cabo en un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid. Fue conducido por una única terapeuta, psicóloga clínica, y supervisado quincenalmente con una profesional externa al centro. Al iniciar el grupo se interrumpía el seguimiento individual en psicología clínica continuando con psiquiatría y enfermería si el paciente estuviese previamente en seguimiento por ellos.

Siguiendo el modelo manualizado de Bateman y Fonagy (ibidem), primeramente, se realizó un grupo introductorio de corte más psicoeducativo de 12 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Este se llevó a cabo de enero a marzo de 2019. Posteriormente, se retomó el seguimiento individual en el cual se elaboró una formulación sobre sus principales dificultades y objetivos para el grupo. En septiembre de 2019 se inició el grupo relacional también de frecuencia semanal y sesiones de 90 minutos que duró hasta febrero de 2021. Las sesiones que vamos a analizar tienen lugar en diciembre de 2019, con el grupo relacional relativamente recién formado.

Cada sesión seguía la misma estructura: se empezaba con los avisos de ausencias si alguna participante había informado de que no podía acudir, se pasaba a leer el resumen de la sesión anterior, posteriormente cada paciente planteaba la situación que quería trabajar, y después se trabajaba todo el grupo situación a situación desde la perspectiva de la mentalización.

Al inicio del grupo se definieron los puntos de la filosofía del grupo, estos eran: puntualidad y asistencia (en caso de no poder acudir se avisará), confidencialidad, abstenerse de relacionarse entre ellos fuera del grupo (en caso de que ocurriese se traerá lo sucedido al

grupo) y no estaba permitido todo aquello que fuese en contra del objetivo del grupo (esto es poder mentalizar sobre nuestras dificultades especialmente en el plano interpersonal).

## **LA VIÑETA CLÍNICA**

5 de diciembre de 2019:

M. una paciente que llevaba bastantes semanas diciendo que se encontraba triste y no sabía por qué y que estaba empezando a beber cerveza sola por las noches, acabó contando que hacía poco más de un mes (viendo un reality show en televisión en el que se abordaba un contenido relacionado con los abusos sexuales) recuperó un recuerdo de haber sido violada en una ocasión con 13 años. Era un recuerdo al que previamente no tenía acceso.

Seguidamente otra paciente, O., contó su experiencia de abusos sexuales y cómo esta supuso un punto de inflexión en el agravamiento de su sintomatología.

El nivel de tensión emocional era elevado. A esa sesión acudieron solo tres pacientes, la tercera paciente, K., estaba, al igual que la conductora, muy impactada por las historias. Entonces O. empezó a expresar que se sentía culpable. En este punto, la conductora perdió la mentalización y expresó su enfado hacia su culpa iniciando un discurso racionalizador deslizando el tema a lo social. Al poco, se dio cuenta de su error y así lo expresó: “me ha afectado oír tu historia y he perdido la mentalización, lo siento”.

Antes de acabar el grupo K. pide a la conductora, en nombre de las tres, que, en el resumen de la sesión siguiente, no nombre lo ocurrido, la conductora les devuelve que no cree que esto pueda ser así pero que lo tiene que pensar.

12 de diciembre de 2019:

Acuden las tres pacientes de la sesión anterior y una más. Esta paciente, N, en lo que llevaba el grupo ya presentaba dificultades para integrarse, le costaba participar, cuando lo hacía era o para ser muy directa y tajante o para decir que ella estaba bien y que veía todo maravilloso. Solía pasar las sesiones muy tapada, con abrigo y braga que le tapaba la mitad de la cara, sin mirar a los compañeros y absorta (aparentemente) en tareas manuales tales como hacer mil pedacitos una hoja de papel. Su aspecto era rudo y extremadamente sensible a la vez.

Empezó la sesión y la conductora expuso que tenía que incluir en el resumen el contenido que le habían pedido no relatar, explicó que lo que se habla en el grupo pertenece al grupo, que, de no relatarlo, estarían bloqueando la elaboración de algo importante para todos y estarían replicando el fenómeno de omisión y censura de estos eventos tal y como sucede socialmente.

Al leer el resumen, a K. le sorprendió la reacción de N. que fue de aparente indiferencia, así que le preguntó explícitamente qué le parecía. N. respondió que ella luchará socialmente para que eso no ocurra, pero que lo de sentirse culpable era para “darla dos hostias” y que a ella eso no la ocurre por su vestimenta.

Posteriormente N. se preocupó por si sus palabras habían herido a las compañeras. K. se enfadó mucho con N., a la que la tensión se le tornó insostenible y se fue de la sala. La conductora salió a buscar a N. cómo no paró, la llamó por teléfono, pero no respondió. Al volver a la sala K. estaba enfadada con la conductora por prestar más atención a N. que a M. y a O. que eran las que habían relatado los abusos.

#### 19 de diciembre de 2019

Acuden compañeras que no acudieron a las sesiones anteriores. Es la sesión antes de las vacaciones de navidad. Hay algo en el ambiente de deseo de “tener la fiesta en paz”, de temor a irse de vacaciones con el conflicto abierto. Las pacientes deciden traer churros y roscón y se desarrolla la sesión desayunando.

En ella un paciente, OV., aborda el tema trivializando, como es habitual en él, cuenta su historia de abusos sexuales en tono de broma, tratando de estar despegado emocionalmente de lo que en la sesión se mascaba. Otra paciente, A., expresa que ella también sufrió abusos pero que no quiere hablar de ello. M. llega tarde, refiere estar bien sin profundizar sobre cómo se encuentra, sí pregunta con curiosidad a las pacientes que han relatado abusos sobre asuntos relacionados con la memoria y sobre si lo han contado al entorno cercano.

#### A la vuelta de las navidades

Tras una llamada telefónica de la conductora a N. esta vuelve al grupo, abordamos lo ocurrido, sentimos que se repara. Sin embargo, al poco, estalla la pandemia de covid19, tenemos que pasar el grupo a online, esta paciente expresa que no soporta las

videollamadas y no se ve capaz de continuar participando en el grupo, ni siquiera para despedirse.

## **ANÁLISIS**

### Técnica del manejo de trauma en situación grupal

Marrone (2022) nos muestra de la importancia de distinguir entre memorias episódicas y semánticas a la hora de trabajar el trauma. La memoria semántica se refiere al discurso que tenemos interiorizado sobre nuestra biografía traumática. La memoria episódica, en cambio, sería algo así como “viajar a aquel entonces”, la descripción sensorial de cómo era todo, qué sucedió y sobre todo cómo se sentía la paciente.

Este autor define cuatro pasos para la elaboración del trauma en el grupo:

1º Recordar: es necesario, pero no suficiente.

2º Expresar emociones relativas al evento.

3º Recibir respuesta empática.

4º Resonancia: haría referencia al fenómeno de conexión inconsciente de identificación “a mí me pasó lo mismo”. Al activar la memoria episódica y trabajar grupalmente con imágenes se genera por reverberación una sintonía emocional que facilita el acceso a imágenes propias.

### La transferencia negativa

Es más difícil de detectar que la positiva, tanto por la paciente como por la conductora que puede aliarse en la negación de emociones tales como la rivalidad, la envidia, la agresividad y no abordarlas o abordarlas demasiado tarde.

No obstante, en los grupos de personas con trastorno límite de la personalidad es esperable una mayor tendencia a la transferencia negativa por la proyección de sus experiencias relacionales tempranas carenciales que les predispone *a sentirse abandonados o menospreciados* más frecuentemente (Tierno & Morales en Rodríguez Cahill, 2015).

La frustración por no ser atendida como una esperaba por su terapeuta -que es algo presente en casi todos los procesos terapéuticos- en la terapia de los pacientes con trastorno

límite de personalidad, será más nuclear, pues van a tender a vivirlo con más intensidad y malestar y precisando de mecanismos de defensa más potentes para paliarlo.

Consideramos importante afrontar la contratransferencia negativa y no ceder a la tentación de pasarla por alto. No obstante, consideramos que es importante respetar los tiempos de devolución de la contratransferencia negativa y, en ocasiones, esperar a que sea el grupo el que la devuelva. Si la devolución de la contratransferencia negativa no se hace en un ambiente de calidez suficiente puede ser vivida como persecutoria y propiciar lo defensivo frente a lo reflexivo.

En la viñeta clínica que traemos -entre el susto de la primera encrucijada grupal importante y la cercanía de las vacaciones de navidad- se hizo grupalmente un cierre en falso, temiendo atender todo lo que estaba aconteciendo. No se abordó, por ejemplo, la rivalidad de K. con la conducción.

Al analizar ahora toda la secuencia detectamos que, parte de lo ocurrido, quizá se debió a haber omitido contratransferencia negativa previamente al día en que M. relató su recuerdo. Nos referimos a cómo estaba N. en el grupo hablando sin hablar, escondida en su ropa, centrada en hacer trocitos un papel o moldear una especie de plastilina. Sin duda, su conducta era un emergente grupal que, aunque a veces se explicitase, no se logró trabajar grupalmente.

### La coterapia

A la hora de manejar los momentos críticos en grupos de pacientes con trastorno límite de la personalidad existe bastante consenso en el beneficio de la coterapia. No se trata únicamente de un aumento de los recursos (cuatro ojos ven más que dos o poder contrarrestar una terapeuta las carencias o momentos de mayor debilidad de la otra y viceversa). Nos referimos a las implicaciones de la coterapia grupal en los movimientos transferenciales que continuamente se juegan en los grupos. La existencia de dos terapeutas permite escindir la transferencia de objeto bueno y malo, de esta manera *“el terapeuta que ostenta el rol de objeto bueno se hará cargo de sustentar al grupo y preservarlo”* (ibidem).

Es importante que la terapeuta deje depositar sobre sí las transferencias negativas, para esto debe mostrar que no tiene miedo al grupo. Al dejarse ser objeto malo, la terapeuta, por una parte, preserva a otros participantes del grupo de las transferencias negativas masivas que pudiesen dar lugar a la pérdida de participantes en el grupo. Por otra parte, la *“terapeuta odiada”* demuestra así estar *“a prueba de balas”*, que la agresión no modifica el vínculo,

suponiendo esto un elemento terapéutico esencial ya que permite la internalización de un vínculo seguro en la paciente.

Por lo tanto, es prioritario estar atentas a las transferencias negativas, para poder trabajarlas lo primero es detectarlas. Negar las transferencias negativas y permitir que estas se depositen masivamente en otra participante, puede dar lugar al abandono de esta “participante odiada”. Y si se depositan masivamente en la terapeuta y solo hay una terapeuta, esto puede ser vivido con enorme tensión por la paciente y acabar en el abandono grupal de la “paciente odiadora” incapaz de soportar el potencial dañino que vive en su terapeuta y, por otra parte -o en otro momento-, la culpa de su agresión.

La situación clínica que analizamos claramente se habría manejado mejor con dos conductoras. Desde lo más físico, ya que los hechos sucedieron de manera muy rápida y requirieron que la conductora saliese de la sala dejando al grupo sin conducción durante unos minutos. Pero, sobre todo, atendiendo a las transferencias, podemos pensar que, de haber habido dos conductoras, no habría resultado tan amenazador enfadarse con la conducción y quizá el enfado no se hubiese focalizado en N. forzando su abandono.

### La rivalidad

El grupo que analizamos se encuentra en un estadio inicial. Podemos pensar que la viñeta ilustra el paso del grupo de supuesto básico de dependencia al de supuesto básico de ataque y fuga (Bion, 1980).

Cuando un grupo funciona desde el supuesto básico de dependencia existe una importante rivalidad entre las miembros del grupo. La rivalidad se camufla de igualdad a modo de estrategia. Si todas somos iguales ninguna es la favorita de la conductora.

Al negar las diferencias entre unas y otras se está bloqueando la posibilidad de generar un grupo de trabajo. En el grupo de trabajo, a través de la cooperación mutua, las participantes logran un pensamiento creativo.

El no lograr el trabajo en equipo las sitúa en una posición de riesgo para el *“ataque entre miembros y la rápida aparición de chivos expiatorios en las fases iniciales”* (Tierno & Morales en Rodríguez Cahill, 2015)

En este caso, observaríamos la rivalidad de K. hacia la conducción. En la primera y segunda sesión. K. encarnaría el rol de “hay que hacer algo” que la llevó a tratar de “ordenar la situación”: le dice a la conductora que no lo cuente en la sesión siguiente, confronta la

aparente falta de respuesta emocional de N e indica a la conductora que no tiene que hacer tanto caso a N.

En un segundo tiempo la rivalidad se focaliza hacia N. colocándola en el rol de chivo expiatorio que precipita su abandono del grupo.

Este cambio del objeto frustrante y odiado (de la conductora a N.) por parte del grupo muy probablemente corresponda a una puesta en juego de mecanismos de defensa arcaicos tales como la escisión y la proyección. Según Nácher y Lorén (1995) “[Los miembros del grupo] depositan en ellos [los chivos expiatorios] los aspectos hostiles escindidos que sienten hacia el terapeuta frustrante para poder conservar al necesitado/idealizado y, al desembarazarse de ellos, mantienen durante algún tiempo la ilusión grupal de cohesión y fuerza que les da su identificación narcisista con el terapeuta bueno y amante”.

En la secuencia, las pacientes M. y O. se encuentran más en lo depresivo, mientras que K. se sitúa en el polo esquizoparanoide, iniciando el movimiento del grupo básico de dependencia al de ataque y fuga.

Sin embargo, siguiendo a Raquel Tierno y José Morales (Rodríguez Cahill, 2015), es importante no confundir e interpretar, en estos movimientos de rivalidad, la resistencia como proveniente de una sola paciente. Es de esperar que la paciente designada como chivo expiatorio encarne resistencias pertenecientes a todo el grupo. A nivel técnico podemos centrarnos en las dificultades de esa paciente, pero sin perder de vista que lo que la paciente trae no es tanto fruto de conflictos individuales como grupales. Si, esta circunstancia pasase inadvertida y, el chivo expiatorio es expulsado, el grupo lo vivirá con importante culpa y enfado hacia la conducción.

En el caso que analizamos fue muy importante que N. volviese al grupo después de navidad y poder trabajar conjuntamente sus resistencias haciéndolas circular por el grupo. Reflexionamos sobre la situación como si confluyeran dos escenificaciones haciendo coincidir sus rodamientos en un único engranaje: por una parte, la escenificación de “hay gente mala (como los violadores) y hay que expulsarlos (en esta escenificación N. es la agresora y K. la justiciera)”. Por otra parte, la escenificación de N. de “no se relacionarme, caigo mal a la gente y me expulsan”, actuando, mediante la identificación proyectiva, una suerte de profecía autocumplida.

## El trauma y el grupo

El trauma se esconde, se recluye a lo íntimo, apela a la vergüenza, lo indigno y la culpa. Es por esto que nos cuesta reflexionar sobre su condición social.

No podemos comprender el trauma, y las consecuencias psíquicas de él, de otra manera que no sea inserto en los grupos relacionales en los que tiene lugar y en los que tanto víctima como agresor se desarrollan antes y después del evento. Tal y como indica Mario Marrone *“En la infancia, los efectos psicológicos del trauma serán tanto más graves cuanto más insegura haya sido la relación del niño con sus figuras de apego con anterioridad al trauma, también si el niño no tiene a nadie a quien comunicar sus sentimientos e impresiones o si ha recibido comunicaciones que desconfirmen sus percepciones e invaliden sus sentimientos subjetivos”*. (Marrone, 2001).

El trauma no puede entenderse como algo discreto, circunscrito a un momento puntual y cuyas consecuencias solo residen en la mente de la persona que lo sufrió, sino que, gran parte del impacto del trauma, está relacionado con la capacidad del entramado relacional, en el que éste tiene lugar, de amortiguar sus efectos lesivos. Siendo en ocasiones más importante para explicar la psicopatología posterior de la víctima la reacción del entorno que el propio evento en sí.

En nuestro caso M. no había compartido lo sucedido con nadie, cuando esto ocurrió su insoportabilidad hizo que se borrara de su memoria, y, al recordarlo más de treinta años después, vuelve a primar el silencio. La relación de M. con sus figuras de apego estaba marcada por los malos tratos a escondidas del padre hacia M. en base a que éste pensaba que no era hija suya. Algo de esto continúa muy presente en su vida adulta en la que prevalece una sensación de no ser digna y un intenso temor a que su entorno descubra su pasado.

Al considerar el trauma como un suceso social nos será más fácil entender cómo en el grupo de psicoterapia en el que emerjan estos contenidos necesariamente se va a volver a actuar lo ocurrido. Se vuelve a poner en juego el anhelo de ser contenida por el entorno cercano y la anticipación o el temor de no ser comprendida o incluso de ser ignorada, rechazada o culpabilizada.

En relación con esto, nos advertía Jorge E. García Badaracco *sobre la manera en que lo traumático puede emerger abruptamente en el grupo de terapia: “Otro tanto podemos decir de aquella persona que en un momento dado siente la necesidad de confesarse en público. Hay que cuidar a esa persona que pudo haberse sentido no cuidada en su vida y a quien la necesidad de confesarse lo lleva a desnudarse frente a los demás. Esto puede llevarlo a*

*repetir una situación traumática y hacerlo sentir muy avergonzado”* (García Badaracco, 2000).

La función del grupo con el trauma vendría en dos escalones siendo el primer escalón el que soporta el peso del segundo. El primero estaría relacionado con el clima de solidaridad (García Badaracco, 2000) que logre el sostén necesario para acoger el relato traumático. El segundo sería poder trabajar desde la *función verbalizante* (Sunyer, 2008), hacer posible entre todas las miembros del grupo esa mentalización de lo ocurrido que previamente quedó bloqueada bien por mecanismos de disociación, bien porque cuando ocurrió la paciente era una niña sin la capacidad cognitiva suficiente para elaborarlo o bien porque estos eventos no son posibles elaborarlos en soledad y precisan de un trabajo desde una matriz relacional que cumpla ambas funciones de sostén emocional y reflexiva.

### El colapso del espacio analítico

La capacidad de participar en un espacio analítico puede estar comprometida para las pacientes que han sufrido trauma severo. Tal y como explica Gabbard (Gabbard en Nieto Martínez, 2011): *“la situación analítica depende de la capacidad de sus participantes para establecer una realidad diferente... “se juega” en un espacio ilusorio, dónde las experiencias son a la vez reales e irreales, es un espacio en el que el analista puede ser experimentado “como si” él o ella fuera otro, mientras el paciente simultáneamente sabe la identidad verdadera del analista”*. Las pacientes que han sufrido trauma severo en la infancia, además de otros daños, pierden esta capacidad para la fantasía, quedándose pegadas a lo concreto especialmente en situaciones que apelan al apego. En el modelo de la terapia basada en la mentalización se aborda este fenómeno utilizando el término equivalencia psíquica (Bateman & Fonagy, 2016) que se define como el estado no mentalizador en el cual una considera que lo que siente es exactamente la realidad.

En esta situación de colapso del espacio analítico frecuentemente la capacidad reflexiva de la conductora se encuentra severamente comprometida, pudiendo resultar gravemente afectada la función de conducción (Sunyer 2008) tanto si ésta pasa al acto como todo lo contrario, si se produce la parálisis y tendencia esquivar lo conflictivo.

Sobre el riesgo del acting en situaciones de colapso del espacio analítico con pacientes con abuso sexual en la infancia nos explica Gabbard (Gabbard en Nieto Martínez, 2011) el movimiento de identificaciones proyectivas que impelen a la acción *“para que el terapeuta tome roles de rescatador omnipotente, de víctima, de abusador, de madre negligente, mientras la paciente toma el rol complementario”*.

Mientras que Badaracco nos advierte del peligro de reaccionar bloqueando el contenido *“Si en un momento dado el conductor se asusta y contraactúa desviando o intelectualizando lo central del tema, se pierde la posibilidad del abordaje terapéutico”* (García Badaracco, 2000).

Tierno y Morales explican cómo estas situaciones no podemos entenderlas como respuestas aisladas de pacientes y conductoras, sino que lo importante es poder analizar el interjuego en el que *“las resistencias de los pacientes y la contratransferencia de los conductores son aliados perversos contra el objetivo del grupo que consiste fundamentalmente en poner palabras y comprender lo esquivado y actuado”*. (Tierno Patiño y Morales Zamorano en Rodríguez Cahill, 2015)

Sobre cómo manejar estas situaciones Badaracco apela a lo grupal y a explicitar las dificultades para superar estas trabas *“Se trata de poder pensar juntos lo que no se puede pensar solos...Si algo se plantea como verdaderamente difícil para todos, incluyéndose a él mismo, debe ser abiertamente explicitado. El conductor necesita saber poner límites a ciertos niveles de actuación porque esto también forma parte de lo que se necesita para poder pensar. Lo importante dentro de estos procesos es ayudar a quien se expresa a pensar por qué dice lo que dice, si responde a una intervención constructiva de elaboración de un tema o para ayudar a otro a elaborar su angustia, o si entra en una contraactuación que sirve más bien como mecanismo defensivo para evitar que surja la verdad”* (García Badaracco, 2000).

Desde la mentalización (Bateman & Fonagy, 2016) también se hace una propuesta similar: si la conductora ha perdido la mentalización lo mejor es explicitarlo para así poder reflexionar entre todos y de esta manera, además, la respuesta de la conductora sirve de modelado para las pacientes sobre cómo detectar y verbalizar que una ha perdido la mentalización.

En la viñeta clínica que analizamos la conducción reaccionó desde el bloqueo, primando el temor a lo que pudiera ocurrir con un contenido tan movilizador en un grupo de pacientes con importantes niveles de autoagresividad. Se tendió inicialmente a la intelectualización y, posteriormente, se esquivó el abordar el material de memorias traumáticas de abuso sexual con el conflicto de la paciente que se fue del grupo. De esta manera, al no centrar la mentalización en el suceso traumático, se favoreció que el acting lo desempeñasen otros miembros del grupo.

Pensamos que el colapso del espacio analítico en grupos con pacientes que traen memorias traumáticas de abusos sexuales en la infancia con frecuencia se da en dos tiempos:

- Un primer tiempo en el que la conducción desde el miedo al descontrol grupal y la sintomatología limítrofe tiende a bloquear los contenidos (intelectualizando, restando importancia o desviando a otros focos).

- Un segundo tiempo, propiciado por el anterior, en el que las pacientes, ante la elevada emoción del grupo no procesada y la omisión por parte de la conducción, tiendan al acting a través de la escenificación de la escena traumática con el reparto de roles del evento negado entre las miembros del grupo incluida la conductora.

Planteamos que la presentación de los mecanismos defensivos del grupo ante un contenido de abuso sexual en la infancia se asemeja más a una secuencialidad que a una bifurcación (o bien bloqueo del contenido desde el temor o bien el acting y tendencia a la reescenificación). Ya que el primero eleva la tensión para que se produzca el segundo.

### El juego de roles

Las situaciones que nos apelan al apego limitan nuestra capacidad de mentalización tendiendo a modos de procesar la información de manera reduccionista (“lo que pienso es lo que es”) y concreta (“si no tengo evidencia de ello no existe”).

Es como si el recuerdo del trauma en el grupo escotomizase la capacidad reflexiva y sumiese la creatividad en un juego compulsivo de repetición.

Es conocido cómo las niñas frecuentemente elaboran los traumas a través de juegos simbólicos cuya reiteración clónica en ocasiones se puede tornar estereotipada.

En Más allá del principio de placer Freud describía cómo *“la compulsión de repetición se puede adjudicar a lo reprimido inconsciente”* (Freud, 1920).

Expertas en trauma cómo Judith Herman señalan particularidades en la transferencia de pacientes con trauma severo: *“no refleja una sencilla relación diádica, sino más bien una triada: “el terror es tal que parece como si el paciente y el terapeuta se reunieran en presencia de otra persona más. La tercera imagen es el abusador, que [...] exigía silencio y cuya autoridad está siendo ahora retada”. Y también: “Cuanto mayor es la convicción de la víctima de su indefensión y abandono, más desesperadamente necesita un rescatador omnipresente”* (Herman, 2004).

Esto nos lleva a plantear que un fenómeno frecuente en la dinámica de grupos de psicoterapia en los que emerge el trauma es la tendencia de los pacientes a encarnar estas transferencias que quedan suspendidas en el aire. Sugiriendo que en estos grupos (si el trauma no es abordado adecuadamente) se lleva a cabo un reparto de roles: la(s) víctimas, el agresor, salvador, observadoras (inmóviles o humilladoras).

En el grupo que analizamos en este trabajo consideramos que cuatro pacientes adoptaron el rol de víctima desde distintas facetas: O. desde la rabia/culpa; M. desde la compulsión; A. desde la congelación y OV desde la disociación. El rol de salvadora fue asumido por K. El de agresor por N. La conducción adopta un rol entre el querer poner cabeza y el susto en este sentido creemos que representaría lo social/el espectador.

## CONCLUSIONES

La progresiva conciencia de la realidad de los abusos sexuales en la infancia es uno de los vértices que configuran el prisma de la actual crisis social. Como profesionales de la salud mental es nuestro deber considerarlo y atenderlo.

El trauma no puede ser comprendido como un suceso circunscrito a las personas que lo vivieron. El grupo psicoterapéutico como representación de lo social es el encuadre adecuado para abordar clínicamente las secuelas interpersonales del abuso.

Aunque se trata de un evento crítico esperable las conductoras estamos poco preparadas desde la *función teorizante* pero también desde lo experiencial a nivel de *función conductora* (Sunyer, 2008) para manejar el trauma por abuso sexual grupalmente.

Tras el análisis de la viñeta clínica a la luz de la búsqueda bibliográfica, hemos aprendido que es importante posibilitar la evocación del recuerdo episódico en un clima de solidaridad que permita, desde la resonancia de todas las compañeras de grupo, la función *verbalizante* (ibidem) pudiendo expresar cómo se sintió y así rematizar en el individuo, pero también en el grupo, y por ende socialmente, ese evento que permanecía escindido y dañando.

Así mismo, consideramos que es frecuente que los mecanismos de defensa de la conducción y el grupo lleven en un primer momento al bloqueo de lo expresado desde el temor y en un segundo momento al acting out a través de la re-escenificación de lo ocurrido con un reparto de papeles en el que un paciente pueda asumir el rol de agresor y (si continuamos sin poder mentalizar la dinámica grupal) ser expulsado del grupo.

Identificar y verbalizar las transferencias negativas y las rivalidades a la vez que se mantiene una matriz grupal sostenedora puede prevenir el colapso del espacio analítico un fenómeno frecuente cuando emerge el trauma por abuso sexual.

El trabajo en co-terapia y con espacios de reflexión de tarea se tornan en una profilaxis imprescindible, por la dificultad reflexiva cuando la conducción está sometida a intensas identificaciones proyectivas, pero también para posibilitar la adjudicación de transferencias

opuestas en cada coterapeuta y así proteger a otros pacientes de transferencias negativas expulsivas.

Consideramos el trauma como un suceso social. Como tal, su reparación debe ser desde una matriz relacional sostenedora y reflexiva de la que el grupo de psicoterapia es germen.

---

## Bibliografía

- Bateman A. & Fonagy P. (2016) *Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos de la Personalidad*. Una guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer. Biblioteca de psicología.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ellison, W.D., Rosenstein L. K., Morgan T. A. & Zimmerman M. (2018) Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573.
- Freud, S. (1920). *Obras completas (Vol. XVIII): Más allá del principio de placer psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- García Badaracco J. E. (2000) *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda.
- Guillem, P. & Loren, J. A. (1995). *Del al diván círculo, psicoterapia analítica grupo*. Valencia: Promolibro.
- Herman J. (2004) *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Marrone, M. (2001) *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial prismática.
- Marrone, M. (2022) Seminario teórico online desarrollado en el Master de Psicoterapia Analítica Grupal, marzo, Madrid.
- Nieto Martínez, I. (2011) Desafíos en el análisis de pacientes adultos con historias de abuso sexual en la infancia [Gabbard, G.O., 1997] *Aperturas Psicoanalíticas*, 39.
- Pereda, N. (2016) ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133.
- Rodríguez Cahill, C. (2015) *Los desafíos de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Grupo cinco. Colección salud mental colectiva.
- Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de Grupo Grupoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.