



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº29 – Invierno 2025

Mirar, escuchar, sentir: propuestas y reflexiones acerca del diseño de dispositivos grupales en una unidad de salud mental comunitaria

Olalla Santamaría Gómez¹

Este artículo se basa en la ponencia redactada para el Seminario organizado desde APOP (Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica) en Mayo de 2025, bajo el título: “Pensando dispositivos grupales en contextos institucionales de salud mental: experiencias prácticas desde la concepción operativa de grupo”.

En él, quisimos plantear un espacio de reflexión y elaboración sobre las dificultades que encontramos en nuestra práctica clínica en dispositivos de la red de salud mental pública, para el diseño y puesta en marcha de grupos psicoterapéuticos.

El seminario constaba de dos ponencias, una centrada en dispositivos terciarios tipo Comunidad Terapéutica, a cargo de mi compañero José Luis Pérez y la otra, que desarrollo a continuación, centrada en el ámbito de la salud mental comunitaria.

Se trataba de una exposición sobre experiencias, a través de mis años de recorrido por la psicoterapia de grupo en dispositivos comunitarios. Quise compartirlas para poder continuar construyendo, elaborando dichas propuestas y reflexiones, no cerradas, sino abiertas a ampliarse y revisarse.

¹ Psiquiatra. Miembro, docente y secretaria de Apop.

Proponerse contar a otros acerca de algo, desde la concepción de grupo operativo, es proponerse contar con otros. Así, desde ese punto de partida, las dudas, temores, preguntas que surgen al afrontar la tarea interpelan con menor intensidad y desde ahí me dispuse a narrarlas.

A qué me refiero con el título: mirar escuchar sentir. Lo contaré a través de un momento de asociación libre.

El título surge en un momento de encuentro con otras compañeras de Apop: habíamos viajado a Madrid para las jornadas que allí se celebran anualmente. La palabra esperanza estaba en el título: "La Esperanza a partir del vínculo. Pequeñas experiencias de cotidiana subversión". Después de madrugar, viajar en Ave, llegada a la capital y desayuno, por fin nos sentamos a escuchar la primera ponencia e inmediatamente me viene la inspiración para el título de este seminario, cuya preparación ya estaba en marcha: Ver, oír, sentir. Aquella triada que nos enseñan en la formación de reanimación cardio pulmonar. Ver si hay movimientos torácicos, escuchar la respiración, sentir el aliento de la misma.

Y creo que me viene porque conecta, asocia, con la triada necesaria para pensar y poner en práctica dispositivos grupales: teoría, práctica y supervisión. Es decir, como psiquiatra, vengo de un modelo médico, que he podido ampliar, revisar, enriquecer a través de la formación en la concepción de grupo operativo, hasta hacer de forma inconsciente esta asociación un poco bizarra....

¿Qué sería el ver? El ver, sería la mirada que aporta la teoría, ¿Y el oír?: la escucha que desplegamos en la práctica. El sentir, serían los aspectos transferenciales/contratransferenciales que trabajamos en la supervisión. Y creo que eso es lo que encajó cual piezas de tetrís en ese momento en el que me senté con otros para dar una nueva vuelta de tuerca a ese ver, oír, sentir.

Otra asociación posible y un poco más dramática: ¿Será qué diseñar y poner en marcha dispositivos grupales, nos saca de la parada cardíaca, de la asistolia en la que a veces entramos en nuestra práctica, nos resucita?

Curiosamente, leyendo para preparar este seminario, encuentro un texto en el que Bauleo utiliza este mismo símil del ver, oír, sentir para explicar cómo la teoría ayuda a afinar la práctica: ver el grupo, escuchar silencios, olfatear/sentir tiempos de latencia.

De una forma u otra, esta triada es el punto de partida para mis propuestas. Las abordaré en este orden con propósito didáctico, pero sabemos que no son aspectos estancos que se puedan separar. Aportaré de forma intercalada algunas pinceladas teóricas que nos ayudarán a entender mejor, a ilustrar.

Como el título del artículo recoge, me centraré en trabajos desarrollados en dos USMC en las que he desempeñado mi actividad.

Las USMC como sabemos son los lugares de recepción y organización primera de la demanda. Lugares de contención, de respuestas para los usuarios, pero también de malestar, de insatisfacción institucionalizada y cronificada; para estos y para los profesionales. El malestar que genera el querer dar una atención, pero no conseguir lo que creemos óptimo, siempre por debajo de lo que nos gustaría a nosotros y a usuarios. Como en cualquier dispositivo de la red sanitaria, el profesional se ubica aquí en un rol intermedio entre la demanda de la institución, y la del individuo, familia y comunidad, a la vez que se sabe parte de la institución. No quiero extenderme aquí sobre el malestar, en el desgaste físico y emocional con el que lidiamos a diario. Cómo en tiempos mínimos intentamos contener a otros y a nosotros mismos...entender a otros y que se entiendan ellos mismos. Cómo ha cambiado la demanda en los últimos tiempos, creo que más en calidad que en cantidad. Cómo necesitamos revisar nuestros modelos para entender este cambio en la demanda. Cuando recurrimos a la bibliografía, vemos que esto del malestar en los equipos de salud mental no es algo nuevo, reciente, muchos han escrito sobre ello. La reforma se llevó a cabo, pero las instituciones continúan con sus procesos naturales de paso de lo instituyente a lo instituido y estereotipado, como cualquier institución. Así que esto me lleva a pensar que tiene más que ver con la tarea y todo lo que la rodea para poder abordarla, que con el momento que vivimos ahora (que también).

En medio de todo esto, y como vía de salida a este monto de inquietudes, tenemos la necesidad y la oportunidad de no repetirnos, de abrir espacio a la creatividad y ofrecer respuestas asistenciales diferentes, eficaces y satisfactorias para usuarios y profesionales. Habitualmente escuchamos o decimos: “eso en lo público no se puede hacer...”. Una sentencia y resignación a la que personalmente me resisto a recurrir, porque en mi experiencia sí es posible, con dificultades y obstáculos en el camino sin duda, pero con posibilidades siempre que se haga con otros.

Os contaré aquí sobre tres experiencias grupales:

- Las llevé a cabo en dos USMC de estilos totalmente distintos. Dos se dieron en una USMC con un equipo de profesionales en el que predominaba la rigidez, relaciones tensas entre sus miembros, necesidad de hiperorganización para suplir carencias de espacio y tiempo entre otras, pero donde se pudo dar un proceso grupal para la construcción de un equipo terapéutico.
- La otra experiencia es en mi actual USMC donde hay una excelente relación entre sus miembros, hábitos de trabajo y organizativos muy flexibles. Sin embargo, el equipo-

grupo está aún en construcción, en parte por la reciente salida e incorporación de nuevos profesionales, algo que se refleja en las situaciones de conflicto que están emergiendo actualmente.

Por tanto, queremos comenzar un grupo, tenemos ya el deseo, la formación, pero nos preguntamos: ¿cómo puedo hacerlo?

Creo que antes del cómo, hay que preguntarse otras cuestiones: ¿Por qué quiero hacer un grupo psicoterapéutico, por qué quiero hacer una intervención grupo? ¿De dónde viene este deseo? Como decía hace un momento, desde nuestra concepción, este deseo habitualmente viene de una necesidad de ofrecer respuestas diferentes de las que ya damos. De dar respuesta con más sentido de las que por la inercia de la práctica diaria ofrecemos. De la necesidad de no repetirnos.

Se dice que está más desarrollada en términos evolutivos la persona que tiene un deseo que una necesidad". La necesidad no permite pensar, aunque dicen que agudiza el ingenio. Pero para que este ingenio pueda crear, y poder pasar a la práctica, es necesario el sostén que da el conocimiento teórico. Y este conocimiento ayudará a elaborar esa necesidad en el sentido de carencia, de rellenar algo que falta, y convertirla en un deseo. Sería como el paso de "Tener hambre, a tener apetito" (con hambre como cualquier cosa, con apetito puedes elaborar un plato rico).

Personalmente carecía de este conocimiento teórico suficiente en el primer grupo que coordiné junto con otra compañera, que como psicóloga clínica y además con más años de experiencia, si tenía. Aquel grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, estaba sostenido según lo recuerdo hoy día, fundamentalmente por la necesidad y el deseo de trabajar con otros y de otra forma, que no fuera únicamente a nivel individual.

A nivel técnico, probablemente eran más revisiones en grupo que "un grupo" según lo recuerdo hoy día. Nos preocupábamos por definir y mantener el encuadre, aunque sin tener el conocimiento de la importancia de éste como el que tenemos hoy día, también escribiríamos sobre ello más adelante. Y funcionó como lugar de sostén, para los pacientes y para nosotros. Tenía una tarea: espacio de expresión reflexión sobre las dificultades del día a día. Desde el cuidado y respeto tuvo lugar esta experiencia, en la que ofrecimos la posibilidad que da el grupo a otros, y a nosotras mismas como profesionales, más en pacientes graves, de estar con otros. Y esto ya es mucho. Sería el primer proyecto de muchos otros... dios nos cría y nosotros debemos juntarnos.

La segunda experiencia de la que os quiero hablar, puedo ilustrarla con esta afirmación de Armando Bauleo: un paciente será el que nos de la idea para iniciar un grupo. Efectivamente.

Así fue como me ocurrió el diseño de un grupo de familiares para pacientes con diagnóstico de TMG. En aquel entonces ya tenía algo más de recorrido teórico, y fue lo que me permitió desplegar una mirada y escucha distinta.

Clásicamente sabía: debemos intervenir con los familiares si queremos generar algún tipo de cambio en los usuarios. Pero esta idea usualmente colisiona con la de la gravedad de la situación clínica. ¿Es esta gravedad clínica la que nos orienta a la frecuencia de atención en consultas? Si es así, y el diagnóstico CIE 10 del familiar es Trastorno de ansiedad o Distimia... lo veré cada 6 meses con suerte... ¿qué tipo de cambios vamos a generar desde ahí? ¿Qué puedo aportarle en intervención individual a esta señora desde el modelo biologicista / paternalista?

Así que, si no es el listado de síntomas lo que nos orienta, sino que podemos mantener una mirada más compleja a partir de la cual sabemos que la subjetividad del individuo se genera en la relación con otros, que es necesario poner en juego el grupo familiar, el germen del grupo interno para tener posibilidad de reflexión, de cambio, entonces la terapia de grupo emerge como el lugar donde esto puede ser posible.

Esta ha sido una de las experiencias que más me han enseñado en mi práctica. Me dio la oportunidad de escuchar, de conocer lo que estos familiares no podían expresar en las consultas individuales, como acompañantes. Como el darles un lugar propio les daba la posibilidad de trabajar otras subjetividades, no únicamente la del rol de familiar cuidador, sino también las suyas como personas con necesidades propias. Les ofrecía la posibilidad de imaginar el poder romper la relación simbiótica o el refugio que buscan en esta relación.

Es esta mirada a la complejidad lo que nos genera “deseo” de formas diferentes de abordarla. Sabemos que nuestra práctica diaria puede ser aparentemente muy sencilla: tienes esto - tómate esto (en el caso de los psiquiatras), tienes esto y toma esto (grupos directivos de explicación, no de elaboración). Lo sencillo, los reduccionismos, como poco acaban por ser muy aburridos. Siempre igual, siempre lo mismo, altas rápidas, reconsultas rápidas, puertas giratorias y cronicidad entre otras secuencias. Cupos al límite, profesionales quemados. Sensación de insatisfacción continua, de no hacer, de no poder abarcar. Concebir al sujeto y su sufrimiento en toda su complejidad, nos complica como la propia palabra dice, pero nos entusiasma también. Nos saca del hastío, nos pone en posición creativa. Otra curiosidad de este grupo, fue la frecuencia de sesiones que establecimos en el encuadre: cada tres semanas. Frecuencia que venía dada por el deseo del realizarlo, pero la necesidad de adaptarlo a la realidad asistencial que teníamos.

Siguiendo con la tercera experiencia de la que os quería hablar hoy: Los grupos de Trastornos Adaptativos creo que serían el paradigma de esta cuestión, de la mirada a la complejidad.

Quien los haya puesto en marcha conocerá a que me refiero. Se trata de una etiqueta diagnóstica a la que se puede dar respuesta rápida, sencilla, simple o si ampliamos un poco más, si ESCUCHAMOS lo que hay detrás del cambio desencadenado por un estresor y ponemos a trabajar en grupo, comenzamos a entender muchas cosas. Por qué la cronicidad, por qué las reconsultas, por qué las escaladas farmacológicas. Porque son estructuras, subjetividades complejas que en un momento dado se “rompen”, o no pueden “adaptarse” más a las exigencias relacionales. Ya estaban dañados de antes, pero adaptados. El trastorno, la consulta, viene cuando se cansan de “adaptarse”. Esta aparente obviedad, se me ha hecho muy presente al intentar definir criterios de selección para un grupo de T. adaptativo con “riesgo de cronicidad” del que os hablo a continuación.

Establecí un criterio de tiempo de evolución como sinónimo de tiempo de tratamiento, que ayudara a discriminar a los pacientes que aún no están cronificados (yo quería sólo a los que estaban en riesgo): “síntomatología ansiosa y depresiva reactiva de menos de 5 años de evolución”. Nos dimos cuenta de que esto dejaba fuera a muchos pacientes, ¿por qué? Porque gran parte de las personas cuando consultan llevan ya mucho tiempo de evolución “adaptándose”, sosteniendo donde pueden, llevan tiempo mal, hasta que decide ponerse en tratamiento...lo cual nos hace preguntarnos si lo de antes era adaptativo o desadaptativo... adaptativo con los otros, desadaptativo con uno mismo ...

En el momento de redactar este trabajo, tenía muy presentes las dificultades por las que estaba atravesando con este grupo al que me refiero, es decir, estaba muy atravesada por el SENTIR:

Como digo, este grupo comenzó llamándose de Trastorno adaptativo con riesgo de cronicidad, pero cuando comencé a ver, a escuchar, me dio la oportunidad de revisar la noción que tenía sobre esta etiqueta diagnóstica y sobre el factor pronóstico, sobre el origen del riesgo de cronicidad que empecé a comprender estaba no solo en relación con los factores recogidos en la bibliografía (enfermedad somática, antecedentes trauma biográfico, estresores sociales) sino también con el tipo de intervención que ofrecíamos. Marta De Brasi escribe: “Sabemos que el diagnóstico y el pronóstico están en relación con el tratamiento que podamos realizar. Este dependerá, además, de las características del paciente y la disponibilidad del terapeuta, de las posibilidades del equipo curante y de los recursos institucionales”. Cuando ofrecemos una intervención en tiempo y espacio adecuado, con un encuadre definido, con estabilidad, damos la oportunidad de generar un proceso terapéutico con todo lo que ello implica, entre otras cosas, la posibilidad de que emerja la patología que en una única consulta o consultas espaciadas no puede emerger. Implica que emerge la complejidad de la problemática como digo, pero el grupo nos da la oportunidad de abordarla e incluso proveer a estas personas de instrumentos para resolverla.

Detrás de estas personas con esta etiqueta, había historias de vida muy complejas, traumáticas en algunos casos, personalidades neuróticas (obsesivas, histriónicas, dependientes) con la rigidez que sabemos implican. Son personas con sintomatología del espectro ansiedad-depresión-somatizaciones, con cierta repercusión funcional y riesgo de cronicidad (considerando como factores de riesgo posibles la intensidad de los síntomas, recursos propios disponibles, sistemas de apoyo externo, previsión de la persistencia de factores de estrés).

Cobra sentido para mí el título de este capítulo de Marta de Brasi que tantas veces había leído: “Transformaciones en la clínica” porque eso fue lo que ocurrió, a través de la modificación en la forma de intervenir, de mirar, escuchar, modifiqué la conceptualización que tenía sobre esta supuesta patología banal. Es decir, de la teoría a la práctica y de ahí de nuevo a la teoría. La praxis transformadora de la que hablaba Pichon-Rivière.

Este cambio de concepto, me sirvió para contemplar la posibilidad de continuar el grupo ampliando los criterios, complejizándolo. Para que no se banalizara a nivel de equipo, ni de institución con la tan denostada etiqueta de Trastorno Adaptativo, que supuestamente no nos corresponde abordar, para señalar, poner de manifiesto a los otros y a mí misma la complejidad, le cambié el nombre a Grupo de Adultos en Crisis. Con esto, quería darle la entidad que tenía, pero quería ampliar también el espectro diagnóstico/de problemáticas (no ceñirlo únicamente al F43.2), saber que estábamos viendo pacientes complejos, me ayudó a incluir a otros pacientes complejos. Para mí, abría la posibilidad con la palabra Crisis, a que se incluyeran pacientes en situación de parálisis, bloqueo por síntomas de cualquier índole (psicótica, conducta alimentaria, depresiva, ansiosa), ya que entendemos que, aunque se expresen de diferentes formas, lo que subyace a cualquiera de estos síntomas es un “problema relacional”. Además, desde nuestro modelo pichoniano sabemos que: “A mayor heterogeneidad de los miembros de un grupo, mayor homogeneidad en la tarea”.

Se mantenía el criterio temporal de menos de 5 años de evolución, para hacer énfasis en la crisis como proceso agudo, reciente.

Como digo, Marta de Brasi en su capítulo, “Transformaciones en la clínica”, ilustra con teoría esta experiencia que estoy contando: “las experiencias que van provocando variaciones en las ideas sobre la enfermedad, van modificando no sólo los instrumentos y los métodos sino también la misma experiencia clínica y, como consecuencia, la enfermedad. Esta experiencia clínica sabemos que transita por: ámbitos individuales, grupales, institucionales y comunitarios, pero a su vez, estos ámbitos dan espesor y profundidad a esa experiencia clínica, que hacen que se nos presente hoy como un campo caleidoscópico”.

Así transcurría el devenir de este grupo. Continúo con todo lo que por el acontecía, enumerando algunas de las dificultades:

- Ritmo de derivaciones lento.
- Derivaciones rechazadas en entrevista de evaluación por no cumplir criterios establecidos.
- Pacientes incluidos que posteriormente hubo que “sacar” por no poder trabajar en grupo.
- Pacientes que abandonan el grupo de motu proprio.
- Errores en la transmisión de información por lo que no se convocó correctamente a los pacientes en la primera sesión. Sólo acudieron 3.
- Cambios de encuadre: variables tan importantes como la del espacio se vio alterada en varias ocasiones con la inestabilidad que ello genera. Hay autores que dicen que la variable espacio, al ser la que sufre más ataques institucionales es la que genera más desgaste y dificultad para mantener la continuidad de un grupo, porque en la “batalla” por el espacio se juegan otras cuestiones (ideológicas).

¿Dónde pienso que estuvieron los “obstáculos”? ¿Los motivos por lo que sucedieron estas cuestiones? Recorro de nuevo a la teoría y supervisión para poder revisar que ocurrió. Actualmente me centro en dos aspectos:

1. Dificultad para la selección: no tengo claro si la dificultad está en la definición de criterios de inclusión, o **en la evaluación** (en el sentido de por qué proceso valoramos si estos criterios se cumplen o no), o más bien en ambas. Las entrevistas únicas que realizo antes del grupo (para los usuarios derivados de otro compañero/a) me resultan insuficientes a la luz de las dificultades que surgieron. No conseguimos evaluar en una única entrevista si la persona puede, quiere, está para trabajar en grupo. No a respuesta, la solución no sólo va a estar en poder hacer este proceso de forma más exhaustiva, la tendremos en el grupo después.

- Diego Vico también plantea: “se puede pensar en clave grupal, y no por ello tener que responder a una determinada problemática o demanda montando un grupo, salvo que uno monte el grupo para satisfacerse a sí mismo. Qué importante preguntarnos esto también: ¿los pacientes necesitan este grupo, el equipo lo necesita, la institución lo necesita? Viendo el desgaste que yo sufría con las dificultades de este grupo, me di cuenta de esto, pude ver qué era yo la única que tenía el nuevo grupo en mente y deseo y por eso insistí en devolverle la pregunta al equipo, trabajarla con ellos. Esto nos enseña lo necesario del equipo y lo aprendemos solo después de habernos equivocado, también esto está en la teoría.

- En el artículo “Psicoterapia de grupo para necesitados” (no me queda claro si los necesitados son los pacientes o los profesionales), nos habla de esta cuestión acerca de la selección de los pacientes. Cuenta incluso como hacía un grupo previo al grupo, “grupo de espera activa”, para que los pacientes vayan familiarizándose con el espacio grupal y pensarse con más conocimiento si formar parte de un grupo psicoterapéutico propiamente dicho les puede resultar útil. Nombra a Yalom, cuando dice que lo más nocivo para un grupo es la falta de compromiso de sus miembros. Las ausencias esporádicas a las sesiones es un lujo que se pueden permitir los grupos que ya van. Y este lujo mi grupo no se lo pudo permitir... “Las ausencias: se les queda un cuerpo a los integrantes del grupo como si alguien hubiera entrado en casa a robar... Esto no es bueno para nadie”, y añado yo: excepto para quien vino a robar y se llevó algo...
- ¿Podríamos permitirnos este pre grupo en una USMC? El ritmo de la demanda y de las respuestas, nos apremia a la organización exprés, un grupo detrás de otro, como los capítulos de serie. Estas prisas no son buenas compañeras. Viene al caso aquí nombrar las primeras entrevistas grupales, otra propuesta /respuesta grupal a la demanda que se desarrolló en el CSM las “primeras entrevistas grupales”, como dispositivo posible, que también podría tener esta función “preparatoria” para el trabajo grupal posterior. La nombro para que tengamos noción de que hay posibilidades, no sólo reservadas para aquellos que están en los dispositivos “de tercer nivel”.

2. Proceso de Definición de criterios de inclusión:

Está claro que es necesario trabajar esos criterios y el giro que yo le quería dar al grupo con el resto del equipo. Se trata de un trabajo de construcción de un ECRO común, en definitiva, al menos unos mínimos. Y esto requiere tiempo, reposo, elaboración. Pensar juntos. Esa quimera que parece tan difícil de alcanzar en los ritmos que llevamos hoy día. Un año después de exponer el grupo al equipo, aún discutíamos acerca de los criterios de inclusión, acerca de para quién es el grupo (yo tenía una idea en mi cabeza, el equipo tiene otra). Me disgusté mucho cuando esto ocurrió, pero luego pude ver que esta era la discusión que necesitábamos para poder seguir construyendo el ECRO común, la discusión que no tuvimos al inicio del grupo...nunca es tarde.

- Esta situación de conflicto, es paradigmática de lo que a nivel teórico ya sabemos, de las que nos habla Felipe Vallejo en su trabajo sobre grupos de Trastornos adaptativos: el análisis de cualquier respuesta asistencial de un Servicio de Salud Mental tiene que remontarse, previa y necesariamente, a otros procesos grupales (y por ende institucionales). Por ello, es pertinente incluir en estas reflexiones que el primer

espacio grupal a construir es el del propio equipo terapéutico. Como todo grupo, el Equipo, Equipo-Grupo, va a ir configurándose alrededor de una tarea.

Llegamos aquí a una relevante conclusión que es a la vez punto de partida y quizás por dónde debería haber empezado: No es posible pensar y construir un espacio grupal aislado del contexto institucional (y social) donde éste se realiza y se operativiza. Es decir, situándonos en el contexto institucional de un Servicio Público de Salud, son muchas las variables a tener en cuenta en el análisis de la demanda y en la organización de respuestas asistenciales.

Bauleo señala que “hay una oferta anterior al primer pedido, y ésta tiene que ver con la manera en la que se organiza la oferta a los usuarios de cualquier servicio. Esta oferta está estructurada según ciertas reglas que son predefinidas por parte de quienes operan en una institución”. Es necesario un proceso dialéctico establecido entre:

- Profesionales, cada cuál desde sus modelos, ideologías, concepciones acerca de los procesos de salud-enfermedad y sus modalidades de intervención.
- Conformaciones grupales y organizacionales: El modo de organización de los servicios, con su multiplicidad de factores.
- Y el ámbito institucional, con sus objetivos explicitados, su marco normativo. Sobre todo, con sus objetivos no explícitos, marcados por normativas no expresadas. Incluyendo los condicionantes que provienen de una determinada dotación de recursos, priorizaciones, urgencias, distribución de espacios y tiempo, etc.

Volvamos a la pregunta inicial y otros aspectos a tener en cuenta para poder responderla: ¿por qué quiero hacer un grupo? ¿Para qué? ¿De dónde viene este deseo? ¿El Deseo es del profesional o es hacia el profesional?: Dos variables para pararnos a escuchar, a sentir. ¿De qué nos estamos haciendo depositarios, de qué nos queremos hacer cargo y para qué? Cómo responder a estas preguntas, cómo tener certezas (o algo menos de incertidumbre, mejor dicho) en medio del desconcierto masivo actual, las del grupo, del coordinador y de la institución. Vayamos de nuevo a la teoría: en su artículo “Coordinar grupos hoy”, Diego Vico de nuevo dice: “El coordinador es la bisagra de las incertidumbres del grupo, del propio coordinador y de la institución. Él piensa que este es el papel que nos corresponde como coordinadores de grupo, sostener y suavizar estas incertidumbres y ponerlas al servicio del cambio. El coordinador, no debe descargar esta incertidumbre en el grupo, pero el grupo y la institución si la descargaran sobre él”.

Si esto lo vemos así, puede resultar un poquito angustiante. De estar en un fino alambre de equilibrio. Pero también podemos entender mejor el porqué de la dificultad de esta ardua

tarea. Me quedo más tranquila, no es cuestión de que yo no pueda o no sepa. Si añadimos la incertidumbre masiva que vivimos hoy día a nivel social...

La institución también quiere certezas, no sólo nosotros: saber que está dando respuesta, saber que está llevando a cabo el encargo social de tapar, de acallar el sufrimiento. Nos manda hacer grupos porque parece que así se contendrán todo este malestar de forma más “eficaz y eficiente” (intervenciones de probada eficiencia las están llamando ahora) pero luego cuando comienzan las dificultades, los obstáculos (de tiempo, espacio, profesionales) hay una rápida marcha atrás, al modelo individual. Qué difícil el dialogo entre lo instituyente y lo instituido.

Y citando de nuevo a A. Bauleo, acabo: “no intentemos controlar los elementos institucionales, sino estudiar la posibilidad de que nos proporcione un marco, una ecología para el diálogo terapéutico”.

Bibliografía

- Bauleo, A. “La Operación grupal”. *Área3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. nº5- Otoño-Invierno 1997.
- Bauleo, A.; Duro, JC.; Vignale, R; La concepción operativa de grupo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid 1990.
- De Brasi, M, Bauleo, A. *Clinica Grupal. Clínica institucional*. Bs Aires, Atuel Ediciones.1990.
- de Castro Oller, Maria Jesús, Gómez Esteban, R, de la Hoz Martínez, A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. I Jornadas Sección grupos AEN*.
- Irazábal, E.; Vico, D. “Coordinar grupos hoy: qué cambiamos y que mantenemos (ensayo segundo)”. *Área 3, Cuaderno de temas grupales e institucionales*.
- Leal Rubio, J. Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, 1997.
- Mantrana, L. Santamaría, O, Guerrero, R. “Proceso de construcción de respuestas psicoterapéuticas en contexto institucional y social de incertidumbre”. *Revista de psicoanálisis psicología social*. Año 7. No 5. Madrid 2016.
- Pichon-Rivière, E. *El Proceso Grupal*. Ed. Nueva Visión. 1975.
- Pichon-Rivière, E. “Estructura de una Escuela destinada a la formación de Psicólogos Sociales”. En *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Ed. Galerna, Buenos Aires.1971.
- Vallejo, F. “Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastorno de adaptación”. *Revista de psicoanálisis y psicología social*. Año 1. Nº1. Madrid 2009.
- Vico, D. “Psicoterapia de grupo para necesitados”. *Área 3. Cuaderno de temas grupales e institucionales*. nº13 – Otoño-invierno 2009.