



## **ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES**

(ISSN 1886-6530)

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

Extra Nº7 – Otoño 2024

Material presentado en la IV Asamblea Internacional de Investigación “A partir de Pichon-Rivière”,  
Montevideo, 13-15 de septiembre de 2024

### **El dispositivo grupal como instrumento terapéutico y de investigación para la clínica grupal e institucional<sup>1</sup>**

Laura Mantrana<sup>2</sup>, Lola Lorenzo<sup>3</sup>, Natividad Carrión<sup>4</sup>

#### **INTRODUCCION Y/ PRESENTACIÓN**

En el marco de la revista de Área 3, presentamos la ponencia que fue nuestra aportación a la Asamblea Internacional de Investigación de Montevideo en septiembre de 2024.

En el contexto de esta Asamblea, nuestro trabajo se centró en abrir algunas reflexiones a partir de una práctica clínica e institucional, en un servicio público de salud mental. Clínica pensada y organizada desde nuestro modelo teórico-técnico. Modelo basado en la clínica grupal operativa e institucional: la Psicología Social de Pichon-Rivière, la Concepción

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la Mesa 2B.

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica del Hospital de Día de la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Sevilla. Miembro docente del programa de formación de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP).

<sup>3</sup> Psicóloga Clínica, miembro docente y supervisora del programa de formación de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP).

<sup>4</sup> Psiquiatra del Hospital de Día de la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Sevilla. Miembro docente del programa de formación de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP).

Operativa de Grupo desarrollada por A. Bauleo, y la Teoría de los Ámbitos de José Bleger. Referentes que nos han permitido desarrollar nuestra práctica asistencial y el trabajo psicoterapéutico desde la perspectiva de una clínica grupal operativa, crítica y ampliada, a la que hace referencia nuestro querido colega Osvaldo Saidón. Es decir, una clínica que contempla las condiciones sociales, económicas y culturales actuales, en las que se produce la subjetividad y, por tanto, los procesos de salud y enfermedad.

El contexto donde realizamos nuestra actividad clínica asistencial es un Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) de Sevilla (Andalucía, España), donde trabajamos con personas con graves problemas de salud mental. Los Hospitales de Día son dispositivos asistenciales que se definen como un recurso de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Son dispositivos que anclan su trabajo en el ambiente terapéutico y en la organización de espacios grupales con una diversidad de tareas, abordadas desde un enfoque multidisciplinar, integral e intensivo. Organización que va produciendo una trama vincular latente, de la que podremos observar sus efectos en los distintos grupos que interaccionan en la institución.

La clínica grupal operativa e institucional remite a una diversidad de elementos que la constituyen. En este sentido y desde nuestro contexto asistencial de trabajo, vamos a señalar algunos de ellos.

### **Perspectiva psicosocial de la subjetividad y el sufrimiento psíquico**

Hemos ido aprendiendo desde nuestra experiencia clínica que las personas con graves problemas de salud mental suelen encontrarse atrapadas en un estereotipo que, a modo de mecanismos de defensa, les evite el sufrimiento psíquico, aunque sea a costa de quedarse en un aislamiento y dificultad relacional, o incluso en un vacío existencial, sin proyecto vital, donde el deseo y la motivación se desdibujan.

Pichon-Rivière, a través de sus experiencias clínicas, desarrolló una teoría acerca de la enfermedad en la que subraya, entre otras cuestiones, que ésta siempre se produce en un contexto social como un fallido intento del sujeto de adaptación al medio.

Compartimos, por tanto, una concepción del sujeto producido y construido en una red vincular, un juego de interrelación entre el grupo interno y el grupo externo. Este modelo trasciende lo intrapsíquico, entendiendo el psiquismo como una dialéctica entre lo intrapsíquico y lo interpsíquico. Modelo que se complejiza y dialectiza al incluir la perspectiva

de los ámbitos de J. Bleger, que nos señala que “mediante el estudio psicosocial, sociodinámico e institucional de la familia de un determinado paciente, podemos tener un cuadro completo de su estructura mental”.

El paciente transita por “la locura”, diría Pichon-Rivière, pero no está solo ni aislado, sino que en torno a él hay otros, su familia, que forman parte de la problemática que nos presenta, siendo el llamado “paciente” portavoz de la enfermedad familiar y emergente también de la sociedad y de los acontecimientos que le ha tocado vivir. Y a veces, “la enfermedad” es también emergente de los conflictos latentes de la institución, que se hace cargo de su tratamiento.

Estas personas arrastran graves perturbaciones en la organización de sus vivencias más primarias, que han afectado a la construcción de su identidad-guía y a la relación con la realidad.

Por tanto, en el marco del Hospital de Día, trabajamos con ellos, con sus demandas que en muchas ocasiones son nombradas por otros, sus motivaciones que a veces parecen confusas, sus necesidades que con frecuencia depositan en otros o son negadas, sus recursos saludables que han permanecido invisibles, sus proyectos de los que apenas pueden hablar y su dinámica familiar. La familia está incluida en las estrategias terapéuticas o procedimientos terapéuticos que elaboramos y organizamos tanto con ellos como con el grupo familiar. Tenemos también presente y forma parte de esas estrategias terapéuticas, el conocimiento acerca de las experiencias previas con los dispositivos asistenciales por los que han transitado estas personas, en muchas ocasiones con vivencias de fracaso, de repetición, de daño, de cronicidad...

En las primeras etapas del proceso terapéutico, el establecimiento de un vínculo sólido es fundamental. Nuestra escucha, nuestra calidez, cuidado y empatía en estos primeros encuentros determinará en gran medida si puede iniciarse un trabajo terapéutico efectivo. Estos elementos son esenciales para crear un espacio seguro y de confianza, donde la persona se sienta acogida y comprendida, permitiendo así el desarrollo de una relación terapéutica.

Hemos observado y experimentado en el trabajo con estas personas, que la relación que establecen con nosotros/as, los/las profesionales, suele manifestarse de manera ambivalente oscilando entre aceptar nuestra presencia y ausentarse, entre permitir la cercanía y necesitar distanciarse. Sabemos que nuestro contexto de trabajo, un espacio relacional e intergrupal, evoca en ellas otros contextos, otros grupos, por los que han transitado previamente, lo que influye en su forma de relacionarse en el presente. Es decir, actualizan en el aquí y ahora

experiencias primarias vinculares, que no se acompañaron de los cuidados suficientes para poder crecer, para madurar, para confiar y fortalecer su Yo en desarrollo. Como efecto de estas modalidades vinculares, aprendieron a percibir el mundo externo como peligroso. La inseguridad, la falta de sostén y de contención han dado origen a sentimientos de desconfianza básica que se expresan en su relación con el medio, en la institución y con los/las terapeutas. Expresando estas vivencias a través de conductas de aproximación y alejamiento, un lenguaje que podemos traducir y comprender a través del vínculo que vamos construyendo en la relación terapéutica.

En el espacio relacional del HD, en el que se comparte una parte de la vida cotidiana, observamos que las personas en tratamiento repiten y actúan en los vínculos presentes, aquello que formó parte de la constitución de su subjetividad. Esta repetición es una posibilidad para el cambio, para poder restituir y contrarrestar en el presente el daño experimentado en otros momentos de la vida, para ir aprendiendo a poner en juego otras formas de encontrarse con los otros.

Y en este encuentro, los/las profesionales también ponemos en juego nuestra subjetividad, por lo que es necesario apelar a nuestra contratransferencia para tratar de entender, contener y sostener las conductas que se manifiestan a través de esta modalidad vincular.

### **Relación intergrupal equipo-usuarios-organización institucional**

En el contexto del Hospital de Día, la relación intergrupal equipo-usuarios-organización institucional es fundamental. El Hospital de Día es un lugar donde, día a día, conviven personas con distintas funciones, siendo la tarea principal lograr que esa convivencia sea terapéutica. Desde esta perspectiva de convivencia terapéutica, tenemos en cuenta que la institución en la que trabajamos, como plantea Bauleo, es una relación intergrupal que se da entre los/as usuarios/as (personas en tratamiento y sus grupos familiares), el equipo de profesionales y la organización institucional. En otras palabras, se crea una trama vincular inconsciente entre todos estos grupos que estará presente en toda la organización institucional, y que nos retrotrae a la estructura vincular triádica.

Al igual que en los otros dispositivos asistenciales, la constitución del equipo-grupo es la primera tarea. El equipo de profesionales funciona como un grupo operativo con una tarea en común que se va construyendo a partir de cada esquema de referencia individual de sus miembros. Así, la tarea se va conformando a través de la práctica y de los espacios grupales de diálogo, discusión y reflexión como las reuniones de equipo y las sesiones clínicas

semanales. Es un encuentro entre distintas disciplinas (psicología clínica, psiquiatría, enfermería especialista en salud mental, técnico de cuidados de auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional, monitores ocupacionales, administrativa) que permite ampliar la mirada, salir de posturas y lecturas individuales, parciales, haciendo uso de la contratransferencia como instrumento terapéutico.

El mismo usuario despliega ante nosotras diferentes partes: a una le producirá ternura, a otra enfado, a otra indiferencia..., contratransferencias que van surgiendo y hablándose en las reuniones de equipo, favoreciendo la elaboración, la integración, ante las distintas partes del sujeto que se despliegan en cada una de nosotras y para evitar que no actuemos lo depositado en el equipo terapéutico.

Compartiendo lo que nos despierta a cada una, vamos construyendo una mirada más integradora de la persona que está detrás de los síntomas. A través de los esquemas de referencia individuales vamos construyendo en el proceso de la tarea, un esquema referencial y operativo común, con el que vamos perfilando un código compartido, y pasamos de la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad. Únicamente tomando como objeto de trabajo la intersubjetividad y la grupalidad, podemos salir de posturas narcisistas y omnipotentes. Sin este trabajo en equipo, la fragmentación y la parcialidad serán obstáculos con repercusiones importantes en el trabajo clínico.

Decíamos antes que las personas que acuden a tratamiento al HD han pasado por otras intervenciones previas, clínicas y/o sociales. Para la gran mayoría de estas personas, la demanda parte del deseo y expectativa del/de la profesional que realiza la derivación, de una posibilidad de mejora en su proceso y calidad de vida, una ruptura de la estereotipia de la llamada “enfermedad”. Es muy interesante investigar qué hay detrás de las derivaciones. Proceso complejo, muchas veces no pensado y actuado, y que sería importante darle tiempo y espacio en el equipo derivante y en la comunicación entre el equipo derivante y el equipo que recibe.

El trabajo en el HD empieza desde antes de llegar, desde que esos “otros” piensan en ese sujeto-objeto de sufrimiento. Y cuando acude al HD es recibido/a por “otros”: cuidamos la llegada y la acogida, alguien lo espera, se presenta, lo recibe y empieza un trabajo de conocerle y conocernos coordinado por la terapeuta asignada que será su referente clínico en el proceso de tratamiento en el dispositivo.

Es importante que partamos de la historia previa, la psicobiografía, los grupos por los que ha transitado y la historia experiencial en Salud Mental. Muchas de las personas acuden tras varias experiencias previas de fracaso terapéutico, con intervenciones por múltiples

profesionales y varios dispositivos asistenciales, instalados en el rol de paciente y desde una mirada y lectura individual en la gran mayoría de los casos. Algunos/as nos dicen que “ésta es su última oportunidad”, frase que nos impacta y que la pensamos y compartimos para que no nos bloquee. Ponemos el foco en aprender de su experiencia, ampliando la perspectiva, para no repetir un continuo empezar de cero, fracturando los procesos y a la persona. Desde nuestro encuentro comenzamos a mirar, interrogar y escuchar como sujetos de su propio proceso.

El llamado “paciente” asume un rol de enfermo objeto de las intervenciones de otro. Rol asumido y como decíamos antes adjudicado no sólo por el grupo familiar al que pertenece sino también por la institución que lo designa como “enfermo/a mental”. También observamos cómo ellos/as se resisten a dejar ese rol de enfermo/a, en ese interjuego entre el miedo a perder los instrumentos de la enfermedad con los que han hecho su particular adaptación al medio (adaptación pasiva), y el miedo a enfrentarse y afrontar la realidad sin los medios de la “enfermedad”.

A lo largo de nuestra trayectoria, hemos aprendido que mantener encuadres organizados, fijos y constantes para la tarea de coordinación y cooperación entre equipos, derivantes e intervinientes, es fundamental. Es una tarea donde la escucha, el diálogo, el intercambio de información, la comunicación, va siendo una labor conjunta, partiendo de las diferencias. Se construye un lugar de aprendizaje común, donde se puede ir creando un marco referencial interdisciplinar, útil y eficaz para cada momento y para la continuidad asistencial y de cuidados. Esto es crucial para que el/la usuario/a de estos servicios no sea fragmentado, sino visto en una totalidad operativa.

Nuestra experiencia, no exenta de contradicciones y conflictos, nos muestra que la tarea grupal la fuimos conformando en la medida en que íbamos construyendo los espacios grupales, entre ellos la psicoterapia grupal, el grupo multifamiliar, el grupo común, y el equipo-grupo.

### **Psicoterapia de Grupo Operativo**

Los grupos constituyen la herramienta principal del HD: grupos psicoterapéuticos, grupos de encuentro como el grupo comunitario, todas las actividades de terapia ocupacional que son grupales, grupo multifamiliar, trabajo unifamiliar con los grupos familiares de las personas en tratamiento, grupos de ayuda mutua ...Además, el equipo de profesionales trabajamos en grupo: reuniones diarias de todo el equipo –incluida la administrativa-, reuniones grupales

de intervinientes para la elaboración de los planes individualizados de tratamiento, reuniones con los equipos de los dispositivos derivantes. De manera que lo intersubjetivo y lo social atraviesa el marco y las funciones del dispositivo.

Ahora queremos hablar de la Psicoterapia de Grupo Operativo. Compartimos con Rosa Gómez (2018) la propuesta del grupo psicoterapéutico desde la concepción operativa como el instrumento de tratamiento principal en los servicios públicos, pues favorece la transformación de la forma de relación y de vinculación con los otros.

Concebimos el grupo como un objeto propio, siendo el eje central del trabajo psicoterapéutico la construcción del aquí y ahora. La historia biográfica de cada miembro del grupo se representa y dramatiza en ese momento grupal, cuando los/las integrantes encaran y construyen la tarea que los convoca. Cada uno/a la enfrenta desde el aprendizaje que ha ido internalizando a lo largo de los diferentes grupos por los que ha atravesado, siendo el primer grupo, el grupo familiar.

Por lo tanto, entendemos el insight como un proceso de aprendizaje que toma en cuenta la alienación que ciertas relaciones vinculares imponen, aquellas donde el otro está oscurecido y poco discriminado del yo o bien se percibe como persecutorio, sin poder separar las vivencias internas de lo externo.

Así iniciamos el trabajo psicoterapéutico, partiendo de las necesidades que, con frecuencia, son negadas, ignoradas o evitadas. En las primeras etapas del grupo se actualiza lo más primario y los roles familiares y sociales. Durante esos primeros momentos, y con personas tan dañadas en los vínculos, está presente la indiscriminación; no hay diferencia con el otro. Es también un momento donde lo más regresivo está presente, por lo que es esencial acompañarlos, escucharlos, estar disponibles, sin invadir ni invalidarlos. Tarea compleja, difícil, que requiere de un trabajo colectivo de todo el equipo terapéutico, no solo en el grupo de psicoterapia; aunque éste sea el eje central.

De esta manera, el aprendizaje en la terapia de grupo, a través de la experiencia terapéutica, implica reconocer las necesidades de la presencia e intercambio con el otro, sin temor, o al menos con menos temor, a ser atrapado, a fracasar o a ser de nuevo decepcionado.

Como dice Diego Vico, el grupo posibilita “pasar de estar enfermo a tener problemas y poder soportar como mejor pueda las injusticias de la vida”.

Y les ofrece un espacio de transición entre el aislamiento y la realidad externa, pudiendo construir o reconstruir su capacidad de relación, siguiendo a Antonio Tarí.

En nuestra práctica, hemos organizado grupos de psicoterapia a modo de corredores terapéuticos, al considerar esta modalidad adecuada para la organización asistencial y para los tiempos con los que trabajamos. Definimos momentos de evaluación que posibilitan la salida de algunas personas del grupo, la entrada de nuevos integrantes y la continuidad de otros. La experiencia grupal se va estructurando en esta interacción de lo nuevo y lo viejo. Experimentar, decidir, pensar en ello, es rescatarse como persona, como sujeto, con capacidad de decisión.

Al ser conscientes de nuestra implicación y contratransferencia, hemos aprendido que necesitamos sostenernos en otros para favorecer cambios y procesos constructivos y salir de los espacios instituidos y burocráticos. De lo contrario, sin esta percepción y sin un trabajo reflexivo mutuo y compartido, podría producirse una detención en el aprendizaje, en el crecimiento y el desarrollo de ambas partes: por un lado, el/la paciente podría quedar atrapado en la llamada cronicidad, y por otro, los/las profesionales podríamos quedar estancados/as en lo instituido.

Para el desempeño del rol de la coordinación, nos apoyamos en los espacios de diálogo con otros, con el equipo de trabajo, espacios de formación, de supervisión. Estos elementos son imprescindibles para sostener la psicoterapia grupal en el HDSM y para ir más allá de lo instituido y los mandatos sociales, donde el sujeto y la subjetividad quedan desdibujados en un modelo individualista que fomenta la desigualdad.

Queremos también mencionar el grupo multifamiliar, otro de los espacios grupales que vertebra el funcionamiento y modelo de trabajo del HD. En el grupo multifamiliar coexisten e interaccionan diferentes grupos: los grupos primarios –las familias–; los grupos internos de cada integrante; el grupo de usuarios/as del HD; y el grupo-equipo de profesionales. Participamos todos/as los/as profesionales, excepto la administrativa y un/a monitor/a. Éste permanece fuera por si algún/a integrante precisa salir durante la sesión al no soportar las ansiedades movilizadoras durante la misma. El grupo multifamiliar constituye un gran espacio de conexión entre los vínculos nuevos, los que establecen las personas en tratamiento con el equipo terapéutico y los vínculos antiguos, y los que establecen las personas en tratamiento con sus figuras parentales. A su vez, los familiares también crean vínculos entre ellos y con el equipo de profesionales. Todo ello insertado en la institución sanitaria, y en la comunidad.

Observamos en las primeras sesiones del grupo multifamiliar como todos/as los/as integrantes se resisten a lo nuevo a través del mantenimiento de sus roles estereotipados de sanos y de enfermos. Partiendo de la premisa que el/la denominado/a paciente es el



portavoz, el emergente de la enfermedad familiar, el tratamiento grupal estará dirigido a la ruptura del estereotipo de la adjudicación y de la asunción del “rol de enfermo”. Es muy interesante observar como en el proceso grupal, la labor de la interpretación no sólo es asumida por la coordinación del grupo sino también por todo el grupo, gracias a las transferencias múltiples, intensificando la potencialidad terapéutica de lo grupal.

Y un tercer grupo vertebrador del trabajo es el nombrado como grupo común. Es un espacio grupal de encuentro, de frecuencia semanal, cuya tarea es dar voz a las personas en tratamiento desde que llegan. Es el grupo donde se recibe a los/as que se incorporan – usuarios/as y profesionales-, donde cierran y se despiden, donde se trabajan las dificultades de la convivencia, los conflictos institucionales con la norma, ...Es quizás uno de los espacios grupales que identificamos como más difíciles para los/as profesionales, tal vez por la horizontalidad en el trabajo con la tarea y por el atravesamiento de la institución, sus normas y límites, pudiendo vivirse de forma persecutoria.

Por todo lo referido y para terminar, reiteramos la importancia del encuadre grupal, el encuadre del equipo y el encuadre terapéutico para que, como profesionales y terapeutas grupales, no quedemos a merced únicamente de la institución. Rescatando de nuevo a Bleger: tanto el equipo como el terapeuta necesitan de un encuadre estable que, a modo de holding, sostenga las ansiedades propias de la tarea terapéutica.

---

## Bibliografía

- Bauleo A, Brassi M. *Clinica Grupal y Clínica Institucional*. Edit Atuel.
- Bleger J. *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Gómez R. “El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicóticas, borderline y enfermedades orgánicas”. Área3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, Número especial 3.  
<https://area3.org.es/revista/el-discurso-grupal-factor-terapeutico-central-en-la-psicoterapia-de-grupo-por-rosa-gomez-esteban-501/>
- Gómez Esteban R. *Psicoterapia de grupo Psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal*. En *La práctica analítica en las instituciones de salud mental, la psicosis y el malestar en la época actual*. AEN. 2006.
- Gómez Esteban R., Lorenzo López L. *Clínica Operativa*. Webinar AEN 2022.
- Lorenzo L. “La psicoterapia de grupo y la psicosis. Un lugar para el sujeto”. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*. Madrid: AEN, 2018; pp. 34-42.
- Lorenzo L, Mantrana L, Carrión Natividad. “Notas sobre Psicoterapia operativa y clínica institucional en el hospital de día de salud mental”. AEN. 2022. Dossier: *Actualidad y desarrollos de la psicoterapia de grupo psicoanalítico en los servicios de salud mental*.
- Mass Hess (coord) “Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Hospital de día”. Cuadernos técnicos, 12. Madrid: AEN, 2009
- Saidón O. (organizador). *La Potencia de lo Grupal*. Lugar Editorial. Buenos Aires 2011
- Tarí A, Ferrer C. “Duelo y Recuperación”. En: Hernández Monsalve M, Nieto Degre-gori MP (coords). *Psicoterapia y Rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5, 2011; pp. 127-150.

- Tarí, A., Ferrer, C. (2017). "El grupo y la Recuperación". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 37 (131): 227-240.  
<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16999>
- Vallejo F. "Grupo, equipo e institución en los contextos actuales". En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*. Madrid: AEN, 2018; pp. 93-101.
- Vico Cano D. "Pero... ¿de qué se trata?" Revista Área 3, Cuaderno de temas grupales e institucionales. 2006  
<https://area3.org.es/revista/pero-de-que-se-trata-d-vico-78/>
- Vico Cano D. "Trabajo con psicóticos". Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 1994  
<https://area3.org.es/revista/trabajo-con-psicoticos-diego-vico-250/>
- Vico Cano D. "Locos entre suposiciones, curiosidades y disparates". Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2010  
<https://area3.org.es/revista/locos-entre-suposiciones-curiosidades-y-disparates-diego-vico-cano-225/>