



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

EXTRA Nº 3 – verano 2018

Materiales presentados en la II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la  
Concepción Operativa de Grupo, Madrid 26-28 de abril de 2018

### Experiencia interdisciplinaria sostenedora: pensando en grupo

Marcelina Llano González <sup>1</sup>

I.- Deseo compartir algunas vivencias como psicóloga y pedagoga de un Equipo de Orientación, que es un apoyo externo a centros escolares y cuya tarea es “valorar para determinar necesidades educativas y recursos”. Después de algunos años trabajando con niños, de 3 a 12 años y pensando en sus dos ambientes de desarrollo, atravesados por lo social, económico, cultural, histórico y qué idea tienen de un niño. Creo importante transmitir mi experiencia, respetando la confidencialidad, para **aprender** a trabajar mejor con niños en desarrollo permanente y con sus adultos próximos, quienes, pensados desde la concepción grupal, podrían producir cambios ellos mismos y todo cambio supone ansiedades muy intensas.

Basándome en una experiencia interdisciplinaria vivida, donde creo que transformamos la reunión, en un grupo “**pensando juntos**”, me preguntaba si podría implementarse un grupo **interdisciplinario** con maestros y especialistas del niño, algún directivo y psicopedagogo de educación con el psicoterapeuta de salud mental. Paralelamente, en los planes de formación del profesorado, convendría pensar la enseñanza interdepartamental integrada en espacio grupal donde trabajar experiencias, conocimientos y aspectos socio-emocionales propios, que sirvan de referente interno al docente. Idea pichoniana (pg. 110, *El proceso grupal I*).

<sup>1</sup> Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y Especialista en Psicoterapia. Miembro de APOP.

Para mí es importante saber que **un niño se constituye** en las interrelaciones vividas en su familia y en la escuela. El **sostén**, idea winnicottiana, incluye sostener físicamente al niño, lo que es una forma de amarle, algunas madres pueden mejorarlo si se sienten apoyadas, cuidadas y reconocidas... (pg. 63 de *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* de Donald W. Winnicott, Paidós, 2005). ¿Podría mejorarse la comprensión del niño en edad escolar si se sintieran sostenidos en un encuadre grupal educativo-clínico? ¿Se convertirían padres y profesores en equipo de acompañamiento terapéutico facilitando los avances adaptativos del niño?

II.-Aprovechando el momento en que un centro se revolucionó, por la presencia de un alumno nuevo de 8 años, pudimos vivir una **experiencia grupal interesante entre los profesionales de los ámbitos educativo y clínico**. En el intercambio de conocimientos y afectos entre los profesionales, creo que se construyó un **continente para las ansiedades**. Con el niño de fondo, danzamos como pudimos con lo que brotaba en cada encuentro.

El **agrupamiento** fue motivado por los comportamientos perturbadores de Manuel ¿Qué nos quería contar y no podía? ¿No podíamos conectar con su sufrimiento? Nos costó enterarnos de quien era cada uno en el inter-juego de búsqueda del sitio donde depositarle. Se entrecruzaban los diálogos buscando al depositario entre los presentes ¿qué esperaba cada uno de los otros? Los docentes expresaban **impotencia** en el manejo de situaciones de posible riesgo, sin nombrarlas. Demandaban **técnicas**, pero carecían de tiempo para hablar de sus dificultades en la tarea o de cómo se sentían. **Consumir** programas, técnicas y psicofármacos, va acorde con desbordamientos y desvalimientos por miedo a que se dañen los niños, al bullying entre ellos, a la tendencia de algunos padres a judicializar, miedo a salir en la prensa si ocurre...

**Manuel** llegó nuevo a 3º EP, procedente de un Centro de Acogida. Sus conductas producían miedo, escapaba veloz, golpeaba todo, caminaba haciendo el pino, se asomaba a la ventana...solo mirarle y nombrar lo obvio, me dedicó una mirada diciendo: **“Mi mamá no puede ahora cuidarme, pero va a venir a por mí”**. Requirió un tiempo con una maestra para establecer un vínculo de confianza, trabajando prerrequisitos. Consideré necesario apoyo psicoterapéutico y supe **de** la profesional clínica colaboradora con el centro de Acogida. Propuse organizar una **reunión conjunta** de los profesionales implicados de las **tres** instituciones y aceptaron.

Manuel es el menor de dos hermanos. Fueron separados para evitar que su comportamiento le siguiera afectando negativamente al hermano en sus relaciones. Quedó solo en este colegio con muchos lazos afectivos rotos. Madre inmigrante, separada, conviviendo con la abuela materna e hijos, hasta que llegó a un estado de desequilibrio emocional...la abuela los echó a la calle.

**En la 1ª reunión** la descripción de sus comportamientos se explicaba porque le costaba confiar y nos ponía a prueba a todos. Se hacía necesario seguir trabajando el lazo afectivo. **En la 2ª:** Una profesora dijo **“el niño dice que está cansado, pero hace cosas”**. La psicoterapeuta informa: Llegó en situación de crisis procedente del centro de primera acogida donde expresó: **“estoy aquí porque soy muy malo y quizá me manden a otro sitio peor que es la cárcel”**. Problema derivado del maltrato. La patología está en la relación, “no sabía cómo iba a ser el momento siguiente” ... **“No hay diagnóstico** porque está acorde con situación de maltrato crónico” y pide que apoyen al niño en esta “crisis aguda”. La tensión aumentó al saber que en su estado no podía entrar en Hospital de Día...

**En reuniones posteriores** se amplió el tiempo dedicado a **hablar del vínculo** con el niño: “Me doy cuenta que no podía soportar que se acercase a mí, realmente le tenía mucho miedo”, “Ahora me siento diferente, creo que le he tomado mucho cariño” ... Las conductas observadas producían menos angustia. Ante una nueva observación de “alterarse más”, se esclareció que coincidía con la visita familiar y salida a su casa, sin pernocta. **El modelo de la psicoterapeuta** compartiendo experiencias: que el niño precisaba explorar para ver si estaba todo igual y también necesitaba probar la relación con ella... Todo eso calmaba al profesorado. Empezaban a poder dar sus clases. Se empezó a trabajar la comunicación con el grupo clase... Después de tres sesiones, aquello cambiaba.

**Un trimestre después,** los profesores hablaban de **mejora** en su comportamiento. Jugaba en el recreo con los otros. Alguna conducta de regresión, coincidiendo con pernocta en fin de semana. Manuel no contaba nada de casa. **Se valoraron avances** en la adaptación de Manuel y aprendizajes alcanzados a pesar de todo. Seguía inquieto, pero era más tolerable. En la despedida afectiva de la **última reunión** del curso, hubo hasta lágrimas. **Después** supe que estuvo durante el tiempo necesario en el Hospital de Día donde trabajaron con el niño y, a través del servicio de implicación familiar, con su familia. Se lograron resultados favorables a una nueva integración en centro ordinario.

**El encuadre** fue abierto, incluyó sustituciones. Se estableció una alianza entre educadores y docentes, con la psicoterapeuta, basada en la disponibilidad de ésta para aquellos. **La tarea** fue “sostenerle en el centro escolar”. Se produjo una verdadera inclusión integrada cuando confluyeron todas las fuerzas en dar sentido a lo emocional y pudimos superar las desconfianzas, confusiones y dudas de unos en otros. La organización espacio y tiempo, permitió **crear un clima** emocional de confianza, facilitando poder compartir espacio común y expresarse entre sí. Los límites y posibilidades de unos y otros confrontados es lo que permitió que emergiese una **unidad grupal** para funcionar con lo que se tenía, la transferencia. La valoración final de **avance adaptativo** del niño y sus aprendizajes, me pareció el reflejo de la adaptación de los docentes ante la crisis de un niño y un **aprendizaje nuevo** en torno a la tolerancia de niños sufriendo ¿Este nuevo aprendizaje se internaliza en

los docentes?

**III.-Cinco años después** volví a este colegio y empezamos con **Alfonso** de 9 años en 3º de Primaria, diagnosticado con TDAH desde los 6 años y Concerta (MTF). Contaban que en 1ºEP se mostraba desafiante, sin límites y padres exigentes con el colegio. Repitió 2º y pasó a 3º con matemáticas pendientes, ahora en clase hablaba en voz alta, silbaba y tiraba cosas..., molesto con el nuevo tutor.

La **madre** refirió que fue deseado y necesitaron FIV, pero, no quiso hacerlo constar porque con el 2º embarazo no lo precisaron. El padre en paro, no se manejaba con los niños y los abuelos paternos se hacían cargo de los 3. Relató que estuvieron separados, pero viviendo juntos y como “el niño **era pequeño** no se enteró de nada”. A otra entrevista acudió **el padre**, se quejaba que su mujer trabajaba mucho y cobraba poco. Creía que su mujer no sabía que estaba siguiendo un tratamiento, para dejar de beber. “Los profesores no deben castigar al niño porque está **enfermo** con medicación”.

En la primera **sesión** con **Alfonso** afloraron temáticas relacionadas con actividades que le gustaban en el **colegio**, recortar y jugar al fútbol. Relataba no poder **dormir** bien porque le dolía la cabeza. Solía despertarse mucho y tenía ojeras. Observé que pellizcaba el estuche y rompía la tirita del dedo para enredar con ello, o **tal vez quiso** que viese lo que tenía debajo: leve lesión en la **piel** y un rótulo con el segundo apellido rectificado por su abuelo. Se negó a dibujar la familia: “**me cansa**”, y ya se había levantado a abrir los **cajones**.

Según aclaró la madre después: en el colegio estaba desatento e inquieto desde que **le pegaban otros**. No dio importancia a lo de la **piel**, su padre también lo tiene. El **problema es** que sufre rechazo, le castigan y **le gritan** los profesores. Le pone **furiosa** que le castiguen sin comedor porque no quiere recurrir a los abuelos, ya que su suegra no puso límites ni a sus hijos. Comenta que Alfonso estaba con tratamiento del **asma**, un régimen alimenticio por **hiper-colesterol**, el **hierro bajo** y le cambiaron a Mediquinet. Los docentes, posteriormente, negaron que le pegasen otros y dijeron que el niño solía mentir. **Alfonso** me comentó que los que le pegaban eran mayores y ya no estaban en el colegio. Respecto a las noches, que le daban aspirina y como no se le quitaba, el médico les dijo a sus padres que siguiera tomándola. Dice “ahora me defiende con mi **robot** Alfonso, que me ayuda con su mano a distancia”. Aclara que es cuando su padre juega con el hermano.

**Los docentes** estaban enfadados con los **padres** por quejarse a la asociación de padres y a la autoridad escolar de su disciplina. **En 1ª reunión**: el tutor **enfadado** con el comportamiento del niño. Decía que tenía **envidia** de los otros. “Ante cualquier tarea de responsabilidad relacionada con sus compañeros, se comporta **dictatorial**”. No sabían qué hacer ante **conductas imprevisibles** que incluían riesgo, daños a terceros: empujó a la niña y se rompió

el brazo. **En la 2ª con padres y profesores**, el tutor accedió a **regañadientes** y la directiva me advirtió que no le diese vuelos al padre. Después de las presentaciones, dije **“Alfonso nos convoca a pensar**, empujó a una niña, con rotura accidental del brazo, lo que nos tensiona y asusta a todos. Vamos a ver si podemos clarificar lo que él no puede contarnos” ¿tendrá sentido que le haya empujado dentro del colegio? ¿qué le desesperó tanto?

Salió el **rechazo** del niño hacia el nuevo profesor por ser **extranjero** y los prejuicios del padre hacia la niña provocadora. Se aireaban los **enfados**. Además del empujón, cogía objetos que no eran suyos, rompía gomas y utensilios de otros... El acting out parecería su forma de obligar al ambiente a efectuar una reparación, como una alternativa a la desesperación, según **Winnicott** (*Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, pg. 266, trabajo de 1963, Paidós), habla de esta tendencia antisocial, que representa al niño que quiere volver a la fase anterior, a la de la privación sufrida, para recuperar el estado de las cosas que él disfrutaba cuando todo estaba bien.

La **madre** dijo que su hijo no veía el **peligro**, “no lo piensa”. “Es muy **duro**, de pequeño, no lloraba cuando yo me iba”. Añade que va a un taller donde le dan pautas de cómo **no desesperarse cuando no obedece, de no gritarle...**, y pedía a los maestros que lo practicasen. Cambiaron la **medicación** porque le sentaba mal (Strattera). El psicoterapeuta le veía cada 2 meses y dijeron que él opinaba que los problemas estaban en el colegio. En **neuropediatría** EEG, Potenciales evocados y pruebas cardiológicas eran **normales** por eso el alta, derivando a psiquiatría. **En coordinación telefónica con el psicoterapeuta:** Al no acudir al comedor, suponía otra dificultad añadida a la familia. Pensaba en un posible **cambio de colegio**. La posibilidad de un encuentro conjunto educación y salud mental, no era posible por su agenda única.

Volví a ver a **Alfonso**, salieron temáticas acerca de las chicas, en términos de sentirse tonto y cornudo, “el que se enamora de una novia y descubre que no es la novia adecuada para él, entonces se encierra como un caracol en su concha”. También habló de Pinocho que le creció la nariz por **mentir...** Parece que la chica accidentada, le había llamado tonto y entonces él atacó como un toro ¿Tonto? Sí, alguien “que no tiene cerebro, que no tiene mundo, que **no tiene nada**” ¿Cómo un toro?, sí, cuando le torea los toreros chulos, le da una cornada por detrás a matar.

En la 3ª sesión y última, parece que estaba en estado regresivo donde sentía el peligro de ser atacado. Mientras dibujaba conmigo, estuvo haciendo **ruidos**, como si lo usara para **aislarse o para excluir o rechazar al otro**, en vez de para comunicarse. En algún momento movió el párpado forzosamente y dijo que “se rascaba el ojo por dentro con el párpado” ¿Viste algo en algún momento que te puso mal? “No”. Después dibujó la **familia** de cuatro miembros **suspendidos cada uno en el aire**. Empujó a otra niña ese mismo día a la salida. Sugerí fuese

atendido con mayor frecuencia. La madre recibió gritos de otra en la calle... El psicoterapeuta valoró que mejor cuanto antes el **cambio de colegio**.

Solicitaron el cambio y la autoridad competente nos reunió a **padres, profesores, equipo directivo y de orientación** para *salvar* al niño desmotivado. El *tutor* dijo que estaba *estigmatizado* por el resto. La **madre** oyó insultos de otros niños. El **padre** dijo que eso le desbordaba y entonces pegaba, aunque no se lo justificase. Alguien dijo: “Le veo *triste y solitario*, le encuentro como que le falta disfrute”. La madre cuenta situaciones entre los dos hermanos, rescatando su *ternura*. El tutor refiere que sus compañeros no son arios que le rechacen. Ante una *patada o un mordisco*, tiene que hacerle un parte. La madre responde que con eso le hace caso y refuerza su protagonismo. Alguien preguntó cuál era su *enfermedad* y los padres hablaron de la sobredosis de pastillas hasta que se las retiraron de golpe: “es como el *síndrome de abstinencia* para un alcoholico”, “precisamente por eso debía estar en *hospital* de día”. Por eso “no pueden hacerle partes de mala conducta dejándole sin excursión” ... la autoridad reitera que se intente que funcione en este colegio...

En el tercer trimestre **con docentes y padres**: parece que ya no desafiaba al ponerle el **límite**, e incluso llamaba la atención a otro niño para que prestase atención. En casa no dormía bien por el asma, con la cama en alto y bien limpia la nariz. Estaba tomando antibiótico, además lo del asma. El homeópata le puso algo para dormir mejor. **El tutor** dijo que no podía negociar en clase cuando se negaba a hacer matemáticas. En educación física se había convertido en el ayudante y estaba contento. En lectura y escritura había avanzado mucho: “**Sacó el Trinity**”. **El tutor insistió** en su escaso nivel de integración en el grupo y en ese momento, los demás comentaron que, a pesar de la mejoría, no le observaban integrado. Mejor el cambio de colegio. **Alfonso** subió de peso al dejar la medicación. Estuvo algo más contenido hasta que un día se puso enfermo y no acudió más (era la última semana del curso).

Me parece obvio y necesario trabajar en **grupo interdisciplinar** porque nadie tiene la solución exacta y conviene hablarlo entre todos buscando esclarecimiento y sosteniendo ansiedades. **Supone “involucrarse”** cada uno desde su disciplina, pensando en su propia práctica diaria y eso nos ayudará a superar esa fragmentación del conocimiento ante una realidad que es compleja y diversa.

**Creo** importante que las decisiones se tomen conjuntamente, después de intercambiar información. ¿Podría el pediatra y psiquiatra/psicoterapeuta con un trabajador social pensar en grupo y coordinarse con otro grupo interdisciplinar con docentes, especialistas, directivo, psicopedagogo y psicoterapeuta en estos casos? Se trata de intervenir lo antes posible y promover un ambiente escolar psicológicamente saludable, para el niño y para los docentes, lo que calmará a las familias y redundará positivamente en los niños.

Por último, recordar a Armando Bauleo (“Psicoanálisis y salud”, pg 83 de *Los síntomas de la salud*, Compilación de A. Bauleo. Editorial Cuarto Mundo. 1974): "Las instituciones y comunidades no se encuentran solamente por fuera de nosotros, o alrededor nuestro, sino que ellas también organizan la subjetividad vinculada que prima y en la cual estamos sumergidos. Así que, forma parte de nuestra posición técnica y profesional". Recomienda “realizar con frecuencia un **autoanálisis** de nuestra implicación atravesada por lo vincular, de nuestro lugar en los diferentes estamentos, de la labor que realizamos".

Madrid 26 de abril 2018