

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

GRUPOS TERAPEUTICOS

Epoca II, Volumen V - 2º/3er. trimestre 1994

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **18/19** Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: ARIADNA VILLEGAS TORRAS

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

Secretaria de Administración: INMACULADA RODRIGUEZ ESTAUN

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen V - N° 18/19 - 2º. trimestre 1994

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Gabinete Velasco Tel.: 418 28 67 BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,
Llull 109, 08005 Barcelona. Tel.: (93) 485 26 78

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
PSICODRAMA Y CULTURA DE GRUPO	5
Gianni Montesarchio	
TERAPIA GRUPO ANALITICA DE FAMILIA CON ADOLESCENTES	25
Raffaele Menarini y Corrado Pontalti	
LA RETROALIMENTACIÓN GRUPAL: FUNCIONES Y CORRUPCIONES	37
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
PROGRAMA ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE MUJERES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL	75
Dra. Leonor Pantinat i Giné	
INTERVENCION EN REDES SOCIALES DE ADICTOS	99
José Navarro Góngora	
EXPERIENCIA EN LA INTEGRACION DE TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN GRUPOS SEMIESTRUCTURADOS...	119
Heriberto González-Méndez Echeverría	
* * *	
ENTREVISTA A LA DRA. PILAR GONZÁLEZ LÓPEZ	131
Aurora Zorán	
COMENTARIO DE LIBROS	141
Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular. Vols. I y II.	

EDITORIAL

Es tal vez en el ámbito de la intervención grupal donde, siguiendo el ejemplo instaurado por el mismo Moreno, el fundador del psicodrama, se lleva a cabo con más naturalidad una integración de distintos modelos terapéuticos. Señalamos este aspecto de la integración, porque al pensar en un número monográfico sobre *Grupos Terapéuticos* no nos interesaba tanto poner el acento en un modelo determinado, sino en sus aplicaciones.

El primero de los artículos de la monografía está dedicado a recordar la figura de Jacob L. Moreno, el inspirador y precursor de todas las terapias de grupo, contextualizándola en una época y señalando su importante contribución a una concepción más activa y transformadora de la terapia. Remontándose a los orígenes del teatro griego y a su función moral y social Gianni Montesarchio, un profundo conocedor de la obra de Moreno y de los recursos del género dramático, nos hace notar en su bien documentado trabajo la actualidad de la concepción moreniana y su utilidad para la psicoterapia de grupo.

Un planteamiento original es el que se deriva del trabajo de Menarini y Pontalti, en relación al trabajo grupal con adolescentes y a la inclusión de la familia en este proceso. De formación analítico-grupal y sistémica los autores nos proporcionan una interesante y novedosa perspectiva con la que enfocar un área con frecuencia llena de dificultades, a la vez que nos hacen ver cuándo y por qué la intervención con adolescentes resulta, o no, aconsejable y exitosa.

Una de las ventajas que ofrece la terapia de grupo sobre la terapia individual es la potenciación casi infinita que presenta la dimensión espejular. La interacción con un grupo de personas multiplica el efecto que nuestra imagen produce sobre los demás. Esta nos vuelve en forma de *feedback* o retroalimentación. Sin embargo, la retroalimentación puede tener también efectos dañinos o indeseados. Ana Gimeno en un artículo muy bien sistematizado e ilustrado con abundantes ejemplos nos ofrece los criterios para evaluar la retroalimentación y para hacer un uso provechoso de ella.

Podría pensarse que obedece a una cierta moda feminista, pero la experiencia que ha llevado a cabo Leonor Pantinat con un colectivo de mujeres en una ciudad del cinturón industrial de Barcelona nos muestra todo lo contrario de un grupo reivindicativo, que busca en la terapia grupal una especie de complicidad contra el hombre. Son mujeres que han unido sus vidas a la de sus maridos e hijos,

que cuidan de sus casas, que quieren reforzar sus vínculos afectivos en lugar de romperlos, en una opción tan legítima como cualquier otra. Pero son mujeres, también, que no han aprendido a valorarse o a hacerse respetar y amar, que tienen todavía cuestiones pendientes con sus familias de origen, que están enredadas en sus sentimientos de envidia y celos, o de orgullo herido, que se quejan de falta de aliciente por la vida cotidiana o que buscan el afecto de modo equivocado. En la transcripción completa de una de las sesiones, que se reproduce en el trabajo, podemos oír sus voces, entender sus razones, comprender sus miedos y decepciones, hacernos cargo de sus conflictos, a la vez que podemos apreciar su fortaleza, su capacidad de solidaridad y de amor.

Con frecuencia los grupos de terapia se hallan limitados en su alcance y en sus objetivos y no pueden hacer frente a todas las situaciones. Desde hace ya mucho tiempo se conoce el beneficio que se puede conseguir con la colaboración de otras personas, que no son propiamente profesionales, en el tratamiento de determinados problemas psicosociales, como el alcoholismo o la drogodependencia, y que forman parte del tejido social en la que está inmerso el individuo con problemas. No nos referimos a asociaciones creadas *ad hoc* como alcohólicos anónimos, sino a las redes sociales más inmediatas en que se apoya una persona. Navarro Góngora en un trabajo muy bien articulado nos ayuda a identificar estas redes, su potencialidad terapéutica y el modo cómo pueden ser incorporadas a un proyecto integrado de intervención.

Heriberto González es un querido y entrañable colega venezolano que ha estado un tiempo con nosotros y ha querido ofrecernos una muestra breve, pero sugestiva de su forma de trabajo, que combina acertadamente la terapia grupal e individual. La exposición razonada de este modo de actuar constituye un testimonio de un proceder clínico que merece una acogida en nuestra páginas.

Cierra este número monográfico una entrevista realizada por Aurora Zorán a la Dra. Pilar González, profesora titular de la Universidad de Barcelona, una de las personas que, en estos últimos veinte años, más se ha destacado en España por llevar a cabo proyectos de formación para facilitadores y terapeutas de grupo. La Revista de Psicoterapia se complace en ofrecer sus páginas para dar a conocer a la promotora y gestora de la llamada escuela de Barcelona.

Para dar término a esta presentación queremos hacer notar al amable lector que este número doble no consta de las 160 páginas habituales, sino sólo de 144. Pero hemos de recordar que el número anterior, el número 17 dedicado a los trastornos por estrés post-traumático y angustia, constaba de 32 páginas más de lo habitual en un número sencillo, razón por la cual queda compensado con creces el número total de páginas de literatura psicoterapéutica que ofrecemos a nuestros lectores al final del año.

PSICODRAMA Y CULTURA DE GRUPO

Gianni Montesarchio

Università di Palermo

Taking as a point of departure Moreno's deliberations on intuition, deliberations that pioneered the way to classical psychodrama, this article reviews the present-day state of analytical psychodrama's theoretical basis. The conceptual and methodological problems that morenian techniques pose within the analytical context are considered, placing special emphasis on the neutrality of the therapist, the role of interpretation, and the presence of transference elements in the dramatic enactments.

En más de una ocasión J. L. Moreno reivindicó la paternidad del término “psicoterapia de grupo” afirmando haber sido el primero en utilizarlo ya en el año 1931 en el Congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría realizado en Filadelfia.

Realmente, el padre del psicodrama, más allá de las exageraciones y de las tendencias histriónicas propias de su personalidad, debe ser considerado un precursor de la cultura de grupo que se afirmó en una época, a principios del siglo, cuando el psicoanálisis había centrado la atención sobre el individuo y no sobre el grupo.

Es interesante, de cualquier forma, para comprender mejor la relación entre el psicodrama y el grupo y entre Moreno y la cultura de grupo, seguir las matrices culturales que llevaron a la construcción de la técnica moreniana.

Cada vez que se intenta sistematizar las líneas teóricas del pensamiento moreniano nos enfrentamos con el estilo disperso que lo caracteriza, y nos vemos obligados a encontrar o a reinterpretar líneas teóricas capaces de organizar las experiencias pragmáticas que a menudo son el único testimonio del pensamiento del autor.

En un intento de sistematización se tendrán en cuenta el aspecto histórico y las referencias culturales propias de Moreno recordando que es prácticamente imposible distinguir la evolución del psicodrama de la historia de su precursor.

J. L. Moreno nació en Bucarest en el 1889 según algunas fuentes, o en el 1892 según otras. Probablemente su familia, judíos sefarditas provenientes de España,

encontró útil establecerse en Austria donde, ya desde 1867, habían sido otorgados a los judíos igualdad de derechos políticos y civiles, lo que permitió al joven Moreno adquirir su formación cultural en Viena, en un clima tranquilo y lejos del antisemitismo de los años sucesivos. En 1917 se licenció en medicina y después se dedicó a la psiquiatría; antes se había inscrito a la Facultad de Filosofía que abandonó en 1912. Su interés por la historia y la filosofía era notable. Todavía estudiante se ocupó en 1914 de un grupo de prostitutas con las que trabajó, él dijo “in situ”, hoy se diría que realizó un trabajo “de campo”, con el objetivo de ayudarles a superar el problema de marginación que sufrían y a encontrar una modalidad de tutela del trabajo que realizaban: diríamos pues que se trató de una intervención clínico-social.

De hecho esta experiencia podría significar, incluso respecto al panorama internacional, la primera experiencia de grupo. Nos asombramos del hecho que el mismo Moreno, que procuró siempre defender sus descubrimientos, no se acordase de esta primera experiencia y remontase a 1931 la primera conceptualización de psicoterapia de grupo. También, antes de 1914 había experimentado un método el “axiodrama”: una forma dramática cuya finalidad era volver a revisar los valores éticos y culturales, elaborándolos a través de la creatividad. A pesar de que con este método la atención se centraba sobre la especulación filosófica y se cuestionaban los valores del hombre frente a la crisis de la cultura, es igualmente interesante notar cómo con el axiodrama aparece por primera vez el concepto de “creatividad” que como veremos será muy importante en el pensamiento moreniano.

En 1921 funda Das Stegreiftheater “El teatro de la espontaneidad”, donde actores debutantes recitaban en público no guiones teatrales, sino hechos extraídos de la vida cotidiana. Ya en los años 1918-1919 en la revista “Daimon” fundada y dirigida por Moreno, se ocupaba de resucitar y reconvertir el rol del actor, pues creía fuese prisionero del guión que se le otorgaba. Hay que abrir un paréntesis para señalar que también en este punto Moreno resultó revolucionario, poniéndose y poniendo un problema que además de acercarlo a Pirandello y a Proust lo convirtió en precursor de los experimentos teatrales de los años 70 y del debate aún abierto sobre la relectura del guión y sobre el sentido de la escritura teatral.

Fue en el contexto del “teatro de la espontaneidad” que nació la idea del “teatro terapéutico”: estamos en 1923 y entre realidad y leyenda la historia del psicodrama dice que uno de los actores jóvenes del grupo de trabajo propuso más que los hechos de crónica, las representaciones de las discusiones familiares donde era dominado por su mujer Bárbara, también ésta, actriz del teatro de la espontaneidad. En público era dulce y convincente, tanto que era siempre elegida para los papeles gentiles y tranquilos, pero Bárbara era en privado colérica e irascible. La representación dio un efecto inmediato y gracias a la “catarsis” que siguió, Moreno pudo subrayar la acción terapéutica del juego.

En 1927 Moreno concluyó su experiencia europea y se trasladó a América. Es

interesante notar cómo la razón por la que se fue a los Estados Unidos no estaba relacionada con los estudios psicológicos, ni con su interés por el teatro o el arte, sino con la tecnología: una patente electromagnética para el registro y la transmisión radiofónica de los sonidos. Esta curiosidad, en apariencia extravagante nos ofrece un motivo más para medir el eclecticismo del personaje y nos hace entender el concepto de rol que tuvo una gran dimensión en su teoría.

El traslado a los Estados Unidos fue también un signo de visión de futuro: por una parte Viena y Austria de 1920-1930 estaban perdiendo la primacía cultural que habían tenido al inicio del siglo y se acercaban a un período oscuro; por otra parte, América del Norte estaba empezando un período de fermentos culturales. Además, la tradición pragmática americana era mucho más acorde a las técnicas morenianas que la cultura centro-europea, cuna de la teoría psicoanalítica freudiana basada en la palabra y no en la acción.

El que ha sido definido como período americano fue decididamente propicio a las técnicas psicodramáticas y Moreno pudo trabajar en muchos y variados contextos (universidades, hospitales, escuelas, cárceles, etc.). En 1936 construyó en Beacon en el Norte del estado de New York una clínica con el primer teatro de psicodrama.

En 1951 inicia el tercer ciclo, después del europeo y del estadounidense, el ciclo mundial con la constitución del *International Committee of Group Psychotherapy* que tuvo lugar en París y que dio su primer fruto con el 1er. Congreso Mundial celebrado en Toronto en 1954, seguido de muchos otros, y que tuvo de nuevo sede en Canadá en 1992, como prueba que el 3er. período aun no se ha concluido.

Moreno murió en 1974 en Beacon con más de ochenta años, dejando a su segunda mujer Zerka Toeman empeñada en difundir el psicodrama como cultura, más aún que como psicoterapia.

REFERENCIAS CULTURALES

Antes de prestar atención a los presupuestos teóricos del psicodrama es útil seguir los filones culturales que influyeron y fueron el fundamento del pensamiento moreniano, a saber: el teatro griego y la filosofía.

Cuando hablamos de teatro griego debe considerarse no sólo el texto, que como veremos tiene un gran relieve, sino también el contexto: el teatro griego tiene orígenes religiosos y por lo tanto la participación en la acción teatral era participación en el rito. Este encuentro era naturalmente grupal de los actores y de los espectadores juntos. La implicación por un lado, la característica de evento, por otro, predisponían y facilitaban la catarsis, la purificación, la identificación y la reversibilidad del rol espectador-actor-espectador.

Desde el punto de vista del teatro Moreno se refirió a Eurípides que transformó en humana y laica la tragedia. De hecho, Esquilo, el padre de la tragedia, focalizó la atención sobre el problema del destino y de la opresión ejercida por los dioses.

La catarsis sirve para liberarse de esta condición, pero el protagonista es siempre el dios y el espectador es aniquilado por la distancia y la incapacidad de luchar contra él. Con Sófocles la catarsis se convirtió en posibilidad de rescatarse a través de la heroicidad de la condición humana, pero el protagonista es todavía el héroe, humano sí, pero “único”, difícil sujeto de identificación, distinto del sí mismo.

Con Eurípides la atención se centra finalmente en el individuo, en el hombre, en sus miserias, su lucha interna, en sus valores y en la fragmentación de aquello en lo que cree, en la dificultad de la existencia, incluso en la alienación hasta llegar a la locura. Es con Eurípides que la catarsis se convierte en psicológica, ya no más el destino, no más el héroe, sólo el hombre, el uno por el otro, el igual con el cual es fácil rendir cuentas, con el cual es posible identificarse, con el cual está permitido encontrarse. Aquí la catarsis se transforma en terapéutica, para Moreno es liberadora y fortalece más que aniquila. Hay desde luego una gran diferencia entre el desenfadado optimismo de Moreno y el latente continuo pesimismo de Eurípides, ya que en el fondo el autor griego no acaba de creer en el hombre ni en su salvación.

Vienen a este propósito a la mente las telenovelas actuales, grandes dramas, cuyo éxito consiste precisamente en la facilidad de identificarse y de vivir catárticamente las gestas propuestas. La ritualidad con la que se siguen: los horarios rígidos no deben ser cambiados, de este modo el hábito y la programación se convierten en parte del contexto; la singularidad que las primeras telenovelas hayan iniciado con historias de las pasiones y de las intrigas de los ricos, lejanos, inalcanzables, divinos, y que hayan después centrado su atención en los problemas cotidianos de los semejantes, de los pequeños y medio burgueses. Todavía, la atención se centra en el drama: no crean tanta catarsis e implicación emotiva los noviazgos, matrimonios, nacimientos, cuanto los divorcios, las muertes, los conflictos. Esto está en desacuerdo con el optimismo moreniano que en algunos casos y delante a ciertas citas es casi insoportable.

Vale la pena, sólo como curiosidad, consultar Aristófanes que en su comedia “Las avispas” del 422 a.C. parece ser el primero en indicar el uso del teatro como instrumento terapéutico. Esto nos es útil para recordar que el término drama genera en el lector alguna confusión, dado que el término, en su uso común, viene equiparado al de tragedia, mientras que la acepción correcta es “acción”.

Entre las influencias culturales que influyeron en Moreno y como consecuencia en el psicodrama nos encontramos: la Europa central de principios de siglo y la América de los años 30-40: el pensamiento de Nietzsche, el neopositivismo, el intuicionismo bergsoniano, y el expresionismo alemán. Precisamente de la obra de Bergson *La evolución creadora* Moreno extrajo el concepto de “espontaneidad creadora”, que tuvo un gran impulso en su concepción psicológica. No hace falta subrayar que era el período en el cual Freud elaboraba los conceptos fundamentales del pensamiento psicoanalítico. Cuando se trasladó a América en el 1927, sólo algún año antes del gran éxodo de las mentes científicas del círculo de Viena a los

Estados Unidos, Moreno se encontró con el pensamiento pragmático que ligaba bien con su atención focalizada en la “experiencia” como motor “activo” de la ciencia y del conocimiento.

Pero volvamos a la atención de Moreno por la cultura grupal: en polémica con Freud a quien acusó de haberse quedado ligado a las concepciones médicas de la psiquiatría, para la cual la sede del malestar está en el individuo, Moreno reivindicó el mérito, que debemos reconocerle, de haber trasladado el “locus” de la terapia del individuo al grupo. Freud no respondió nunca a los ataques de Moreno a pesar de que estas polémicas fueron continuas. Que Moreno fuese siempre quien iniciase estas polémicas, nos sirve para hacer notar lo inseguro que era en algunos aspectos y la necesidad que tenía de fundar las propias afirmaciones y teorías más que en una elaboración científica de los propios conceptos, en el continuo ataque y en la confrontación de las ideas de otros.

Moreno continuó paralelamente a sus estudios y a sus trabajos clínicos desarrollando una gran actividad de difusión y afirmación de sus ideas. En la introducción de la cuarta edición de *Psicodrama*, subrayó el aspecto de la conexión profunda entre el psicodrama y la psicoterapia de grupo. Esta introducción es del 1972, mientras que el libro se editó la primera vez en 1947. Un mérito de este texto es el de haber relacionado intuitivamente la psicoterapia de grupo con la terapia familiar, considerando la familia como un grupo con el cual poder trabajar, y demostrando en este caso, mayor atención al “locus” de la terapia que no a su teorización estéril. Muchos autores que tratan de grupos, entre los cuales Pontalti y Menarini, han retomado recientemente esta teoría.

Después de la segunda guerra mundial, en Europa, nace la atención al grupo con Bion e Foulkes y en América con Lewin. Incluso respecto a estas figuras, Moreno reivindicó su paternidad, afirmando por ejemplo que Lewin empezó a ocuparse de grupos sólo después de haberlo conocido en New York en el año 1935 e inspirándose en sus estudios sociométricos, quiso así subrayar lo importante que era su modelo de “átomo social” en el enfoque sistémico de la terapia familiar. Precisamente en el momento en el que se le reconoce visión de futuro, anticipación e intuición brillante, resuena aún más incongruente este modo de hacer suyo, que hoy nos parece un signo de un pensamiento atento al desarrollo vertical y no horizontal de las ideas, cuyo crecimiento es el fruto del camino común de muchas mentes científicas, más que el esfuerzo de una sola.

Esta enésima polémica sirve también para introducir el discurso sobre el espacio grupal, para constatar la atención que el psicodrama clásico atribuye al grupo como contexto, pero también para subrayar la ambigüedad que paralelamente emerge en el modelo de trabajo y acaba por ser más cercano a una terapia **en** grupo que no a una terapia **de** grupo.

Todos sabemos la distinción que hay entre tratar un caso, un sujeto en una situación grupal en la cual la relación del conductor (director diría Moreno) se dirige

uno por uno a cada miembro del grupo, cada uno protagonista individual, o en cambio, prestar atención a la relación que existe entre individuo y grupo en un modelo donde es “la red” que se compone hic et nunc.

Para subrayar lo que hemos dicho será útil hacer referencia al esquema del teatro moreniano (figura 1) indicando lo poco circular y lo lejos que se halla de una atención grupal: por un lado los planos físicos que componen la escena, donde se

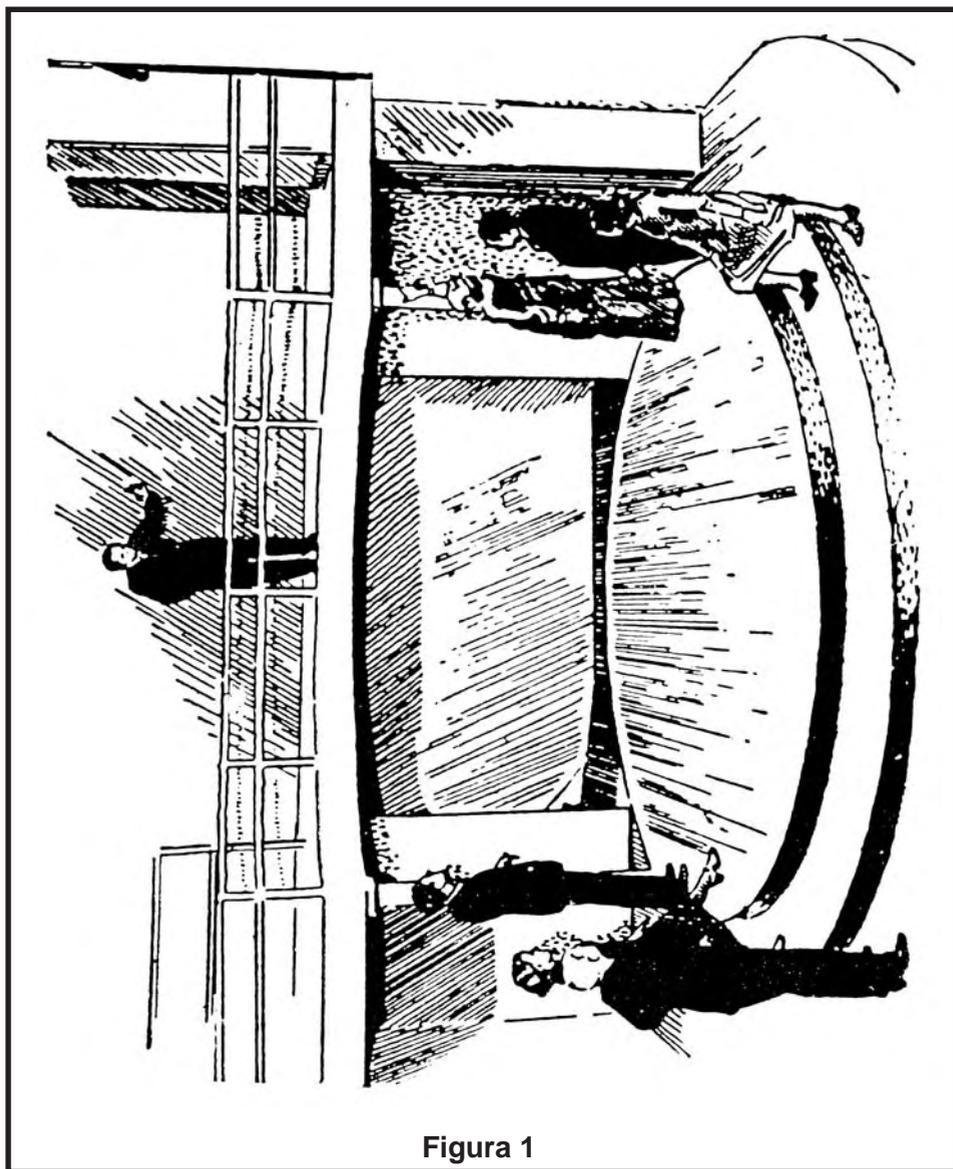


Figura 1

colocan los espectadores; el plano de la representación y el del director desconfirman el valor de la circularidad propia del grupo. Se pierde el valor de la unicidad que significa la igualdad y la no distinción entre quien se expresa y quien delega la expresión.

Retóricamente se relaciona la circularidad con la mítica “mesa redonda” donde el rey Arturo se sentaba en el mismo plano que sus caballeros, que eran todos iguales. La innovación, revolucionaria para la época introduce la atención al contexto, al aquí y ahora, (presente), a la pertenencia al mismo orden caballeresco, más que a la distinción ligada a la historia (pasado) de la familia de origen. La distribución en grados de nobleza habría requerido un espacio vertical. La innovación es revolucionaria en cuanto se decide poner a cada miembro del grupo clínico en la misma idéntica oportunidad de ver al otro, de poderlo escuchar, de poder interactuar con él cuando quiera. En el fondo Moreno desconfirma también este aspecto poniendo los otros miembros del grupo distintos del protagonista en posición de espectadores, o sea, sentados mirando hacia el único punto de referencia “la acción escenográfica” y de espaldas uno respecto a los otros, por lo tanto en una composición vertical. De este modo exalta todavía más la relación unívoca con el actor que sale del grupo para ser el elemento “iluminado” respecto al grupo “en la oscuridad”. Se dirá que existen momentos en que la luz de la sala se enciende para todos para compartir lo que ha sucedido, acercando a espectadores y actores. También en la manera de conducir la acción, la técnica del psicodrama clásico contradice la teorización de la espontaneidad, pidiendo siempre al Yo auxiliar de estar cerca de la vivencia del actor, más que expresar libre y espontáneamente aquello que considera el aspecto a interpretar. En la exposición de roles, cuando el protagonista tiene que elegir su alter ego, el director le da el poder de elección, más que preguntar al grupo: es muy distinto preguntar: “¿quién de este grupo quieres que interprete a tu madre?” a preguntar: “¿quién de este grupo quiere ser la madre?”.

No es casual, que precisamente respecto al espacio y a las modalidades de conducción, se evidencien las mayores diferencias entre el psicodrama clásico y sus modernas aplicaciones.

EL PSICODRAMA CLASICO

La ausencia de una teoría orgánica sobre el psicodrama no significa que Moreno haya dejado de establecer algunos principios, pero estos son a menudo ambiguos e indefinidos y desembocan con facilidad en aspectos metafísicos. Moreno elabora un sistema teórico triádico que deriva de la unión de tres teorías: la psicoterapia de grupo, la sociometría y el psicodrama y la dificultad de considerarlas separadamente radica en el problema que donde una empieza la otra acaba, o sea, no existe un confín claro. La definición que Moreno da de psicodrama es la de un método de investigación de la verdad a través de métodos dramáticos. El uso de la palabra drama, acción en griego, indica que se ocupa de transformar

activamente las dinámicas, en vez de darles una interpretación verbal. Como dice Moreno, no pudiendo entrar en la psique de una persona, se puede en cambio, con su ayuda, intentar darle una evidencia plástica trasladándola al externo del individuo a través de la representación. El método psicodramático constituye tanto un modo de diagnóstico como de terapia; se basa en la hipótesis que para poder consentir la reintegración de los pacientes, tanto a nivel psíquico como social, es necesario crear “culturas terapéuticas en miniatura”.

Estas permiten por un lado observar la estructura psicológica del grupo y por lo tanto cumplen una función diagnóstica; por otra parte constituyen un ambiente positivo que se contrapone, terapéuticamente, a un ambiente de origen patológico e insatisfactorio. La característica del psicodrama es la de incluir en el proceso terapéutico la actuación de un rol, en este caso la acción, no es una imitación de la vida, sino una continuación: los pacientes tienen así la posibilidad de encontrarse en una situación experimental en la que pueden revivir sus problemas, pero sin la presencia de los obstáculos y de las resistencias que la vida real impone, pudiendo así experimentar sin riesgos nuevos modos de ser. Esto no significa sin embargo, que los sujetos expresen todo lo que pasa por su mente, sin límite, como si fuese la actividad indiscriminada en sí misma la que fuera terapéutica. Como dice Moreno, el psicodrama, “no es una cura por la acción contrapuesta a una cura por la palabra” (Moreno 1985 pág. 395).

De ahí el rol fundamental del director y de los roles auxiliares en el guiar la acción: hacer de forma que no se resuelva en una simple descarga motórica sino que en cambio asuma un significado psicológico, convirtiéndose así en un modo para expresarse y entrar en contacto con los otros y consigo mismo.

Moreno no elabora una tópic de la psique, sino que considera el Yo como formado por roles que poco a poco emergen en el individuo: esto deriva de la experiencia que el individuo tiene de sí mismo en relación a los otros. En consecuencia el rol se define como “la forma operativa que el individuo asume en el momento particular en el que reacciona a situaciones en las cuales están implicadas otras personas u objetos” (Moreno 1985, pág. 38). Potencialmente una persona puede expresar innumerables roles, pero después, en la vida sucede a menudo que esto no es posible, y en ciertos casos los roles asumidos son tan limitantes y esclerotizantes que la persona se encuentra prisionera, no pudiendo expresarse libremente. La patología consiste para Moreno precisamente en esta rigidez de roles. Pero el individuo posee en sí mismo la posibilidad de superar este bloqueo creando nuevos roles y liberando a través de la espontaneidad las partes inhibidas de sí mismo. Creatividad y espontaneidad son puntos claves de la filosofía de Moreno. Este las considera la esencia del universo y se ven condenadas a menudo a un triste destino, al ser inhibidas o cristalizadas en “conservas culturales” (término que indica el producto acabado de un esfuerzo creativo); el psicodrama constituye el espacio en el que se pueden expresar de nuevo y en el cual el hombre puede

volverse a convertir en agente creador.

Moreno considera espontaneidad y creatividad fenómenos primarios y positivos, no derivados de la libido o de otras pulsiones.

En el psicodrama se pretende adiestrar a la espontaneidad, entendiendo con esto no la transmisión de un contenido fijo, sino al contrario un adiestramiento a la activación de estados espontáneos que dejen espacio a la creatividad.

El discurso sobre el adiestramiento de la espontaneidad produce una confusión entre función terapéutica y función pedagógica. La función pedagógica emerge claramente en el momento en el que se asume la espontaneidad presente en todos los individuos, que el psicodrama propone estimular. Pero para Moreno el fin del psicodrama no consiste en desarrollar la espontaneidad en sí misma, la cual a veces, puede asumir formas patológicas que distorsionan la percepción y la representación de los roles. El desarrollo de la espontaneidad tiene como finalidad la liberación de la creatividad, y es a través de esta última cómo el individuo puede experimentar e inventar nuevos modos para entrar en contacto con la realidad. La terapia tiene pues como meta, el “recondicionamiento de los roles”, a través de los cuales el protagonista puede abandonar roles inadecuados y aprender a crear nuevos. Como se ve, el límite entre terapia y pedagogía es muy lábil o mejor dicho no viene tratado o resuelto: si la catarsis constituye la resolución de la terapia, no debe causar sorpresa que ésta venga considerada como el proceso que “acompaña cada tipo de aprendizaje: consiste no sólo en encontrar la manera de resolver un conflicto, sino también de desarrollar el Yo” (Moreno 1964, pág. 536), para usar las palabras del mismo Moreno:” esto es más que una terapia. Es adiestramiento y desarrollo de una nueva personalidad”. (Moreno, 1985, pág, 282).

LA TECNICA DEL PSICODRAMA

Para ayudar a la manifestación de la espontaneidad y consecuentemente a la catarsis, el psicodrama moreniano utiliza cinco instrumentos: el escenario, el sujeto, el director, el grupo de roles auxiliares y el auditorio.

El *escenario* representa el espacio en el cual el sujeto puede expresarse libremente. La configuración de la escena responde a exigencias terapéuticas precisas: la sucesión de planos, sugiere, la dimensión vertical, favoreciendo la liberación de las tensiones y permitiendo a la acción desarrollarse con libertad. La escena se divide en tres niveles: calentamiento, comunicación y expresión.

Se invita al *sujeto* a no recitar en el escenario una parte, sino a ser él mismo. Para favorecer su implicación, el director utiliza las técnicas de calentamiento con el fin de obtener una activación en él, tanto a nivel físico como mental.

El *director* realiza contemporáneamente tres funciones: dirige cuando influye en la acción dramática; es terapeuta cuando participa en la acción y solicita la catarsis; es analista cuando observa las dinámicas individuales e interpersonales. En general es preferible que el director no se implique directamente en la situación, a

fin de permitirle observar con mayor atención y mantenerse fuera de las relaciones de transferencia. Su participación se produce por vía indirecta, o sea, a través de los *yoes-auxiliares* que pueden ser considerados como sus extensiones a quienes guía en la acción. Está claro que en una exposición tan simple de la relación conductor-grupo no existe elaboración de los conceptos de transferencia y contratransferencia.

Los *yoes-auxiliares* tienen también un cierto grado de autonomía, además de seguir las indicaciones del director pueden reaccionar espontáneamente en función de las emociones que en ellos suscita el protagonista. En este punto se puede hacer notar la diferencia entre trabajo **en** grupo y **de** grupo: el psicodrama clásico acaba por prestar una gran atención al individuo en el grupo, y poca atención a la red de relaciones grupales o a la dinámica grupal. El grupo funciona como contenedor y marco, pero lo que está en el centro es el actor, con su historia, con su problema, él es el que propone el “texto” y es sobre esto que se trabaja.

Después de haber apreciado la cultura moreniana en referencia al teatro y a la concepción de espontaneidad, es necesario subrayar que una de las diferencias entre el psicodrama clásico y el analítico se refiere justamente al respeto del texto. Moreno es muy fiel a la escritura del texto y muestra dificultad en la descomposición y en la reescritura de la partitura sobre todo si no es el protagonista quien lo hace. Hay que aceptar como escritura la historia que el protagonista narra y notar que es este el texto sobre el cual Moreno trabaja, y no, el que emerge del grupo. Para entendernos pongamos un ejemplo, si el actor pide al Yo-auxiliar que interprete un padre que lo maltrata, el director insiste para que el padre dramático lo haga, y si al contrario el Yo-auxiliar lo acaricia, no se elabora y no se reflexiona sobre el por qué. Moreno al máximo pide al actor que se vuelva a explicar, y, con una “inversión de rol” que se muestre, pero no se le pregunta por qué en busca de un padre violento se acabe por encontrar uno que acaricia y sobre todo no se profundiza en las relaciones del aquí y ahora entre los miembros del grupo, se traslada la atención fuera, al pasado o al futuro. De este modo la reescritura del “texto” por parte de un grupo que trabaja se ve poco estimulada y es mucho menos interpretable de cuanto a veces retóricamente se afirma.

El *auditorio* está compuesto generalmente por los componentes de la familia del sujeto o por pacientes que tienen en común el mismo tipo de problema. El público, en relación al sujeto, representa el mundo, la opinión pública, y la escena resulta influenciada por su presencia; además, éste puede intervenir directamente tanto comentando como participando en la acción, y esto resulta muy útil para pacientes que se sienten aislados emotivamente. En relación a sí mismo, el público, representa siempre un paciente colectivo que encuentra bienestar en la catarsis interpersonal. También en este caso resulta claro el modelo de curar en grupo, donde el sujeto es actor en el centro de una situación que no tiene presente las matrices y redes grupales, sino sólo las relaciones entre el protagonista y el grupo que en este modelo se convierte en otro distinto de sí mismo.

Una sesión de psicodrama se subdivide en tres partes: preparación, acción y condivisione. La primera fase, de *preparación*, tiene como objetivo focalizar la atención del grupo sobre un tema común y encontrar un protagonista que lo encarne o lo represente. A tal fin existen varias técnicas usadas por el director para favorecer esta coagulación, aunque a veces no es necesario, pues existe ya un tema que emerge espontáneamente. Antes de pasar a la acción propiamente dicha, existe también una fase de calentamiento para el protagonista y sus yoes-auxiliares, de manera que entren en la situación. Moreno es muy activo en esta fase, quizás demasiado, pero el problema no es de Moreno que, histriónico y genial conseguía contener y controlar las relaciones, sino de todos los morenianos que han seguido sus pasos y que se han vuelto en la conducción de grupos en invasores, acrílicos y poco empáticos.

La fase de la *acción* indica la representación dramática por parte del sujeto, pero mientras en el teatro “la realidad se demuestra a través de la ilusión, en el teatro terapéutico realidad e ilusión son la misma cosa” (Moreno 1985, pág. 89). Acción, en psicodrama, implica siempre “hacer como si”, por lo cual la acción es siempre al mismo tiempo concreta y simbólica. La acción está caracterizada además de la dramatización espontánea del protagonista por una serie de técnicas aplicadas por el conductor y por los yoes-auxiliares. Estas, no constituyen una estructura definida que determina el camino de la acción, sino al contrario son casi como precauciones que se utilizan para favorecer que emerjan las emociones y la espontaneidad. Estas técnicas se realizan dramáticamente en el interior de la acción, confundándose con ésta. Son muy flexibles respecto a la aplicación y a la realización: sucede a menudo que se improvisan otras nuevas para adaptarlas a la situación en curso. Moreno indica cerca de 350, entre las cuales la técnica del doble, del espejo, la inversión de roles y el soliloquio son las más divulgadas.

Volviendo a la acción, su importancia radica en la capacidad de producir la catarsis, que Moreno define como “el efecto terapéutico que el psicodrama produce en el actor, que representando el drama al mismo tiempo se libera” (Moreno 1985, pág. 48).

La catarsis en general se consigue después de un clímax emocional en el cual se rompen las resistencias, esto produce una liberación del pasado a través de la toma de conciencia. Para Moreno la catarsis, una vez que se ha producido, indica el éxito y el fin de la terapia.

La tercera fase es la de la vuelta al grupo y de la *discusión*. Ésta es fundamental dado que hace sentir al protagonista que no está solo, le permite beneficiarse de las experiencias y opiniones de los demás y permite a todos expresarse, de manera que pueda producirse la catarsis de grupo.

Moreno propone dos distinciones en la modalidad de la terapia de grupo que pueden ser usadas como dos ejes, a partir de los cuales desarrollar el discurso. La primera distinción que él propone es entre la terapia de grupo analítica y la terapia

de grupo de acción, la misma distinción que existe entre la sociometría y el psicodrama. La terapia de grupo analítica se basa en la sociometría, o sea, en el estudio de las corrientes afectivas que atraviesan los grupos y del lugar que los individuos asumen en estos. El estudioso analiza la organización y la estructura del grupo y como consecuencia sugiere los cambios y las conductas más adecuadas de manera que el grupo se armonice; este tratamiento se efectúa *in loco*. La terapia de grupo de acción se propone superar el límite de la precedente y por lo tanto alcanzar problemas más profundos: el método que se utiliza es el psicodrama y en este caso es preferible aislar el grupo de la colectividad. Esto es debido a que, a pesar de que el psicodrama se puede aplicar en cualquier lugar, el aislamiento del grupo del resto de la comunidad, en el teatro terapéutico, permite actuar en un ambiente objetivo que facilita la resolución completa de los conflictos más profundos.

La segunda distinción propuesta tiene que ver con la terapia de grupo de tipo individual y la terapia de grupo de tipo colectivo, que marca la diferencia entre sociometría y psicodrama, y que Moreno recalca se aplicara a cada tipo de psicoterapia de grupo.

La psicoterapia de grupo de tipo individual focaliza su atención sobre los individuos singulares que forman el grupo en una determinada situación; por el contrario, la de tipo colectivo se centra en el grupo y sus denominadores colectivos.

Esta visión influye también el rol del grupo dentro del psicodrama que en cambio se ocupa de las relaciones interpersonales y de las ideologías privadas. Este tratamiento se realiza en grupo puesto que la inadecuación de los roles del sujeto puede resolverse sólo en contacto con los otros. Pero el psicodrama, como ya hemos dicho, se ocupa sobre todo del individuo dentro del grupo. El auditorio está formado por personas que comparten el mismo síndrome mental, y forman como un paciente colectivo, constituido por componentes individuales, a los que el director se dirige considerándolos uno por uno. Desde luego, el eco del grupo tiene un efecto de caja de resonancia, transmite solidaridad, hace que el sujeto no se sienta aislado y abandonado, añadiendo como sugiere Schutzenberger, “otra dimensión a la psicoterapia individual” (Schutzenberger, 1972, pág. 24). Pero de cualquier manera el grupo representa un público delante del cual expresarse y esto emerge claramente también de la forma del teatro terapéutico donde el grupo está sentado en platea, como un público, cada espectador entra en relación con el protagonista a través de una vía personal, y el darse la espalda recíprocamente impide la interacción cara a cara en el grupo.

El tratamiento tiene lugar indirectamente, a través de su portavoz en el escenario. Como dice Moreno, en el fondo el grupo “es una metáfora, no existe” (Moreno, 1985, pág. 418), es un conjunto de individuos los cuales incluso llegando a desarrollar estados co-conscientes y co-inconscientes, derivados de la historia común del grupo, se quedan siempre en su singularidad y no darán nunca vida a una entidad grupal.

DEL PSICODRAMA CLASICO AL PSICODRAMA ANALITICO

La asimilación del psicodrama con el psicoanálisis se vio favorecida, como se ha hecho notar precedentemente, por la falta de rigor del sistema teórico de Moreno, factor que ha consentido aislar las técnicas psicodramáticas del modelo teórico al que estaban ligadas. En Francia los psicoanalistas conocieron poco las obras de Moreno, y mostraron poco interés en profundizarlas, considerando sus ideas extravagantes y superficiales.

Se reconoció la aportación que, utilizar la dramatización con un sujeto puede favorecer la explicitación de sus conflictos, defensas, resistencias: de aquí su utilización con sujetos que tienen dificultad en la verbalización, como los niños o los adolescentes. La técnica está considerada sólo como soporte respecto a formas verbales más maduras. Es inevitable a este punto notar cómo el psicodrama se desnaturaliza en este proceso de asimilación: las técnicas psicodramáticas ya no se orientan a la liberación de la espontaneidad, sino al análisis de la transferencia y de los mecanismos de defensa de los sujetos que serán luego interpretados psicoanalíticamente. Además el abandono del modelo psicosocial de la personalidad elaborado por Moreno, como nota Rosati (1980), provoca como consecuencia, que la concepción teórica de las diferentes corrientes de psicodrama analítico dependan del modelo psicoanalítico al cual pertenece el terapeuta. Esto explica las diferencias que existen entre los distintos autores de la escuela francesa, pues utilizan perspectivas a veces muy distintas.

La integración del psicodrama dentro del psicoanálisis, abre desde luego, muchos interrogantes: nos preguntamos qué valor dar a las teorías de Moreno y hasta qué punto usar su aportación, cómo conciliar la neutralidad del analista con la participación en la dramatización, cómo transferir la situación analítica en la sesión psicodramática. Los distintos autores encuentran, pues, respuestas diversas en base al modelo teórico al que pertenecen, pasando a través de varias fases de experimentación que muestran todas las dificultades que conlleva esta asimilación. Un ejemplo lo constituyen los intentos de Lebovici de transponer la regla fundamental del psicoanálisis de “decir todo”, transformándola dentro de la sesión psicodramática en la regla de “hacer todo”. Esto condujo a consecuencias desastrosas en cuanto, sobre todo los niños, dejados libres de hacer cualquier cosa, a menudo provocaron daños a cosas o personas sin ningún provecho terapéutico. Lebovici (1980) volvió a la regla clásica en que la acción no es nunca real sino que constituye siempre un “hacer como si”.

La escuela de psicodrama analítico francesa incluye autores diversos cuyas teorías son a veces contrastantes pero se pueden indicar algunas modificaciones que son compartidas por la gran mayoría y que introducen importantes cambios en el setting psicodramático:

- El grupo se hace más pequeño y los participantes se sientan en círculo.
- La escena es imaginaria por lo que no existe ni escenario ni otros recursos

escenográficos.

- En la fase de calentamiento hay una mayor discreción que tiende a hacer superar la resistencia al juego.

- El psicodramatista participa en el juego, pero de acuerdo con el principio de neutralidad asume una posición alejada.

- La interpretación psicoanalítica es más importante que la condisión. Naturalmente al lado de una interpretación verbal es posible una forma de interpretación a través de la acción.

- Es fundamental utilizar la transferencia y la contratransferencia.

Sin embargo, a pesar de esta base común, las diferencias entre los autores son notables. Nos gusta particularmente el enfoque de Anzieu, que se ocupa de elaborar un modelo teórico específico para definir el ámbito del psicodrama analítico. Implícitamente Anzieu critica a los otros autores franceses: Lemoine, Lebovici, Diatkine, Kestenberg, porque desarrollan una forma de psicoanálisis individual en grupo; él al contrario sostiene que el psicodrama es una psicoterapia de grupo y del grupo. Para los autores citados, el psicodrama constituye un medio expresivo que tiene el valor de privilegiar los componentes no verbales de la comunicación, permitiendo así, que emerjan elementos que podrían quedar escondidos o necesitar mucho más tiempo para ser descubiertos. A la dramatización no se le asigna un valor terapéutico, sino sólo de expresión de conflictos, defensas, fantasmas del sujeto. Como en un sueño constituye sólo el contenido manifiesto cuyo contenido latente debe ser interpretado. El método utilizado es parecido al del psicoanálisis clásico: interpretación verbal individual y análisis de la transferencia. Se descartan así conceptos como catarsis, propio del psicodrama, y el concepto de función del grupo, propio del grupoanálisis. Además el comportamiento del terapeuta está determinado por la neutralidad, el principio de “no hacer el juego del paciente”, así que si participa en la dramatización lo hará con la menor implicación posible. Nos parece estar de acuerdo con el principio de no colusión, pero nos preguntamos qué significa no implicarse, y por lo tanto no utilizar la contratransferencia. Vale la pena recordar la crítica que Moreno hace al principio de neutralidad propuesto por estos autores. Moreno nota cómo en ciertos momentos el protagonista tiene necesidad, durante el trabajo dramático, de una madre, un padre o de otras figuras, si el yo-auxiliar no ofrece las genuinas características, el protagonista, según Moreno, podría verse perjudicado más que ayudado. Se necesita una transformación recíproca entre protagonista y yo-auxiliar para evitar que el sujeto se encuentre jugando solo y para evitarle sentirse como una “rata de laboratorio” (Moreno 1985, pág. 53).

Anzieu retoma esta crítica y recuerda cómo el yo-auxiliar se halla inserto en la sección de psicodrama de Moreno para favorecer el contacto con la realidad y para impedir que la dramatización se transforme en una satisfacción narcisista de los deseos del sujeto. A este propósito, una de las contribuciones más fecundas de Anzieu es la de la reelaboración de la función del yo-auxiliar y su aplicación

específica de la interpretación psicoanalítica en el psicodrama. Anzieu usa la interpretación refiriéndose al aquí y ahora y la relaciona tanto con la dimensión individual como con los efectos de grupo de resonancia fantasmática y con los procesos identificatorios y proyectivos que subyacen a las relaciones interpersonales.

La interpretación verbal se usa sólo en la fase inicial y en la final de la sesión, y no se considera útil durante la dramatización. Por esto se utilizan formas particulares de actuación que son la forma hablada y actuada de la interpretación. Es posible usar la comprensión simbólica, o sea, en vez de interpretar los símbolos a través de los cuales el sujeto expresa los propios conflictos, el psicodramatista puede usarlos, con el significado particular que le ha sido atribuido durante la escena.

De este modo se da una interpretación implícita que consiente al sujeto continuar expresándose, en contraste con lo que hacen otros autores franceses, los cuales, cuando piensan que es necesario interpretar, interrumpen la dramatización considerándola inútil cuando el significado implícito ha emergido. Esta forma aberrante y perversa del psicodrama encuentra expresiones extremas sobretudo en algunos autores lacanianos, ver Lemoine (1973), para los cuales cinco minutos de sesión actuada dan pie a horas de especulaciones verbales.

Las formas que la interpretación asume durante la dramatización son “la interpretación verbal recitada” y “la intervención mediante el rol”. En la primera forma, el psicodramatista hace un comentario que tiene valor de interpretación, en la segunda, el psicodramatista interviene activamente. Puede obstaculizar la recitación, puede decidir introducir temas evitados por el sujeto, puede disolver intentos de complicidad, puede crear situaciones o accidentes, puede exasperar una situación de transferencia. Las posibilidades de acción son muchas y las técnicas de Moreno constituyen una reserva muy útil. Esta posibilidad de actuar en la situación misma, según Anzieu, es una de las aportaciones más interesantes de Moreno.

En las formas más modernas del psicodrama, basadas en modelos grupoanalíticos, las acciones interpretativas que Anzieu describe como privilegios del conductor, son acciones de las que puede hacerse cargo el grupo al completo o los participantes uno por uno, además del terapeuta.

Anzieu nos parece el autor más atento a las técnicas morenianas, a menudo hace referencia a la aportación teórica de Moreno, a pesar de haber elaborado su propio sistema específico. De hecho no olvida la función generadora de la asunción del rol; el valor catártico de la dramatización en el liberar los afectos reprimidos, la función de contraste del grupo, que permite ampliar la gama de roles y las modalidades de acción. Todos estos elementos los toma de Moreno y luego los asocia al análisis de la transferencia. Por otra parte Anzieu critica la obra de Moreno por faltarle el símbolo y el significado, sin los cuales la acción puede transformarse en una simple descarga motórica. La aportación del psicoanálisis es pues fundamental, la de proporcionar estos significados. De la unión entre expresión dramática y

comprensión psicoanalítica deriva una nueva visión en la que el psicodrama constituye una comunicación simbólica. El sujeto puede representar en el exterior el propio “drama “ a través de una serie de personajes que simbolizan la situación conflictual originaria. Se reproduce, utilizando la terminología de Lacan: la “historia mítica del sujeto que es actualizada”. Este proceso se ve favorecido por la característica del psicodrama de constituirse como en espacio de juego, más tolerante porque está basado en el “hacer como si”. Los psicodramatistas desarrollan en este contexto una función de contención y de atención para crear un espacio transicional que facilite el proceso de simbolización de manera que se pueda reformular un camino hacia la relación de objeto. En definitiva el psicodrama, tal y como es interpretado por Anzieu y por la escuela francesa, permite actuar sobre la organización psíquica a través de la liberación pulsional, la abreacción catártica de las emociones, el refuerzo del principio de realidad y la liberación del Yo, permitiendo el acceso a nuevas identificaciones .

En el panorama de la escuela francesa, hay que hacer igualmente mención especial de la aportación de Schutzenberger. La autora parte de la consideración de que no existe una clave única de lectura del comportamiento del grupo, de la cual deriva la creación de un sistema triádico en el que convergen las aportaciones de la psicoterapia de grupo, del psicodrama y de la terapia dinámica de grupo. En este sistema triádico el psicodrama constituye una introducción de la psicoterapia del grupo permitiendo una profundización y una articulación con la dimensión individual. Por lo general el juego tiene lugar en un momento dado de la evolución del grupo, a menudo después de que la emergencia de los primeros conflictos, después de las fases de dependencias y cuando las relaciones con el director se han aclarado. El grupo triádico es un grupo en el que la atención está focalizada más que en el individuo, en el grupo. Al lado de los instrumentos clásicos se utiliza el observador, que manteniéndose fuera de la dinámica grupal, tiene la función de facilitar al conductor la comprensión de las dinámicas de contratransferencia. Schutzenberger subraya que en su enfoque, diversamente del psicodrama analítico que focaliza sobre las relaciones de transferencia, se consideran también la dinámica y la sociometría del grupo, por lo que el material que se pone en juego, corresponde simultáneamente al contenido psíquico de un individuo, a la vivencia de muchos espectadores y a un momento del grupo.

Otra aportación original nos llega de la escuela argentina, que añade a las formas clásicas del psicodrama un elemento constituido por los “juegos dramáticos”. Los “juegos” son una forma de sensibilización al lenguaje dramático en el que se intenta facilitar en los participantes el pasaje de una modalidad de pensamiento discursiva a una modalidad donde las ideas se transforman en acciones: lo que se propone es pensar en escenas. Desde este punto de vista el juego dramático es una experiencia que se concluye en sí misma, que puede durar poco, y que permite un acercamiento incluso narrativo a la técnica psicodramática. No se trata de una forma

de terapia, las interpretaciones se evitan, las intervenciones se focalizan sobre la descripción de los personajes y son relativas al rol jugado. Son juegos preestablecidos, repertorios de escenas que el conductor propone en base a la situación y a los objetivos previstos.

Cada ejercicio está generalmente dividido en cuatro fases: la consigna; la dramatización; la explicación verbal de lo que se ha actuado; la condisión con el grupo.

Asumir el rol de un personaje imaginario facilita en el protagonista la expresión de sentimientos y comportamientos que representándose a “sí mismo”, difícilmente hubiera podido tener la oportunidad de asumir. Así el juego dramático desarrolla una función doble: permite evidenciar las defensas que obstaculizan la expresión de las fantasías y al mismo tiempo movilizar estas defensas y realizar la expresión del imaginario.

Los juegos dramáticos pueden así ser presentados aisladamente como vehículo en la formación, o insertarse en grupos clínicos.

En el caso de grupos clínicos pueden insertarse en las primeras sesiones para facilitar el acercamiento con el medio expresivo, para enseñar un alfabeto. Después pueden ser aplicados en situaciones específicas, por ejemplo para explorar aspectos del individuo o del grupo.

Las experiencias con técnicas dramáticas activas y lúdicas, abren el debate sobre las posibles vías para obtener profundidad en la movilización y elaboración de los contenidos del grupo tanto en la terapia como en la formación. En este sentido para comprender hoy el psicodrama se debe encuadrar exclusivamente en modelos de tipo grupal. En esta óptica a través de la idea de transindividualidad, apoyada por la resonancia transpersonal de Foulkes, la interioridad del individuo se revela a través de la interioridad del otro “subjetivamente y proyectivamente, en consonancia y resonando con el otro, y en los otros, cuyas partes resonantes son como piezas de un puzzle que completan la propia interioridad y viceversa” (Pavlovsky, Kesselmann 1989, p. 86).

Según los autores citados lo que transforma en el grupo es tomar conciencia del propio nivel de implicación y de resonancia con los otros y no profundizar la propia historia personal, que al contrario constituye un mito que debe ser desestructurado para dejar espacio al cambio y a la creatividad. “Nuestro deber en las sesiones es divertirse jugando con los mitos en la escena y este es el camino estético-creativo que proponemos para hacer frente a la desesperación y a la resignación” (ibidem 1989, p. 106). Es interesante notar que, el psicodrama alejándose de la técnica clásica y hibridándose en los modelos analíticos se ha aproximado en los últimos tiempos a la forma primitiva, subrayando la espontaneidad y a la creatividad. El tiempo no ha pasado en balde y la aportación moderna se centra en la atención de los modelos psicológico-clínicos y no en la preeminencia de una teoría sobre otra.

Como hemos ya dicho, la escasa seriedad teórica, ha sido por una lado un problema para la técnica moreniana, pero por otro lado es una de las razones de su desarrollo: muchos han podido utilizar la técnica colocándola en modelos teóricos más rigurosos. Por esta razón a muchos psicólogos, empeñados en la investigación del psicodrama, les ha resultado difícil encontrar paralelismos entre Moreno y otros autores.

Varios grupos de investigación utilizan la técnica psicodramática, sobre todo los psicoterapeutas junguianos. Pero ¿por qué los junguianos más que otros se han dedicado a la investigación y aplicación de esta técnica? La cosa puede parecer extraña, ya que Jung consideró la psicoterapia de grupo, como un obstáculo para el desarrollo del individuo (Hobson, 1964). Según Gasseau y Gasca (1991, p. 25), “el psicodrama, a la luz de las concepciones de Jacob Moreno e Karl Gustav Jung, tiene un desarrollo analítico peculiar”, y probablemente esto no sería bien aceptado ni por Moreno ni por Jung. Entonces, más que buscar una integración entre maestros podría ser útil encontrar una credibilidad que parta de los locus terapéuticos y de las teorías del cambio para llegar a los objetivos. Los mismos autores citados, en más de una ocasión, se han movido en esta dirección.

En la introducción al libro de Chiavegatti (1991), “*El rostro y su máscara*”, Leonardo Ancona indica un camino: “... el sujeto del psicodrama moreniano, esencialmente basado en el juego-rol-grupo, no tiene “espesor”, es sólo un espejo donde no se encuentra diferencia entre lo que se dice y lo que se representa, entre el sujeto y su rol: hay sólo una consideración atenta del comportamiento explícito en el drama, sin inconsciente y sin interpretación”. Quizás en el espíritu de la investigación sería útil seguir este camino, el del “espesor”, que al contrario, se pierde cuando el esfuerzo se reduce a buscar consonancias con otras teorías: Moreno tiene una teoría del cambio basada en la catarsis, Jung en la interpretación.

Es hora de reflexionar sobre la “demanda”, sobre los objetivos, no del psicodrama o del psicoanálisis, sino sobre los objetivos del cliente y especialmente sobre la naturaleza del producto de la psicología clínica.

Tomando como punto de partida las intuiciones originales de Moreno sobre el psicodrama, el artículo pasa revista al estado actual de las bases teóricas del psicodrama analítico. Se consideran los problemas conceptuales y metodológicos de las técnicas morenianas, con especial énfasis en la neutralidad del terapeuta, el papel de la interpretación y la presencia de los elementos transferenciales en las representaciones dramáticas.

Traducción: Neus López i Calatayud

Referencias bibliográficas:

- ADORNO, F., GREGORY T. & VERRA V. (1974, 1978). *La storia della filosofia, vol. 1 e 3*. Bari: Laterza.
- ANCELINE-SCHUTZENBERGER, A., (1970). *Précis de psychodrame*. Paris: Editions Universitaires.
- ARISTOFANE (1964). *Opere*. (traduzione di F. BALLOTTO). Milano: Rizzoli.
- BASQUIN, M., DUBUISSON, P., LAJEUNESSE, B.S. & TESTEMALE-MONOD, G., (1979). *Lo psicodramma - un approccio psicoanalitico*. Roma: Borla.
- CHIAVEGATTI, M.G. (1989). *Il volto e la sua maschera*. Roma: Armando.
- DIANO, C. (1984/86). *Il teatro greco. Tutte le tragedie*. Firenze: Sansoni.
- GASSEAU, M. & GASCA G. (1991). *Lo psicodramma junghiano*. Roma: Bollati Boringhieri.
- HOBSON, R.F. (1959). An Approach to Group Analysis. *Journal of analytical Psychology*, vol. 4, n.2.
- HOBSON, R.F. (1964). Group Dynamics and Analytical Psychology. *Journal of analytical Psychology*, 9, 1.
- LEBOVICI, S. (1980). *Terapia psicoanalitica di gruppo*. Milano: Feltrinelli.
- LEMOINE, G. & LEMOINE, P. (1973). *Lo psicodramma*. Milano: Feltrinelli.
- JOUER-JOUER, M. (1980). Per una teoria psicoanalitica dello psicodramma, *Atti dello psicodramma*, 1-2. Roma: Astrolabio.
- LEUTZ, G. A. (1971). Transference, empathy, and tele. *Group psychotherapy and Psychodrama* ", vol. XXIV, n. 3-4.
- MONTESARCHIO, G. & DE MURTAS, D. (1986), *Lo psicodramma nella scuola come stimolo al cambiamento del rapporto e della funzione didattica*. Memoria di un'esperienza, a cura della Regione autonoma della Sardegna. Cagliari.
- MONTESARCHIO, G. & SARDI P. (1986). Il contributo di Jacob Levy Moreno alla psicoterapia di gruppo: eclettismo, approssimazione teorica o illuminata anticipazione ?. *Archivio di psicologia neurofisiologia e psichiatria*, anno XLVII.
- MONTESARCHIO, G. & SARDI, P. (1987). *Dal teatro della spontaneità allo psicodramma classico*. Milano: F. Angeli.
- MORENO, J.L. (1985: 1989). *Manuale di psicodramma, I e II*. Roma: Astrolabio.
- ROSATI, O. (1980). Atti dello psicodramma. Roma: Astrolabio.
- ROSATI, O. (1980). Psicodramma, in *Enciclopedia del teatro del Novecento*, a cura di A. Attisani. Milano: Feltrinelli.
- YABLONSKY, L. (1978). *Lo psicodramma*. Roma: Astrolabio.

TERAPIA GRUPO ANALITICA DE FAMILIA CON ADOLESCENTES

Raffaele Menarini y Corrado Pontalti.

Università Sacro Cuore di Roma

This article presents a group analytical approach within the family context, with special interest given to its application in adolescent issues. Family, group, and cultural influences are explored in the development of the individual's identity and, in the case of developmental complications, the emergence of psychopathology. Implications for diagnosis and treatment are discussed in the light of the paper's theoretical position, and a case study is provided in which clinical considerations are highlighted.

LA MATRIZ FAMILIAR Y EL PROCESO DE IDENTIDAD

Entendemos por familia la organización humana capaz de crear en la estabilidad de la relación de crianza o cuidado de la infancia, las estructuras mentales que han de permitir a los niños durante los años de crecimiento categorizar los acontecimientos, transformarlos en representaciones mentales y establecer relaciones significativas entre ellos. Estas relaciones constituyen la trama de la red de pensamientos, que puede conceptualizarse como una *matriz familiar*. Con este término se indica el “campo mental” en que el individuo se halla no sólo inmerso, sino que contribuye también activamente a construir. En el seno de cada familia se configura la coexistencia de distintas matrices de pensamiento en relación al número de sus componentes, razón por la cual cada matriz presenta áreas de sobreposición y áreas de diferenciación respecto a las otras. Esta forma de entender la familia, no es por tanto, reductible al concepto sociológico e históricamente determinado de familia, sino que asume una dimensión de “grupo antropológico”, definible como espacio simbólico y simbólico-poyético, que a través de temas culturales peculiares da forma a un estilo global de existencia para cada uno de sus miembros.

La cuestión central que regula nuestra reflexión teórica y la actuación clínica subsiguiente consiste en concebir la mente humana en relación genética, evolutiva y estructural únicamente en el interior de matrices grupales de pensamiento. En otros términos el proceso de identificación, base de la construcción del sí mismo,

no puede reducirse a la dinámica, aunque fundamental, de las relaciones madre-hijo, sino que debe entenderse en el seno de una trama de relaciones complejas, en la que los elementos culturales y familiares aportan los primeros ladrillos con los que el niño empieza a construir los propios modelos de pensamiento fundante del sentido de sí mismo. Dado que la naturaleza y la cualidad del conocimiento infantil son casi enteramente de tipo afectivo, estos primeros modelos de pensamiento se organizan fuera de la conciencia en torno a esquemas emocionales prototípicos.

Las modalidades de comunicación y los juegos comportamentales correspondientes que se producen entre los diversos miembros de una familia encuentran su fundamentación inconsciente precisamente en esta modalidad de pensamiento grupal y en los temas culturales familiares. La revalorización de las dinámicas inconscientes grupales, además de las dinámicas de la comunicación, consienten reformular el concepto de *historia familiar*, entendida no como una sucesión de acontecimientos, sino como el desarrollo de algunos “temas culturales” de los que las dinámicas familiares actuales son, en parte, expresión.

A este propósito parece oportuno señalar los parecidos con algunos campos de estudio ajenos a la psicología como la historiografía contemporánea, que identifica diversos procesos de lectura de los procesos históricos: el más profundo hace referencia a la historia de las estructuras, la historia de lo que cambia muy lentamente; el superficial hace referencia a la historia de los acontecimientos y se refiere a lo que cambia más rápidamente. Los temas culturales familiares pertenecerían al primer tipo de acontecimientos de larga duración, en cuanto hacen referencia a la línea familiar transgeneracional; mientras que los acontecimientos con los que el terapeuta trabaja frecuentemente a nivel de prescripciones comportamentales o inducciones paradójicas pueden considerarse pertenecientes al segundo tipo. Sin negar eficacia a las intervenciones de tipo pragmático, consideramos que deberían integrarse en el conjunto de una perspectiva más amplia que pueda estimular más directamente la elaboración de los temas culturales familiares y la reescritura de la historia familiar en su dimensión de larga duración.

Es fundamental comprender la importancia del concepto *tema cultural familiar*; *cultural* hace referencia a las organizaciones mentales colectivas, mientras que la palabra *tema* resume esquemáticamente las líneas fundamentales de desarrollo de un discurso más amplio. Definido de este modo el *tema cultural familiar* adquiere el significado de una invariante a lo largo del eje evolutivo que va del *nivel transgeneracional*, al *nivel personal*, pasando a través del *nivel grupal familiar*.

La ventaja de este punto de vista es la de poder conceptualizar la familia como una red de significaciones. Como campo de relaciones entre nudos de condensación del pensamiento, que constituyen la trama de significantes antropológicos que hemos llamado *matriz familiar*. Tarea de la matriz familiar es la de establecer las primeras relaciones mentales entre percepciones, emociones, sensaciones y acontecimientos y permitir la construcción de los primeros modelos de conocimiento. En

otras palabras, la matriz familiar, a través de transformaciones inconscientes de los temas culturales familiares, determina una red de significados abiertos que permite otorgar sentido a lo nuevo y desconocido dentro de una dimensión espacio temporal históricamente dada. A través de la transformación inconsciente e idiosincrásica de las áreas culturales de los padres, de los abuelos y de los hermanos, el niño adquiere gradualmente la propia identidad como persona (matriz familiar no saturada).

La fundamentación intrínsecamente grupal de la matriz familiar permite la superación de la dicotomía individuo-familia o individuo-grupo, presente en algunas importantes teorías psicoanalíticas, como la kleiniana y la bioniana. ¿Qué significa que la matriz familiar es grupal y que debe ser altamente no saturada? Significa que la red de significaciones se configura como el auténtico polo de identificación intrapsíquico de la mente humana. Cada persona en su crecimiento en el ambiente neotécnico estructura su identidad sobre la introyección y mentalización no de las personas adultas significativas, ni de las relaciones interpersonales, sino sobre la introyección y mentalización (identificación) de los instrumentos de pensamiento de la organización antropológica de que forma parte.

Pertencen a esta organización de pensamiento antropológico los distintos temas culturales familiares tales como: el nombre, los juegos de los parecidos, los rituales de la comida y del dormir, las primeras definiciones de las relaciones, los acontecimientos somáticos, los mitos familiares, las fábulas y los sueños, los relatos de familiares y de sus personajes, los lazos de lealtad, los olores, objetos, imágenes y juguetes. Los temas culturales que fundamentan estos primeros contenidos básicos nucleares del pensamiento y de la memoria son los ladrillos del proceso de simbolización intrapsíquica individualizadora, primer elemento de la discontinuidad familia-individuo. Estos temas establecen necesariamente el puente entre la familia actual, la familia de origen y los campos antropológico-culturales estrechamente en interfaz con tales organizaciones transgeneracionales. Si los temas culturales no pueden transformarse en acontecimientos simbólicos en el seno de la familia no pueden convertirse en pensables por parte del niño, el cual crecerá con un agujero de significación respecto a ellos.

CONDICIONES PATOGENICAS DE LA MATRIZ FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA

El proceso de individuación se articula a través de niveles de diferenciación y autonomía progresivas durante la adolescencia, que partiendo de una indiferenciación transgeneracional, donde el sí mismo nuclear ostenta fronteras a duras apenas esbozados, llega hasta el desarrollo de un sí mismo más diferenciado y articulado gracias a las funciones propias de la matriz familiar. En este sentido la matriz familiar es una especie de organización “meta”, que representa una área de intersección entre dos planos espacio-temporales distintos entre sí: el mundo grupal transgeneracional que remite al pasado y el mundo de la generación siguiente que

se abre a un espacio futuro y distinto. Podemos considerar la familia, pues, como una agencia antropológica, una instancia psíquica de la sociedad, delegada para reorientar en un tiempo y espacio definidos, la historia de las generaciones pasadas, es decir del colectivo mental familiar. Al mismo tiempo la familia tiene el encargo de dar sentido al proyecto de la nueva generación, necesariamente abierta a una colectivo mental halocéntrico, social, en el que las cosas son como son y donde los significados familiares no son directamente utilizables. Por este motivo la matriz de significación debe ser necesariamente no saturada, es decir abierta a la construcción de otros significados que sean aplicables al mundo externo.

Reflexionando desde esta perspectiva sobre los procesos psicopatológicos se ve claro que éstos son producto de la incapacidad de una matriz familiar dada de llevar a cabo sus funciones de elaboración de los temas culturales a través de las directrices de los tres campos mentales (transgeneracional, familiar, personal). Se producen de este modo zonas de confluencia entre pensamiento familiar e individual que pueden definirse como “agujeros negros” del pensamiento transpersonal, áreas de la experiencia que no pueden ser pensadas de forma consciente, cuya presencia es observable gracias a la activación emotivo-afectiva de carácter negativo, determinada por ellas. La labor del clínico es la de identificar los nudos sin resolver de la trama del pensamiento familiar, generadores de sufrimiento psíquico y favorecer los procesos de simbolización de la matriz familiar.

Desde este punto de vista la patología reviste el significado de un fracaso en el proceso de transformación y diferenciación de los temas culturales familiares en temas de vida personal. Se establece un relación rígida y biunívoca entre significantes y significado, por la que la trama de significación inconsciente (la matriz familiar) no consigue dar sentido a lo nuevo y desconocido, situación que podemos atribuir a una matriz familiar saturada. La intervención de una matriz familiar saturada es patológica en cuanto impide la oscilación entre continuidad respecto al mundo familiar antropológico y la discontinuidad hacia las nuevas generaciones, dificultando de este modo la articulación de los temas personales de vida. En este caso se debe hacer frente a una familia cuyo mundo aparece indiferenciado y donde los varios miembros comparten rígidamente los temas culturales, no dejando espacio para la novedad: se trata de la familia que hemos llamado *antropológica*, en la que no hay espacio para las personas individuales, sino que todo viene reconducido a la matriz mental colectiva, en contraposición a la *familia-grupo*, donde cada individuo, aun participando de la trama de significación colectiva, halla espacio para la elaboración de sus propios temas individuales.

El período de vida durante el que la presencia de los “agujeros negros” en el pensamiento transpersonal familiar determina las manifestaciones psicopatológicas más clamorosas es, sin duda, la etapa adolescencial. La adolescencia, en efecto, puede ser caracterizada como un período de búsqueda de identidad. Esta se persigue a través de las identificaciones fantasmáticas. Es un momento dinámico, no estático,

en el cual hay una lucha por mantener la integridad del sí mismo. Este estado de adolescente sitúa al joven en una confusión de identidad, falta de coherencia y estabilidad, que lo lleva a vivir despersonalizaciones características de la etapa evolutiva, tan dramáticas como la anorexia o la psicosis.

La adolescencia es una época de confusión y la tarea del adolescente es la de constituirse como individuo con respecto a los otros, enfrentarse a sus dobles, a sus fantasmas, para diferenciarse y encontrar su identidad, a semejanza del viaje iniciático en que Ulises tuvo que enfrentarse a monstruos y sirenas. El poder superar este mundo de monstruos y fantasmas constituye un proceso terapéutico por sí mismo. En los ritos iniciáticos de las tribus primitivas el adolescente había de superar una serie de pruebas, la más esencial de las cuales era la de afrontar el propio doble; quien las superaba era capaz de convertirse en hombre, como Ulises en la Odisea. En las culturas occidentales el adolescente no dispone de formas ritualizadas para dar el paso hacia la adultez, por ello Erikson postula un estado de moratoria a través del cual el adolescente ensaya repetidamente su rol adulto, a veces hasta una edad tan avanzada como los treinta años.

A la luz del modelo propuesto hasta ahora la razón de todo ello parece evidente: la adolescencia es el período de la vida, donde la tensión entre el campo mental familiar y social se hace mayor y en el que el ser humano se encuentra oscilando entre:

- a) una matriz familiar, con sus representaciones mentales
- b) el mundo psíquico interno, y
- c) el campo social

En esta oscilación el adolescente percibe tres universos coexistentes de forma confusa y angustiante. Esta oscilación entre campos mentales diversos puede ser vivida sin la aparición de una psicopatología, únicamente si la matriz familiar permite la articulación y la diferenciación de los temas personales, que constituyen los significantes individuales, útiles para dar significado a lo nuevo, a lo desconocido que emerge del encuentro con lo social.

No siempre, sin embargo, el adolescente puede soportar el proceso de diferenciación en relación a la familia, particularmente cuando no puede todavía identificar sus propios pensamientos como tales y se halla enredado en un proceso de construcción de sí mismo en el que los mitos o fantasmas familiares no dejan paso a la elaboración de los propios temas personales. Es evidente que en la medida en que existe una mayor coincidencia entre espacio psíquico individual y colectivo, tanto mayor será el riesgo de confusión.

En un proceso evolutivo satisfactorio la resolución de esta crisis de crecimiento adolescente se produce a través de la superación de las falsas dicotomías entre los diversos mundos individual, familiar y social, originando una síntesis nueva y creativa de las diversas matrices culturales de donde emerge el psiquismo. Con frecuencia, sin embargo, dadas las dificultades de nuestra sociedad y de nuestra

organización familiar actual para hacer frente a los procesos iniciáticos del adolescente, se hace recomendable una intervención de tipo terapéutico con finalidades preventivas o reparadoras que tenga en cuenta las características especiales del adolescente. Éste se muestra con frecuencia reacio a cualquier tipo de introspección o de elaboración de sus propios fantasmas y evita o abandona cualquier intento de enfrentamiento consigo mismo que se le proponen a través de las diversas modalidades de terapia.

INDICACIONES PARA EL GRUPOANÁLISIS FAMILIAR

Una posibilidad para evitar reacciones excesivamente desestructuradas o de abandono ante la terapia es ver a los pacientes según un enfoque multimodal, en grupo e individualmente. El grupo le proporciona al adolescente un espacio compartido donde visualizar sus conflictos, el análisis individual la posibilidad de elaborarlos. Un caso particular, lo constituyen, sin embargo, aquellos adolescentes, para quienes la terapia individual o grupal puede resultar a veces contraindicada o incluso yatrógena, dadas las particularidades de la crisis adolescente. Para abordar estos casos parece más adecuado desarrollar una metodología clínica que hemos denominado *grupoanálisis familiar*, sin que esto signifique que deba aplicarse indiscriminadamente en todos los casos que hemos elencado. No se puede, en efecto, forzar a nadie como precondition para hacer aquello que consideramos útil. Si algo no se produce como esperábamos significa que no existe todavía un espacio mental para dar sentido a la intervención terapéutica.

La reflexión sobre los distintos marcos terapéuticos por parte de los pacientes y el estudio de la casuística clínica puede ayudar a identificar los casos en que, según nuestra experiencia, resulta particularmente útil el recurso a la terapia grupoanalítico familiar o al menos a un diagnóstico en el contexto del grupo familiar. Cuanto más estrecha es la inserción de la patología en una matriz familiar patológica, tanto más difícil se hace imaginar una terapia en la que, al menos en alguna de sus fases, no se contemple un contexto formal familiar. Así como no es posible conocer la matriz dinámica de un grupo terapéutico, extrapolándola del conocimiento de las matrices personales de sus componentes, tampoco no se puede conocer la organización mental de una familia desde el interior de una relación terapéutica personal con uno solo de sus miembros. De todo ello se deduce el sentido de llevar a cabo sesiones dentro del marco familiar con el objetivo diagnóstico de comprender las características de la matriz familiar de aquella situación clínica específica para poder formular un mapa semiológico de la propia matriz y de las relaciones (no causas) entre la matriz familiar y la organización patológica del paciente.

Esto no significa que se deba considerar indispensable una fase de diagnóstico familiar para cualquier situación clínica, dado que no es siempre posible y a veces ni siquiera deseable, llegar a constituir un marco familiar donde desarrollar un trabajo con la familia. Los casos en que, sin embargo, parece particularmente

necesario disponer de un contexto diagnóstico familiar son los siguientes:

- 1) En los trastornos psíquicos o comportamentales de la infancia
- 2) En los trastornos de la adolescencia, a no ser que el paciente pida explícitamente un espacio propio, es decir asuma en primera persona la iniciativa de la demanda de ayuda. Aun así puede resultar indispensable una fase diagnóstica familiar.
- 3) Siempre que la demanda llegue de alguno que no sea el paciente mismo, independientemente de las motivaciones de tal demanda.
- 4) Siempre que el paciente se resista a venir, independientemente de la hipotética gravedad del paciente mismo.
- 5) En las siguientes figuras diagnósticas del DSM
 - trastornos esquizofrénicos y asimilables: trastornos afectivos mayores, episodios maniacales, depresivo mayor, bipolar (eje I).
 - trastorno narcisístico de personalidad: trastorno borderline de personalidad, de dependencia, esquizotípico (eje II).
- 6) En los casos ya indicados de trastornos de personalidad o de dificultad de relación intrapsíquica consigo mismo y con los demás.
- 7) Por último, aunque obvio, pero no por eso menos olvidado: en las situaciones de crisis psiquiátrica aguda.

CUESTIONES METODOLOGICAS A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Para una mayor comprensión de nuestro modelo consideramos oportuno presentar un caso clínico desarrollado según las coordenadas teóricas expuestas hasta este momento. De este modo pretendemos que las líneas que siguen sean leídas como un intento de indicar las etapas procedimentales del pensamiento clínico que permiten construir un proyecto operativo desde el interior de la terapia. Esta reflexión, finalmente, tomará en consideración algunos nudos problemáticos relativos al diagnóstico clínico.

Francesco, paciente de 23 años, está siguiendo un tratamiento con neurolépticos, desde que se le presentara un episodio psicótico agudo a los 21 años. Como quiera que el tratamiento no había surtido ningún efecto, los padres decidieron llevarlo a terapia. Durante la primera sesión apareció claramente un estado disociativo, caracterizado por una confusión e ideación delirantes de tipo paranoideo. La entrevista que se desarrolló en presencia del padre mostró el papel “contenedor-organizador del pensamiento” que éste ejercía sobre el hijo. El padre, en efecto, desarrollaba la función de completar el discurso de Francesco, el cual se dirigía activamente al padre, cada vez que tenía una duda. El primer episodio psicótico se había producido dos años antes, después de las vacaciones de verano en la localidad de Favignano, lugar de procedencia del padre.

Ya en los primeros intercambios dialógicos se pusieron de manifiesto los núcleos temáticos sobre los que giraba la angustia psicótica de Francesco.

- "Al volver de Favignano me sentía perdido, confuso, sentía el peso del tiempo, mis compañeros se examinaban y yo no..., a mi me ha gustado siempre el juego de equipo, pero después de dejar el instituto me he tenido que enfrentar yo solo con la realidad externa... Tenía sentimientos de culpa en relación a mí mismo y a mi familia."

Estas pocas frases nos hacen comprender el drama que Francesco estaba viviendo, al encontrarse en una situación de transición de la adolescencia a la edad adulta y no habiendo tenido ocasión de estructurar un Sí mismo suficientemente articulado y diferenciado, vivía en la indecibilidad y la vergüenza entre mundo familiar y social. Es interesante destacar lo que Francesco respondió a la propuesta del terapeuta de verlo individualmente y el modo cómo describía sus angustias de fragmentación.

- "Sí, desde luego, estoy todavía muy ligado a la familia..., me siento en culpa hacia ellos, me hallo haciendo equilibrios entre familia y mundo externo... mi problema era el de ligar los discursos que hacen los otros, de ligar mis pensamientos entre ellos, con frecuencia mi discurso se muestra fragmentario... El problema que intento superar es el de unificar, de coser las distintas partes del discurso..."

La primera fase de la terapia con Francesco se enmarcó en un setting individual con una frecuencia diaria. De los elementos que aparecieron en las primeras sesiones se podía hacer la hipótesis de una grave patología de la matriz familiar, incapaz de ejecutar sus funciones de espacio de transformación de los temas culturales transgeneracionales. A través de las mismas palabras de Francesco y de su actitud en las sesiones de terapia se apreciaba una fuerte dificultad en percibirse como sujeto diferenciado de la familia (se sentía ligado a los suyos) como si partes de su organización mental estuviesen enteramente sostenidas por códigos de significado transpersonal, no integradas por un Sí mismo estable y articulado. Por otro lado, la finalización del instituto y el traslado a Roma para continuar los estudios universitarios, exigían una mayor autonomía e integración del sí mismo, que se percibía como lleno de carencias y fragmentado. Fue en el encuentro entre código familiar y código social donde Francesco se encontró desarmado.

La ligazón de sus pensamientos, garantizada hasta aquel momento por la vinculación con los suyos, se veía profundamente sacudida en presencia de un mundo externo que exigía modificaciones en sus relaciones intrafamiliares. La falta de un lenguaje común entre mundo familiar y mundo social, se convertía en una fuente de confusión como lo fue para los constructores de la torre de Babel. El abandono del código familiar, conocido y unívoco, era fuente de delirio y angustia de fragmentación. Pero así como la antigua Babel marcó el inicio de la historia de las diversas estirpes, también para Francesco este momento podía constituir, aunque dramáticamente, el espacio para la construcción de una "historia personal".

En los primeros cuatro meses la atención terapéutica se focalizó sobre todo en

el intento de favorecer la desvinculación familiar con la idea de que esto podría favorecer una mayor diferenciación y definición de sí mismo. El resultado fue, sin embargo, el aumento del estado de angustia psicótica y del nivel de confusión e inseguridad en los padres. En otras palabras, el contexto individual mantenido hasta aquel momento se presentaba más bien como yatrógeno.

Una reflexión profunda sobre las relaciones del grupo familiar durante esta primera fase hizo evidente la necesidad de considerar más a fondo los posibles núcleos de condensación del pensamiento familiar, cuya presencia destruía cualquier posibilidad de creación de un nuevo espacio simbólico-poyético en el contexto individual. Por esta razón se decidió crear un espacio distinto para los padres, llevado por dos terapeutas distintos del terapeuta individual, a fin de aumentar la comprensión de la trama del pensamiento familiar en la que parecía inscrita la patología de Francesco y de permitir a los padres expresar libremente sus propias angustias, sin que ello constituyera un peligro para Francesco. A medida que avanzaban los encuentros con los padres, la historia materna empezó a adquirir una importancia crucial para la comprensión de los “agujeros negros” presentes en la trama familiar, posibilitando otorgar una mayor comprensibilidad y coherencia histórica a los trastornos psicológicos de Francesco.

La madre de Francesco, Lina, era la segunda de tres hijos de una familia de un pequeño pueblo siciliano. A pesar de haber nacido en Trieste la madre de Lina, la abuela materna de Francesco, por tanto, se había trasladado a Sicilia después de la boda. El padre de Lina, abuelo materno de Francesco, siciliano, era oficial de carrera y maestro de esgrima; algunos años después de la boda desarrolló un grave síndrome psiquiátrico que lo llevó progresivamente al abandono de la carrera militar y a la evitación de cualquier compromiso social. A causa de las dificultades financieras derivadas de esta situación la madre de Lina decidió volver a Trieste, llevándose al único hijo varón con ella y dejando a Lina, que tenía entonces cuatro años, juntamente con el padre y la hermana mayor, a los cuidados de la abuela materna -la bisabuela de Francesco- que, casada en segundas nupcias, vivía con el segundo marido y los hijos de este segundo matrimonio. Lina vivió en esta difícil situación familiar hasta los veinte años. Pocos años después de la muerte de la abuela, se trasladó con el padre y la hermana a la provincia de Latina para desarrollar su actividad de maestra de enseñanza primaria.

El peso de esta historia influyó profundamente también las elecciones del futuro esposo de Lina y padre de Francesco, Giuseppe. Durante los largos años de noviazgo Giuseppe se “sintió obligado a quemar etapas” de su vida (estudios, servicio militar, trabajo) a fin de sacar a la futura mujer de las graves dificultades familiares. Así cuando Lina dejó Sicilia por motivos de trabajo, Giuseppe interrumpió su actividad de abogado, iniciada desde hacía poco en una ciudad del norte, para trasladarse igualmente a la provincia de Latina. Durante los primeros años de matrimonio la hermana mayor de Lina se quedó a vivir con ellos, mientras que su

padre murió pocos meses después de la boda.

A pesar de la fuerte relevancia de la historia transgeneracional materna, ésta había sido prácticamente marginada del relato familiar, formado a través de los años. Los lugares y personajes de la memoria familiar, en efecto, pertenecían casi completamente al padre, que aparecía como el único referente pensable de una historia común. El mundo paterno parecía ejercer igualmente el papel de enmascaramiento de algo no dicho, de vacío angustiante ligado a la separación precoz de la abuela de Trieste. Aunque la abuela materna era la única superviviente de la primera generación era como si no existiese. Los únicos contactos que mantenía Lina vía telefónica con su madre eran duramente criticados por el marido, de modo que tenía que tenerlos a escondidas de él. Incluso el delirio de Francesco estaba lleno de referencias al mundo de Favignano, lugar de origen del padre. La historia del padre se erigía como el *organizador fantasmático* de las angustias, que parecían sin embargo, particularmente relacionadas con la historia de la madre. Era como si parte de la historia de Lina hubiese sido absorbida por la del marido, resultando así impensable colectivamente: un “agujero negro” y misterioso del pensamiento transpersonal familiar. Este agujero negro parecía asociado a una intensa angustia de pérdida. A fin de reducir esta angustia intolerable el pensamiento grupal familiar había elaborado teorías causales caracterizadas por la saturación de la matriz, dando lugar a rígidos rituales de cuidado dirigidos a exorcizar la angustia de pérdida y a reducir la separación entre los miembros de la familia. En la conversación con los padres se pudo poner de manifiesto cómo la madre se había visto obligada desde pequeña a desarrollar un papel activo para mantener unida la familia de origen y cómo la angustia de pérdida había caracterizado las relaciones afectivas. Paralelamente a lo que aparecía en este espacio, Francesco empezó a evocar toda una serie de recuerdos infantiles impregnados de una intensa angustia de pérdida, experimentada incluso durante pequeñas separaciones de los padres. Estas breves escenas clínicas nos muestran cómo una transformación fracasada de los temas familiares pueda impedir la oscilación entre apego y exploración, procesos fundamentales para la construcción de un sí mismo estable y digno de confianza.

La reflexión sobre estos aspectos permite señalar los siguientes puntos de importancia diagnóstica y terapéutica en este caso.

1) El colapso entre los mundos psicológicos de las distintas generaciones define la imposibilidad de “pensar” la separación como categoría mental, tanto en el campo grupal familiar, como en la organización intrapsíquica de familia de Francesco.

2) La definición del problema de Francesco como expresión de una dificultad adolescente de desvinculación familiar podía llevar a una formulación errónea y a una actuación psicoterapéutica potencialmente yatrógena, impulsando una separación todavía inmadura del núcleo familiar.

3) La yatrogenia del contexto individual se apoyaba en la separación de hecho

a través del marco formal de la terapia del mundo de Francesco en relación al mundo familiar.

4) La oportunidad de poner en marcha una terapia familiar que implicase a todos los miembros de la familia de Francesco, a fin de activar las funciones normales transformadoras de la matriz familiar a través de una recuperación explícita de la historia transgeneracional.

5) La oportunidad de mantener el marco individual conjuntamente con la terapia familiar. En el contexto del nuevo marco de referencia en que venían leídos los problemas psicopatológicos de Francesco, el contexto individual asumía el papel de vértice privilegiado de observación de los acontecimientos precisos y contingentes de la terapia familiar. La terapia individual dejaba de tener la dimensión yatrogénica, convirtiéndose en el espacio de elaboración construcción personal de los temas emergentes en las sesiones familiares.

6) La transformación de los objetivos estratégicos de la terapia individual exigía la presencia del terapeuta individual como co-terapeuta de la terapia familiar. Las relaciones con el terapeuta individual asumían el papel de un espacio de elaboración colaborativa, situado en la frontera entre los campos mentales individual y familiar, garantizando un continuum experiencial y una diferenciación gradual de los dos mundos psicológicos.

El principio de la psicoterapia familiar se fue preparando gradualmente en el transcurso de dos meses, a fin de reducir el peligro de sentimientos de intrusión y de culpa. La evolución clínica de este programa llevó al planteamiento de la redefinición de los problemas psicopatológicos de Francesco. La implicación activa de la grupalidad familiar en el proceso terapéutico permitió poner de manifiesto que la psicopatología de Francesco era más bien un trastorno de tipo afectivo y cómo la sintomatología psicótica representase el fracaso de la construcción hipomaniaca del sí mismo frente a la angustia de pérdida. Desde los primeros encuentros, en efecto, de la terapia familiar se había puesto de manifiesto un tipo relacional de carácter hipomaniaco que determinaba gran parte de las transacciones familiares. La observación de las dinámicas presentes en el seno de la grupalidad familiar nos permitió observar algunos rasgos de la organización psicopatológica de Francesco de tipo trastorno de personalidad.

El hecho de que tales dinámicas no se hubiesen puesto de manifiesto en el marco individual abre una serie de preguntas relativas a los procesos y a los métodos utilizados en la formulación del diagnóstico psiquiátrico. Queremos señalar aquí que estando la mente individual en relación genético estructural con matrices grupales de pensamiento, no se debe considerar el contexto familiar solamente como “un lugar de curación”: sino que en algunos casos constituye el vértice privilegiado de observación para la comprensión no sólo de las características de la matriz familiar y de las dinámicas transaccionales, sino también de la organización psicopatológica individual. Nos parece ejemplar a este propósito el caso de

Francesco, cuya psicopatología se manifestó con mayor claridad en el ámbito grupal, permitiendo de este modo calibrar mejor el diagnóstico e incluso la terapia farmacológica.

CONSIDERACIONES FINALES

El ejemplo clínico de Francesco resume eficazmente lo que entendemos por “estructura diagnóstica orientada al paciente y al tratamiento”. En otras palabras, sostenemos que el campo de observación diagnóstica o “marco diagnóstico” pueda variar en los diversos casos según “el grado de inserción de la patología individual en una matriz familiar patológica”. El problema del diagnóstico, frecuentemente evitado en las elaboraciones teóricas en psicoterapia, nos remite a otro punto crucial: la eficacia terapéutica. A cada elaboración teórica le corresponde plantearse la cuestión central de la eficacia clínica, entendida como una reducción del sufrimiento emocional y un ampliación de las posibilidades humanas. La bondad de un modelo teórico depende de su eficacia operativa y no tanto de la hipercoherencia interna u omnicompreensiva, fáciles precursores de las barreras ideológicas que todavía separan las diversas escuelas. La construcción de un modelo teórico no saturado, permite, por tanto, la apertura hacia la confrontación y la integración de distintos enfoques terapéuticos no con una finalidad ecléctica confusa, sino orientada a una mayor comprensión de la patología y de una mejor intervención terapéutica.

En este artículo se desarrolla una modalidad de terapia grupo-analítica aplicada al ámbito familiar con especial referencia a la problemática adolescente. Para ello se elaboran los conceptos de matriz familiar antropológica y grupal y sus repercusiones en el proceso de constitución de la identidad personal y su posible fracaso psicopatológico. Se extraen indicaciones para el diagnóstico y la terapia. Se desarrolla su aplicación a través del análisis de un caso clínico.

Traducción y adaptación: Manuel Villegas Besora

Nota editorial

Este texto consiste en una elaboración de distintos trabajos de los Dres. Raffaele Menarini y Corrado Pontalti. El caso clínico que se recoge en él fue participado como terapeuta individual además por el Dr. Armando Cotugno, psiquiatra, miembro de la Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale.

LA RETROALIMENTACIÓN GRUPAL: FUNCIONES Y CORRUPCIONES.

Ana Gimeno-Bayón Cobos.

Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.

Feedback is one of the most decisive factors in producing therapeutic change. Nevertheless, it is not always offered in an appropriate way and it can even be harmful for the therapy's purposes. It is essential to distinguish which factors differentiate functional feedback from other, less functional forms; there are forms of feedback that, although perfectly valid for groups having a task of productivity beyond the group as objective, are simply not applicable for therapeutic groups that have as their goal the further development of intragroup bonds. Taking these premises into account, the article offers some criteria for evaluating feedback's functionality or dysfunctionality, and gives practical examples of the rules to be followed for profiting from the application of feedback within the clinical setting.

1. LA RETROALIMENTACIÓN GRUPAL.

Rosa con la cara ahora ya distendida y en la que aún son evidentes las señales del cansancio de quien ha pasado por una situación crítica y ha llegado a ese momento que llamamos “alivio”, mira a los otros componentes del grupo como si viniera de un lugar lejano y lentamente fuera reconociéndolos. Acaba de protagonizar un trabajo terapéutico en el seno del grupo, que tenía por finalidad tomar una decisión en relación con su pareja. Rosa ha podido, en el transcurso del mismo, elaborar una decisión nada fácil, matizada y cuidadosa. A lo largo del trabajo ha experimentado un fuerte movimiento emocional. Pide retroalimentación a sus compañeros, que han vivido con expectación el desarrollo de la secuencia.

Las primeras retroalimentaciones que recibe son de un cálido apoyo, apoyo que necesita para poder mantenerse en una decisión que le había supuesto previamente algunas semanas de profunda confusión respecto al tema. En ese momento entra en la sala Inés, que es también miembro del grupo y que se hallaba ausente. Se sienta y pregunta a David, que está a su lado, en qué momento de la dinámica grupal llega. David le hace un breve resumen. Inés, ahora, dirige algunas preguntas a Rosa, para aclarar puntos de ese resumen y a continuación le empieza a plantear

posibles explicaciones de su decisión para acabar comentándole que cree que esa decisión implica que todavía está ligada simbióticamente a su madre. Rosa se desconcierta y algunos de los compañeros se apuntan a elaborar otras teorías explicativas, que van elevando el grado de complicación por momentos. Rosa pone cara de no entender nada y la terapeuta le pregunta si desea detener la retroalimentación. Responde afirmativamente, diciendo que está confundida con todo lo que ha oído. Los integrantes del grupo tienen ahora una expresión desilusionada en el rostro. Ha acabado el tiempo y, una vez que los demás han salido, Rosa se acerca a preguntar a la terapeuta qué hacer con su confusión.

La situación descrita es un ejemplo de lo que puede ser una retroalimentación o *feed-back* con efectos negativos. En este caso concreto, a nuestro juicio, la retroalimentación que Rosa necesitaba debería estar enfocada hacia un respaldo de su decisión y del trabajo realizado, con el fin de estabilizar la claridad interna obtenida. Tras las intervenciones habidas y dado el frágil equilibrio en el que se encontraba, Rosa necesitaba ser retroalimentada —en términos de Eric Berne (Berne, 1966)— con *interposiciones*, es decir, informaciones en la línea de los primeros cálidos apoyos con el fin de consolidar la decisión tomada. No es ésta la única ocasión en que hemos podido contemplar cómo un buen trabajo quedaba frustrado por la inadecuación de las intervenciones de algunos miembros en el ámbito grupal.

Ciertamente compartimos la importancia de la retroalimentación en la psicoterapia grupal —entendida como información sobre el impacto producido por el comportamiento del otro— ya que, como señala Traube (1990):

“El hecho es que, en la terapia-en-grupo, el grupo no es sólo el lugar del tratamiento, sino que es también el instrumento; no es sólo el espacio-testimonio del cambio, sino también la matriz y el agente”.

A la vez que subrayamos las insustituibles ventajas de la interacción grupal en la psicoterapia, pensamos que no toda interacción es ventajosa. Nos proponemos en este artículo examinar algunos problemas relacionados con la retroalimentación que mutuamente se dan los integrantes del grupo, no sin antes dejar constancia de que estamos pensando al hacer esta reflexión en grupos de orientación integradora humanista (Rosal y Gimeno, 1989) en los que se practica tanto la terapia de grupo como la terapia en grupo. Son grupos con un liderazgo semidirectivo (democrático) con una red de comunicación de circuitos múltiples, que entendemos como la más adecuada para tratar problemas tan complejos y desiguales como los que allí aparecen, en coincidencia con la opinión de autores como Gilchrist, Shaw y Walker (1954). Por ello advertimos que algunos de los puntos pueden no ser aplicables a los grupos terapéuticos de otros modelos.

Empezaremos por señalar la importancia de la retroalimentación a la hora de operar como factor terapéutico, por cuanto la identidad se construye, reconstruye y enriquece en la confrontación con el otro, la definición de límites, la diferencia-

ción entre lo propio y lo ajeno. Y ello no es posible cuando la comunicación es inexistente por falta de circularidad; es decir, cuando el mensaje acerca de la propia realidad va a dar en la ambigüedad de un vacío neutro. La devolución especular de las imágenes que en los otros despiertan nuestros comportamientos es requisito indispensable para la consistencia del Yo.

Desde que Kurt Lewin advirtió, en relación con su propio grupo de investigación, acerca de la necesidad de retroalimentación, *“por primera vez en la historia de la humanidad, un grupo de hombres implicados en la realización de una misma tarea, orientaban la autoevaluación de su trabajo de grupo no hacia el contenido de sus discusiones y decisiones sino, según Lewin, hacia el proceso de sus intercambios”*. (Mailhot 1968)

Como consecuencia de la atención dedicada a este tema, Lewin formula tres hipótesis que consideramos básicas para la retroalimentación:

- *“La integración no podrá llevarse a cabo dentro del grupo, su creatividad no podrá ser duradera, mientras las relaciones interpersonales entre todos los miembros del grupo no se basen en comunicaciones abiertas, confiadas y adecuadas.*

- *La capacidad de comunicarse de forma adecuada con el otro, de llegar a él psicológicamente y entablar con él diálogo, no es un don innato, sino una aptitud adquirida mediante aprendizaje. Sólo quienes han aprendido a abrirse a otros y a objetivarse frente a ellos son capaces de intercambios auténticos entre ellos.*

- *Sólo aceptando poner en entredicho la propia manera habitual de comunicación, las actitudes profundas personales con respecto a los demás, puede el ser humano esperar descubrir las leyes fundamentales de la comunicación humana, sus requisitos y sus componentes esenciales, las condiciones de su validez y de su autenticidad”*. (Mailhot 1968, p. 63)

La utilización *ad experimentum* de la retroalimentación en otros grupos, a partir de 1946, confirmó a Lewin en la capacidad que ésta tenía para la movilización grupal, la toma de conciencia del propio comportamiento y la reconducción de las críticas interpersonales, que de todos modos se dan en todo grupo humano, en una forma abierta y sana.

Carl Rogers es otro de los autores que han confiado de una manera radical en el potencial terapéutico de la retroalimentación, tanto en la psicoterapia individual como en la grupal y que han marcado de una forma clara el estilo de retroalimentación grupal de la corriente humanista. El cambio terapéutico procede más de una devolución permanente del impacto del comportamiento del cliente en el interlocutor o en los compañeros que de las críticas, consejos, informaciones, orientaciones u otro tipo de intervenciones similares (Rogers, 1970) a través de la experiencia emocional correctiva que tal devolución le acarrea.

En la psicoterapia grupal podemos hablar unas veces de *terapia-de-grupo*, cuando se centra exclusivamente en el tratamiento de la interacción entre los

miembros del mismo, o de *terapia-en-grupo*, cuando los integrantes del mismo se van alternando en ocupar un lugar central y el foco de atención grupal es el problema que esta persona aporta. En este caso, y en torno a ese foco el grupo se estructura como caja de resonancia a través de la retroalimentación, desarrollando a veces papeles complementarios mediante la dramatización de roles auxiliares, dando un determinado soporte físico, etc. Tanto en una como en otra modalidad de intervención, la psicoterapia de grupo goza de la riqueza insustituible de la presencia de pares implicados y comprometidos en un proceso de cambio terapéutico. Precisamente, y como señala Yalom (1975) cuando afronta algunas ideas erróneas sobre esta modalidad terapéutica, la psicoterapia grupal tiene unas características propias que la convierten, no en una psicoterapia de segunda categoría para los que no pueden pagarse una psicoterapia individual, sino que su razón de ser consiste en la posibilidad de obtener a través de ella experiencias que no pueden encontrarse en otro lugar. La expresión franca de sentimientos y percepciones respecto a sí mismo, los otros compañeros y el terapeuta, será así el núcleo de la psicoterapia grupal.

Entre los factores curativos de la terapia de grupo que menciona el citado autor como específicos (infundir esperanza, universalidad, ofrecer información, altruismo, aprendizaje interpersonal etc.), ocupan un lugar destacado los que se vehiculan a través de la retroalimentación grupal, como por ejemplo:

- Poder decir lo que me molesta, en vez de guardar silencio. (Segundo lugar en importancia)
- Los otros miembros sinceramente me dicen lo que piensan de mí. (Tercer lugar)
- Saber cómo expresar mis sentimientos. (Cuarto lugar)
- El grupo me enseñó el tipo de impresión que causo en otros. (Quinto lugar)
- Expresar sentimientos negativos o positivos hacia otros miembros. (Sexto lugar)
- Saber cómo trato a otros. (Octavo lugar)

En definitiva, la retroalimentación ofrece la posibilidad de relacionar una determinada conducta con unas consecuencias interpersonales de la misma: bien en el plano de la creación, ruptura, mantenimiento y cambio de la vinculación emocional con los otros miembros, revelada de una manera explícita y sin ambigüedades, bien en el de la obtención de elementos de esa conducta que pueden pasar desapercibidos, elementos que permiten corregir la propia imagen en una dirección más objetiva mediante la utilización del reflejo especular que los otros componentes del grupo ofrecen.

Bien es verdad que este reflejo puede estar distorsionado por la confusión de que *el espejo* pueda estar afectado. En este sentido hay que tener en cuenta la distinción que hace O'Donnell entre los tres niveles de interacción grupal:

a) Un nivel **intrapersonal**, en el cual el agente externo opera en la persona a modo de detonador que suscita unas imágenes internas que luego volcará sobre

dicho agente. El otro se convierte, así, en un continente en quien proyectar el objeto interno.

b) Un nivel **interpersonal**, que se da cuando, aun incluyendo el objeto interno, la relación se establece entre las personas realmente presentes (posibilidad que se niega o minusvalora desde el psicoanálisis ortodoxo)

c) Un nivel **transpersonal**, consistente en la interacción entre el sistema cultural y los miembros que forman el grupo, tanto por lo que hace a la dimensión social de la misma como a la cultura grupal.

La retroalimentación grupal pertenece al segundo nivel, pero sólo será eficaz si logra deslindar lo externo de lo proyectado.

“La identidad se estructura sobre la posibilidad del individuo de reflejarse en el otro, de que éste sea capaz de devolverle su imagen interpersonalmente, y no intrapersonalmente. La enfermedad surge, la identidad se agrieta, cuando el propio Self queda aprisionado en los grupos internos de las personas fundantes (madre, padre)”. (O’Donnell, 1975)

Una retroalimentación proyectiva de objetos internos ejercida sobre una persona con gran voracidad introyectiva puede, por lo tanto, y si no es confrontada adecuadamente, contribuir a la difusión de la identidad del receptor de la retroalimentación y a perpetuar la alienación del emisor.

Por el contrario, y dado que lo nuclear de la identidad se ha ido formando a partir de los primeros reflejos procedentes de figuras arcaicas (en general las figuras parentales que en virtud de su poder se permitían una libre —y a veces arbitraria— retroalimentación al niño, cosa que luego no ocurrirá en la mayoría de los otros ámbitos sociales) la actualización de su autoimagen, en base a su comportamiento presente, le permitirá descubrir nuevas facetas hasta ahora ignoradas.

Podemos fácilmente recordar la cara de asombro de algunos de los integrantes de nuestros grupos ante una información de sus compañeros que no “casa” con la definición que ellos poseían de sí mismos procedente de experiencias infantiles. En más de una ocasión nos hemos encontrado con personas que arrastraban una imagen de torpeza intelectual, en claro contraste con la realidad actual, gestada aquélla en torno a dislexias que en su momento pasaron desapercibidas; o personas que se perciben desde la debilidad e impotencia, a las que los miembros del grupo reflejan su fuerza o sus recursos... y también la cara de asombro de los compañeros cuando perciben la disonancia entre la realidad que ellos contemplan y la percepción interna de la persona acerca de sí misma (perplejidad que, naturalmente, podrá ser explotada convenientemente cuando les llegue su turno).

2. LA EVALUACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN: INSUFICIENCIA DE LAS CATEGORÍAS TRADICIONALES

Habida cuenta del relevante papel que ocupa la retroalimentación en los grupos, nos parece indispensable establecer algún tipo de criterio para poder

analizar cuándo es positiva, en tanto que oferta de contacto con la realidad y apoyo en el propio crecimiento, o cuando, por el contrario, es una oferta egodistónica para el que la da o el que la recibe.

A la hora de efectuar esa discriminación, habitualmente se citan en la literatura grupal métodos para el análisis sistemático y evaluación de interacción grupal, tales como el *Interaction Process Analysis* (IPA) que recoge las categorías del proceso de interacción propuestas por Bales (1951) (ver Cuadro 1) y las de dos colaboradores de Lewin, Benne y Sheats (1948) (ver Cuadro 2), acerca de roles funcionales y disfuncionales en los grupos.

Sin embargo, a la hora de aplicar esos modelos a la dinámica de la retroalimentación grupal en psicoterapia nos vamos a encontrar con bastantes dificultades, cuando no contradicciones, si pretendemos usarlos como punto de referencia. Y ello por varias razones:

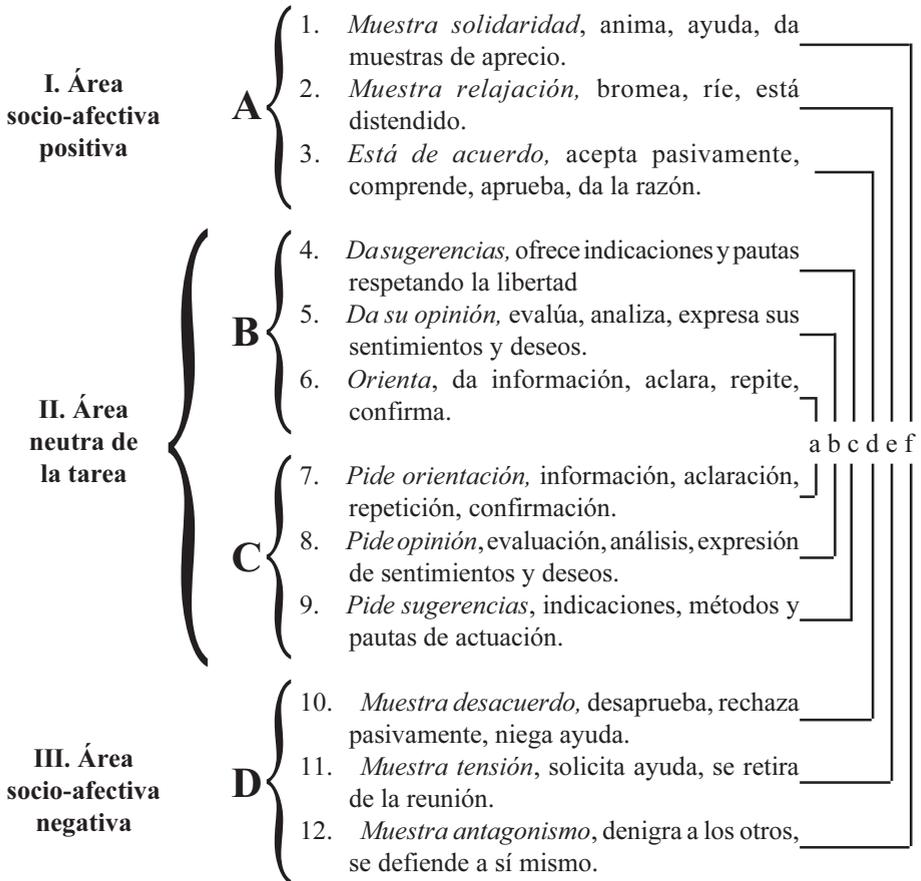
En primer lugar, tanto un modelo como otro integran componentes evaluativos a partir del tipo de interacción, independientemente del contexto en que dicha interacción se produzca.

Fijémonos por un momento en las categorías del IPA: Bales señala un *área emocional-positiva* (categorías 1 a 3), un *área de tareas neutral* (categorías 4 a 9) y un *área socio-emocional negativa* (categorías 10 a 12). Bien entendemos que el ayudar (categoría 1), contar chistes (categoría 2), o expresar acuerdo (categoría 3) se pueden considerar como expresiones positivas, mientras que discrepar (categoría 10), alejarse (categoría 11) o mostrar antagonismo (categoría 12) se pueden considerar expresiones negativas en términos descriptivos de valencias lewinianas, como señalamientos de atracción o rechazo emocional. En cambio, si consideramos que esas categorías están “*agrupadas en núcleos según si es positiva, neutra o negativa el área socio-emocional, y ordenadas, además, de tal manera que se presentan en sentido decreciente de ‘bondad’...*” (Anguera 1978, p. 116) y que por lo tanto no sólo son descriptivas, sino también evaluativas de la bondad o maldad de la intervención en relación con el proceso, el individuo o el grupo, nuestra posición es discrepante.

En términos psicoterapéuticos, sería absurdo pretender que el comportamiento de una persona que ayuda a quien no lo necesita, cuenta chistes cada vez que va a aparecer un conflicto latente, o asiente externamente cuando interiormente discrepa, ha de ser evaluado como “bueno”, mientras que el manifestar desacuerdo cuando lo hay, alejarse en una situación de confluencia patológica o hacer explícita una hostilidad latente han de ser evaluados como “malos”. Se correría entonces el peligro de confundir lo bueno con lo agradable y lo malo con lo desagradable, lo cual no sería tan extraño en una cultura en la que “*nos hemos tornado fóbicos hacia el dolor y el sufrimiento*” (Perls, 1973) y que mantiene en alto la creencia de que “*la vida debería estar libre de dolor y no requerir ningún esfuerzo*”, creencia que, por cierto, es una de las características que configuran la personalidad adictiva según

Cuadro 1

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN, SEGÚN BALES (1951)



A = Reacciones positivas
 B = Respuestas
 C = Preguntas
 D = Reacciones negativas

a = problemas de comunicación
 b = problemas de evaluación
 c = problemas de control
 d = problemas de decisión
 e = problemas de tensión
 f = problemas de integración

autores como Washton y Boundy (1989).

La confusión viene también de que en buena parte de la literatura sobre dinámica grupal se aplican esas categorías a todo tipo de grupos reducidos, indistintamente, incluidos los grupos de psicoterapia. Sin embargo conviene no

olvidar que estas categorías están concebidas para grupos *orientados a la tarea* que tienen como objetivo una tarea concreta y externa a los propios integrantes del grupo. En cambio, en la psicoterapia de grupo el objetivo es el cambio de la pauta vincular. En este sentido asumimos las afirmaciones de Caparrós (1993, p. 31 s.) cuando señala que:

“... el grupo es un lugar de privilegio para tratar lo interpersonal, las relaciones simétricas y asimétricas, la exclusión, la competencia, la actitud, el proyecto de acción, el aquí y ahora, todo ello puede afirmarse tras la práctica grupal. Todo ello tiene un denominador común cuya captación es inmediata; nos estamos refiriendo al vínculo.

Que el vínculo es el objeto de la psicoterapia grupal viene dado porque el grupo es el lugar preferente de su manifestación... El vínculo actual creado en el grupo terapéutico permite desde el aquí y ahora hacer prospecciones sobre el para qué de la conducta y a partir de ahí sobre el por qué de la misma. Una psicoterapia del vínculo permite tener como objeto de trabajo a la relación y no a los integrantes aislados de ésta”.

Sucede entonces que en el campo de la psicoterapia grupal el área de la tarea puede confundirse en muchos momentos con la socio-afectiva -usando la terminología de Bales- porque en buena parte la tarea consiste en la clarificación, modificación y expresión de la afectividad.

Por otro lado, no hay que olvidar que las categorías de Bales están pensadas para grupos informales, sin ningún tipo de liderazgo institucional ni redes de comunicación impuestas. En cambio, la psicoterapia grupal se desarrolla en un marco en el que hay un líder formal (y que en un momento dado puede sugerir consignas concretas en cuanto a redes o canales de comunicación: no verbal, uso de pronombres en primera y segunda persona, completar frases, disposición espacial del grupo, subdivisiones del mismo, etc.).

También podemos admitir con facilidad la crítica que Maisonneuve dirige al trabajo de Bales, cuando apunta que aún dentro de su propio campo —a diferencia de la opinión de Anguera (1978, p. 64)— no es exhaustivo, puesto que

“... al dedicarse sólo a las interacciones explícitas e individualizadas, descuida ciertas formas latentes y colectivas de procesos de grupo, sobre todo en el área emocional”.

y al de Benne y Sheats, porque

“... una teoría exhaustiva de los procesos de grupo debe tener en cuenta asimismo los fenómenos afectivos de naturaleza colectiva. A estos fenómenos los trabajos precedentes, preocupados ante todo por el funcionamiento operativo de los grupos, les prestan muy poca atención, y por lo demás están muy mal equipados, en el plano conceptual, para abordarlos”. (Maisonneuve, 1968).

Nosotros añadimos aún otro motivo en la misma línea de insuficiencia de estas categorías, puesto que las mismas se centran básicamente en el comportamiento

verbal del grupo. Y si consideramos, con los teóricos de la comunicación, que la no verbal es la más adecuada para la transmisión de los contenidos emocionales y la que, en definitiva, crea, consolida, modifica o rompe los vínculos, naturalmente habrá que darle un lugar privilegiado a la hora de la evaluación de la retroalimentación que los componentes de un grupo se dan entre sí. No podemos dejar de citar el impacto que, en su momento, causaron las investigaciones de Mehrabian (1968), cuando concluyó que el 55% de la realidad comunicacional se relaciona con las expresiones faciales; un 38% con las cualidades de la voz y un 7% con el contenido verbal.

Tendríamos que objetar todavía que no parece haberse tenido en cuenta la importancia de la metacomunicación, que suele ocupar un espacio importante en los grupos psicoterapéuticos.

Tampoco, y por esas mismas razones, pueden aplicarse al grupo terapéutico las evaluaciones en torno a los roles elaboradas por Benne y Sheats.

Cuadro 2

FUNCIONES Y ROLES EN UN GRUPO, SEGÚN K. BENNE Y P. SHEATS (1948)

ROLES FUNCIONALES

1. Relacionados con la tarea grupal: roles de progresión

- a) *Iniciador*: Sugiere o propone al grupo nuevas ideas en relación con el objetivo, con el problema, con el procedimiento o respecto a los obstáculos por vencer o aporta formas distintas de ver el objetivo o el problema grupal.
- b) *Solicitante de información*: Busca información pertinente, pregunta para aclarar las sugerencias hechas.
- c) *Rastreador de opiniones*: Pregunta para aclarar los valores subyacentes a los objetivos y metas grupales y a las sugerencias hechas.
- d) *Informador*: Aporta información pertinente en relación con los temas que ocupan y preocupan al grupo, según su propia competencia o experiencia personal.
- e) *Opinante*: Expresa sus opiniones personales sobre sugerencias alternativas y a los valores involucrados en ellas.
- f) *Elaborador*: Reformula y fundamenta las sugerencias, opiniones e información manejada, por el grupo, mejorando su formulación.

- g) *Coordinador emergente*: Muestra las relaciones existentes entre las diferentes ideas y sugerencias e intenta coordinar las ideas, propuestas y actividades grupales.
- h) *Orientador*: Orienta al grupo o le hace tomar conciencia de su orientación planteando preguntas acerca de lo que hace, definiendo y redefiniendo la posición del grupo respecto a los objetivos, analizando lo ocurrido.
- i) *Crítico-evaluador*: Analiza y evalúa los logros del grupo en función de algunas normas y hace un examen crítico sobre la eficacia de los procedimientos.
- j) *Dinamizador*: Incita al grupo a la acción y a la toma de decisiones y procura incrementar la cantidad y calidad de la actividad grupal.
- k) *Técnico de procedimientos*: Facilita el movimiento grupal ejecutando tareas rutinarias (disposición y distribución de material y organización espacial, inscripción, etc.)
- l) *Secretario*: Registra y anota los contenidos discutidos por el grupo para asegurar la memoria colectiva del mismo.

2. Relacionados con la formación y el mantenimiento del grupo: roles de cohesión.

- a) *Animador*: Se ocupa de mantener la solidaridad del grupo alentando a los otros, aprobándoles, manifestando cordialidad, y en muchas ocasiones demostrando que les comprende y acepta sus puntos de vista.
- b) *Conciliador*: Intenta establecer armonía entre los miembros del grupo, reduciendo divergencias, limando asperezas, mitigando tensiones, o haciendo de intermediario para intentar la reconciliación.
- c) *Negociador*: Favorece los compromisos, busca un terreno de entendimiento cuando hay conflictos en el que se discuten sus ideas o posición, cede parte de su posición para llegar a acuerdos, admite sus errores, da el primer paso para restablecer la cohesión.
- d) *Guardagujas*: Actúa de regulador de la conversación, estimulando y facilitando la participación de todos, proponiendo una regulación de los canales comunicativos, o actuando como moderador del tiempo de intervención.

- e) *Legislador*: Indica normas e intenta aplicarlas al funcionamiento o la evaluación de la calidad de la interacción grupal.
- f) *Observador-comentarista*: Registra los diversos fenómenos del proceso grupal y realimenta al grupo con sus observaciones.
- g) *Seguidor*: Acepta voluntaria o pasivamente las ideas y decisiones del grupo.

ROLES DISFUNCIONALES

3. Relacionados con las necesidades individuales: roles parásitos.

- a) *Agresor*: Desprecia a los otros, desaprueba su valía, sus actos o sus sentimientos, ataca al grupo o lo que hace, tiene celos de las propuestas de otros y trata de atribuírselas.
- b) *Bloqueador*: Expresa desacuerdo por sistema, vuelve a problemas pasados ya resueltos o decisiones ya adoptadas, se muestra resistente.
- c) *Interesante*: Trata de atraer la atención sobre él vanagloriándose, actuando de manera forzada y buscando reconocimiento narcisista.
- d) *Confesante*: Aprovecha la audiencia grupal para la expresión de sentimientos e ideologías personales, sin vinculación con la tarea del grupo.
- e) *Pasota*: Hace ostentación de su falta de vinculación con el proceso grupal mediante bromear sin parar, exhibición de cinismo o indolencia, subestimando a los otros o mediante comportamientos fuera de contexto.
- f) *Dominador*: Intenta imponer su autoridad manipulando al grupo o a alguno de sus miembros mediante la adulación, intentando destacar, atrayendo la atención mediante órdenes autoritarias o interrumpiendo a los otros.
- g) *Demandante*: Procura obtener ayuda y simpatía del grupo expresando su inseguridad, confusión, o minusvaloración.
- h) *Interesado*: Se dedica a defender sus intereses particulares envolviéndolos en supuestas necesidades grupales o haciendo de paladín de grupos de referencia alternativos (haciendo de abogado defensor de una clase social, por ejemplo) extraños a la tarea grupal, haciéndolo, en general, desde sus prejuicios.

Fijémonos ahora en el trabajo de estos autores en torno a los roles en los grupos. Cuando estos autores denominan como *roles funcionales* a los de *locomoción y mantenimiento* (por cuanto permiten el logro de objetivos y el crecimiento grupal) y de *disfuncionales* a los llamados *roles personales o individuales* por estar orientados hacia la satisfacción de las necesidades individuales sin tener en cuenta o incluso en contra de las necesidades del grupo, nos encontramos con una dificultad de base: la asimetría de la concepción subyacente en base a una oposición polar *necesidades individuales/necesidades grupales* en las que ambos extremos se enfrentan y hay que optar exclusivamente por la satisfacción de uno de los dos miembros de la polaridad. Y en este conflicto, los autores optan claramente por evaluar como positiva la subordinación de las necesidades individuales a las del grupo, y como negativa la contraria, es decir: la persona es para el grupo, y no el grupo para la persona, concepción que nos remite sin remedio -aparte de la concepción masiva de grupo que implica y que critican autores como Yalom (1975) y O'Donnell (1975)- a connotaciones totalitarias de lo institucional. A nuestro juicio, nos parece más equilibrada la visión de Perls (1973), cuando señala que, ante los conflictos grupo/individuo, una comunidad bien regulada lucharía por preservar a cualquiera de sus miembros que se viera amenazado, y a su vez, los miembros de la misma lucharían por la comunidad en caso de amenaza. Si el individuo transgrede continuamente este equilibrio, "*lo denominamos criminal*", dice Perls. En cambio, la persona que, en su intento de solventar ese conflicto, se sobrecarga de las exigencias sociales mediante la omisión de sus propias necesidades, "*lo denominamos neurótico*". Si tomáramos al pie de la letra las categorías de Benne y Sheats y aceptáramos ese criterio evaluativo, probablemente estaríamos apuntándonos a una cultura grupal favorecedora de la neurosis, en la que fácilmente se confundirían la expresión de la rabia con el desamor, se incitaría a la confluencia por confusión de identidades permanente y se reprimiría el desacuerdo para que los conflictos permanecieran en estado latente. Y otra cosa es que, desgraciadamente, en determinados enfoques que se dicen de orientación humanista se haya resuelto ese conflicto desequilibrándolo hacia la prepotencia de las necesidades individuales y estimulando, por tanto, comportamientos antisociales.

Nosotros hubiéramos preferido que, puestos a hablar de roles disfuncionales, se hubiera hablado, más que de que *estuvieran orientados a la satisfacción de las necesidades individuales*, se hablase de la disfuncionalidad en relación con la satisfacción de *necesidades individuales neuróticas o antisociales*, y que se tuviera en cuenta que la dinámica grupal también puede estar apuntando a un proceso totalitario en el que repetitivamente se pretenda anular al individuo al servicio de una perniciosa confluencia. Y a la vez, dejamos la pregunta que hace Maisonneuve (1968):

“¿el “nosotros” es incompatible con el amor hacia sí mismo, ese narcisismo al cual Freud consideraba que el hombre jamás podría renunciar?”

A las que añadimos: ¿no obedecerá esta construcción en que se presentan como dicotómicos los intereses del individuo y los del grupo a una concepción típica de una cultura competitiva o excesivamente influida por la línea más pesimista de la antropología freudiana que niega la posibilidad de la tendencia cooperativa como genuina del ser humano? ¿No estará pesando demasiado la teoría darwiniana, aplicada a la dinámica grupal, de la supervivencia mediante la lucha, a despecho de aportaciones más recientes de especialistas en ecología humana como Theodorson (1974), que la ponen en cuestión y que precisamente señalan que lo típico de la especie humana es no obedecer a esa ley del evolucionismo?

Si observamos en concreto la clasificación a la que nos estamos refiriendo, podríamos decir que todos los roles a los que se refieren, tanto los funcionales como los disfuncionales, pueden estar al servicio de las necesidades neuróticas o antisociales del individuo a costa de la dinámica grupal, como pueden estar al servicio de las necesidades neuróticas o antisociales de la dinámica grupal a costa del individuo. A título de ejemplo, refiriéndolos a los roles denominados **funcionales**:

Los **roles de locomoción**, pueden, en la práctica, ser **disfuncionales**, confirmando y solidificando un estilo de personalidad no funcional, al servicio de las propias necesidades individuales disfuncionales, como por ejemplo:

- El rol de *iniciador* o el de *dador de opiniones*, pueden concretarse en lanzar ideas u opiniones al servicio de necesidades histriónicas del individuo para llamar la atención del grupo.

- El rol de *inquiridor de opiniones*, puede ponerse al servicio de una personalidad dependiente que evita pensar por su cuenta y desea ser guiada por los otros, o al servicio de una personalidad compulsiva que desea controlar los valores ajenos.

- El rol de *informante*, puede obedecer a una personalidad narcisista que demuestra lo maravillosa que es aportando datos que los otros desconocen.

- Los roles de *elaborador*, de *clarificador*, o de *orientador* pueden estar ejercidos desde una posición perfeccionista compulsiva que desconfía de que los otros miembros del grupo comprendan sin su ayuda la dinámica que está teniendo lugar, y que puede encubrir una rivalidad narcisista con el psicoterapeuta.

- El rol de *evaluador crítico* puede responder a una rigidez compulsiva pendiente de disecar la dinámica grupal reduciéndola a un esquema de sumisión normativa.

- El rol de *dinamizador* puede estar a cargo de una personalidad límite o histriónica que ejercita su labilidad o su falta de estabilidad en la continua provocación de cambios en el proceso.

- Un rol parecido al de *secretario*, hemos podido observarlo en algunos miembros que, al acabar el grupo, y por propia iniciativa, anotan escrupulosamente todos los detalles desde una avidez compulsiva de tener y retener bajo control todos los hallazgos de la sesión mientras otros pueden usarlo desde la dependencia para ganarse al psicoterapeuta.

- El equivalente al rol de *técnico de procedimientos* puede estarlo ejercitando repetitivamente alguien con una personalidad dependiente que desea complacer a los demás para no ser agredido.

Del mismo modo, los **roles de mantenimiento**, se pueden ejercitar como **roles disfuncionales**, ampliando y arraigando aspectos individuales insanos, como podría ocurrir en los siguientes casos:

- El rol de *estimulador* puede correr a cargo de la misma persona dependiente y disponible incondicionalmente que se cree en el deber de hacerse cargo del bienestar grupal.

- El rol de *conciliador* puede ser ejercitado por individuos dependientes que sientan auténtico pánico ante la puesta de relieve de un conflicto que corre peligro de aparecer a la luz, o por una persona con fuertes características de personalidad compulsiva y que sospeche que cualquier confrontación puede llevar al descontrol, o por personas evitativas que utilizan la deflexión para escapar de la intimidad o los problemas y aspiran a que el grupo sea una balsa de aceite en la que nada se mueva.

- El rol de *transigente* con frecuencia es ocupado por “hermanos mayores y buenos que ceden ante el hermanito” y que tienen una buena dosis de introyecciones anclando su personalidad dependiente o compulsiva.

- No es extraño que el *rol de regulador* sea ejercido por este tipo de sujetos protectores, preocupados porque nadie quede excluido -algo así como la caricatura de un “asistente social grupal” o también por “supermamas” o individuos hipercontroladores en rivalidad con el psicoterapeuta.

- El rol de *seguidor* puede asumirse desde una personalidad evitativa que no desea correr riesgos y sigue el movimiento grupal para no comprometerse individualmente o desde personalidades dependientes, que minusvaloran sus iniciativas, o pasivoagresivas que acaso se retiren silenciosamente del grupo porque “no les aporta lo que necesitan”.

- El rol de *legislador* grupal puede desarrollarse por individuos controladores desde la personalidad obsesiva y en rivalidad con el psicoterapeuta.

- El rol de *observador* silencioso puede ser tomado por el sujeto esquizoide que elude el compromiso o por el evitador que -como expresaba un compañero- va al grupo con la misma actitud que va a la playa a ponerse moreno, confiando en que los rayos grupales (no se sabe por qué mecanismo mágico) le harán sentirse mejor.

Si bien todos estos roles pueden estar al servicio de la dinámica grupal, dado que en el grupo de psicoterapia la tarea se identifica con el cambio de lo disfuncional en los miembros que lo componen, los roles aparentemente funcionales, conforme a las categorías de Benne y Sheats, pueden estar al servicio del no-cambio de las pautas relacionales y por lo tanto obstaculizar la consecución del objetivo por parte del grupo. Justamente el logro de la psicoterapia grupal será que sus miembros, más que evitar las tensiones entre sus componentes, sepan atravesarlas de una manera sana.

Tanto las categorías de Bales como los roles de Benne y Sheats se nos quedan, pues, demasiado cortas e inexactas a la hora de aplicarlas a la psicoterapia grupal. En sentido parecido se ha expresado también Romero (1992) -citando a Arsenian, Senrad y Saphiro- al señalar que incluso los roles disfuncionales pueden cumplir ciertas funciones grupales.

3. LA ESPECIFICIDAD DEL OBJETIVO TERAPEÚTICO COMO CRITERIO EVALUATIVO.

¿Qué criterios utilizar, entonces, para evaluar la funcionalidad o disfuncionalidad de la retroalimentación? Nosotros proponemos que se califique de funcional cuando contribuye a que el grupo cabalgue hacia su objetivo, y disfuncional en el caso contrario. Pero observemos más detalladamente qué significa “avanzar” o “lograr” el objetivo en psicoterapia grupal.

Para comprender los procesos de los grupos pequeños en relación con la tarea, Anzieu y Martin (1968), proponen un esquema en el que entienden la energía de un grupo como *energía constitutiva* (E) -que equivaldría a una energía potencial del mismo- distinta de la *energía efectivamente utilizable* (e), puesto que hay una parte de aquella que permanece como *energía latente* (η). Formulan los autores que:

$$E = e + \eta$$

Desarrollando ésta fórmula, consideran que la eficacia óptima de un grupo dependerá de la disminución de la energía latente en beneficio de la energía utilizable, mediante la creación de situaciones favorables para que tenga lugar esa liberación.

Si aplicamos este esquema a los grupos terapéuticos, veremos que una de las funciones del coordinador o psicoterapeuta grupal (al igual que ocurre con la actitud de los supervisores citados por Anzieu y Martin a propósito de las investigaciones en el Survey Research Center for Group Dynamics) será la de facilitar que se den aquellas situaciones liberadoras.

Pondremos un ejemplo:

Nos encontramos al inicio de un encuentro intensivo (o maratón, según una denominación frecuente) y el psicoterapeuta ha dado la consigna de que cada uno de los participantes (no se conocen entre ellos) se presente a los demás en la forma que lo desee. Tras los primeros segundos de silencio, las caras y las posturas corporales de los participantes se van tornando angustiadas y rígidas. El silencio se va haciendo más espeso y la tensión sube al máximo. El terapeuta pregunta, con cara de inocente: “¿alguien me puede explicar qué es lo que le está ocurriendo?”. Uno de los participantes le mira directamente y con cara de susto le explica que no sabe qué hacer ni cómo presentarse y que se está poniendo más y más nervioso. Tras su exposición, el gesto se reblandece y el rostro recupera su expresión habitual. El terapeuta le da una respuesta de escucha empática, y a continuación prácticamente todos los participantes se apresuran a quitarse la palabra y narrar experiencias

internas parecidas. El grupo ha tomado vida y fácilmente van iniciándose las presentaciones en forma fluida e informal, a partir de la narración del ambiente interno que esa vivencia aparentemente simple les ha provocado. Desde ese momento el grupo inicia su dinámica sin problemas.

Vemos en este caso que una simple pregunta, ante la intensa ansiedad grupal, sirve para reducir ésta y convertir parte de la energía latente en energía utilizable. Hemos podido observar también un grupo en el que un psicoterapeuta en prácticas iniciaba un grupo en situación similar (eso sí, de una hora de duración) y decidió esperar, ante el silencio del grupo, a que la energía oculta se mostrara por sí misma. La respuesta fue la de un ascenso progresivo de la tensión, y un silencio cada vez más cargado hasta el momento de acabar el grupo, en el que no se había pronunciado una sola palabra tras la consigna del psicoterapeuta. Sólo al dar por finalizado el tiempo del grupo estallaron los participantes en explosiones de ira y crítica hacia el terapeuta, al que no dirigieron la palabra. La energía latente había permanecido como tal durante toda la duración grupo, al no haber accedido el terapeuta a graduar la dificultad del experimento —en el sentido que señala Zinker (1977)— hasta el nivel que el grupo puede asumir en un momento dado.

En relación con este mismo punto hemos podido comprobar lo adecuado que puede resultar en la práctica grupal la utilización del concepto analítico transaccional de los llamados “cupones”. Consisten éstos (Berne, 1972) en sentimientos “coleccionados” o acumulados como resultado de los *juegos psicológicos* (procesos interaccionales repetitivos y estereotipados confirmatorios de los propios constructos destructivos) y que permanecen latentes hasta el momento en que se actúan de forma desorbitada y fuera de contexto, por la presión que han estado ejerciendo hasta entonces en el interior de la persona. En nuestra práctica hemos comprobado reiteradamente cómo una de las intervenciones facilitadoras de la liberación de energía latente es la de usar como fórmula ritual la de proponer a los participantes, al inicio de la sesión grupal, que “expresen los cupones pendientes” respecto a los miembros del grupo. Esta fórmula nos ha permitido en muchas ocasiones dar un cauce para la expresión de sentimientos implícitos -tanto positivos como negativos- respecto a otros participantes que, si permanecen en la oscuridad, debilitan y ocultan los procesos vinculares.

Ahora bien: no nos olvidemos que podríamos decir que estas expresiones, cuando contienen matices de hostilidad o emociones desagradables serían calificadas seguramente, si nos atenemos a los criterios de Bales, o de Benne y Sheats, como negativas y entorpecedoras de los objetivos grupales.

Anzieu y Martín proponen, por su parte, subdividir la energía utilizable (e) en dos tipos de energía:

- la que se relaciona con la tensión positiva (e_p), de progresión del grupo hacia sus objetivos;
- la que se relaciona con la tensión negativa (e_m) destinada a mejorar las

relaciones de los miembros y los mecanismos de funcionamiento grupales, necesarios para el *mantenimiento* y *supervivencia* del grupo como tal.

La formulación de la energía utilizable en el grupo es ahora:

$$e = e_p + e_m$$

El primer tipo de energía se expresa mediante *actividades instrumentales* que dan por resultado una producción medible. El segundo tipo de energía, procedente de estados emocionales o motivacionales, se expresa mediante *actividades consumatorias*, y da lugar al mantenimiento de la cohesión grupal.

Aplicando la fórmula que antecede, concluyen los autores que

“...una vez definida la cantidad de energía utilizable, cuanto más energía gasta un grupo para mantener a cualquier precio su cohesión (utilizando diferentes medios que son otros tantos mecanismos de defensa), menos le queda para progresar hacia sus objetivos y más reducida será su producción. La dificultad reside en encontrar una distribución conveniente entre las actividades instrumentales y las actividades consumatorias; gracias a la eficacia de sus mecanismos autorreguladores, el grupo podrá mantener un equilibrio satisfactorio entre las necesidades y las obligaciones contradictorias”. (Anzieu y Martin 1968, p. 15)

Sin embargo, a nosotros nos resulta difícil aceptar esta afirmación referida a los grupos de psicoterapia, y ello por varias razones: una de ellas es la concepción peyorativa de los *mecanismos de defensa*, que en sí mismos tienen una funcionalidad positiva, de autoconservación, y no de destrucción (y otra cosa es si en un momento dado son o no funcionales en el contexto en que se dan o si “se han quedado anticuados” por innecesarios); otra es porque no pensamos que la supervivencia de la cohesión grupal se efectúe únicamente mediante el empleo de mecanismos de defensa, al menos en el sentido habitual del término (Dorsch, 1976) y cuestión en la que aquí no vamos a detenernos pues exigiría una atención que nos desviaría del tema objeto de este artículo.

Pero hay aún otra razón y es que entendemos que *el objetivo del grupo terapéutico es la producción de vínculos sanos, y por lo tanto la cohesión grupal se convierte en la tarea a producir por el grupo*, de modo que el cambio, locomoción o progresión de cada individuo en cuanto tal y del grupo como conjunto desde unas pautas relacionales insanas (competitivas, superficiales, simbióticas, etc.) hacia otras más saludables (cooperativas, auténticas, interdependientes, etc.) hace coincidentes, y no contradictorias, las actividades instrumentales con las consumatorias. Por ello no es pertinente la identificación que los autores hacen entre el aumento de actividades consumatorias y la disminución de la productividad del grupo.

Intervenciones como las antes descritas, a propósito de la expresión de sentimientos implícitos, cuando son auténticas, sirven tanto para la resolución del sistema de tensión positiva mediante *locomoción* o *progresión* del grupo hacia sus objetivos (hacia la autenticidad desde la hipocresía o la superficialidad; hacia la autoafirmación desde el temor o la dependencia; hacia la confianza y la interacción

desde el esquizoidismo y pasividad...) como para la resolución del sistema de tensión negativa o *mantenimiento* del grupo mediante el logro de una mayor cohesión grupal nacida de la franqueza y el respeto mutuo.

Algunas intervenciones, pues, tienen una doble función: son tanto actividades *instrumentales*, por cuanto tienden a lograr el resultado de una mejor vinculación (entendiendo por mejor no necesariamente “más tranquila” o “más dulzona”), como actividades *consumatorias*, por cuanto no tienen otra finalidad que comunicar estados emocionales y se agotan -en cuanto actividad- en el hecho mismo de la expresión y se dirigen al logro de una cohesión en un nivel relacional profundo.

La productividad de un grupo terapéutico viene referida, ante todo, a la producción del cambio vincular. Y esto tanto para la psicoterapia *de* grupo, como para la psicoterapia *en* grupo. En ésta última justamente la relación entre el protagonista —el hecho mismo de ser centro de atención de otros pares es ya un fenómeno vincular— y el grupo, que le deja ese espacio y se ofrece como auxiliar, caja de resonancia y soporte, marca lo específico de esta modalidad terapéutica respecto a la psicoterapia individual. Sin embargo, la mayor parte de tratadistas de las dinámicas en grupos reducidos, parecen entender la productividad exclusivamente en términos de objetivos externos al propio grupo. Acaso no sea ajeno a este tema el considerar el peso que pueda tener sobre una buena parte de nuestra cultura una concepción “masculina” de la comunicación y de la productividad. Y cuando empleamos la palabra “masculina” nos estamos refiriendo al perfil diferencial de la comunicación en ambos sexos que viene siendo objeto de estudio en los últimos años (Sternberg, 1988; Beck, 1988; Tannen 1990) y que apunta a una preferencia de los varones a utilizar la comunicación prioritariamente como vehículo de informativo y encaminado a la solución de problemas, mientras que en las mujeres aparece una preferencia por la utilización de la comunicación como destinada prioritariamente a crear y mantener vínculos. La intencionalidad en un caso suele estar centrada en conseguir un aumento de información cognitiva en el receptor. En el otro, la intención es lograr un mayor acercamiento afectivo. Mas aún: convendría revisar, a la vista de observaciones como las de la lingüista Tannen (1990) acerca del rendimiento laboral en mujeres que parece estar de alguna forma relacionado con un uso del tiempo laboral en una gran parte para comunicaciones de mantenimiento, y que este tipo de interacción las vuelve muy productivas. Se puede pensar hasta qué punto, en algunos casos, los roles de mantenimiento no lo son también de locomoción hacia regiones psicológicamente más efectivas y favorecedoras de la productividad activista. No sería nada sorprendente, tras las investigaciones iniciadas por Zeleny (1939) en las que se establece una correlación positiva entre la cohesión y el rendimiento grupal.

En todo caso habría que plantear si determinadas actividades consumatorias tienen una efectividad significativa a la hora de liberar una parte de la energía grupal latente (η) y por lo tanto aumentan globalmente la energía disponible (e) sin

necesidad de disminuir la energía de producción, poniendo en relación todos los elementos de la fórmula que los autores nos han presentado sólo fragmentada:

$$E = e_p + e_m + \eta$$

Atendidas las consideraciones anteriores no es extraño, entonces, que Anzieu y Martin al clasificar los grupos en *activistas* (orientados a la producción), y *mundanos* o de *conmemoración* (orientados al mantenimiento), ponga a un ama de casa como protagonista del ejemplo de comunicación en el grupo mundano. Lo que sí nos resulta más extraño es que a través de la descripción del grupo de mantenimiento como grupo mundano o de conmemoración los autores parezcan confundir el grupo orientado al mantenimiento con el grupo orientado a la frivolidad o la superficialidad.

Personalmente echamos en falta atención al tipo concreto de vínculos producidos por el grupo psicoterapéutico en términos de eso que llamamos *intimidad*. Porque el grupo de terapia no está dirigido a producir *cualquier* clase de vínculos, sino precisamente un tipo especial de relación que ofrece con franqueza y generosidad las propias vivencias y se abre receptivamente hacia el Otro, de tal modo que se acepta ser cambiado (cognitiva, afectiva, existencialmente) por ese Otro en la posición que ante sí y ante el mundo previamente el sujeto había adoptado. Esa clase de experiencia necesita para nacer un clima de confianza, respeto y aceptación del riesgo afectivo (es decir, de dejarse afectar en el propio núcleo del Ser).

“La apertura al otro significa que se le va a recibir tal como venga, y no dentro de unos límites prefijados o controlados. En este caso sólo vendría lo que se espera, y la intimidad es apertura a lo inesperado. Puede entonces que lo que se reciba esté por encima de las propias esperanzas o deseos. Puede que lo que se reciba haga daño. Es por ello por lo que sólo se puede acceder a la intimidad desde una confianza básica...” (Gimeno-Bayón 1993, p. 8)

Por lo demás, suele desarrollar sus palabras y gestos rodeada de un silencio especialmente profundo y meditativo, donde pueden tener lugar profundos cambios psicológicos. Es en ese tipo de comunicación donde las pautas vinculares disfuncionales pueden ser cambiadas, las heridas restañadas y las nuevas opciones de relación exploradas. Nada más lejos, entonces, de lo superficial. Nada más cerca de lo nuclear de la persona y de la profundidad que supone la dimensión relacional del ser humano y su misterio, y que tiene más que ver con la expresión franca y respetuosa, a veces dolorosa o desgarrada, que con la dulzonería acaramelada o el chiste fácil. Cuando la comunicación grupal ha tomado el camino de la intimidad en un marco grupal de cooperación, permite entonces que surja en el interior de los afectados una nueva concepción del ser humano:

*“la del hombre en función de su prójimo, entendiendo prójimo no sólo el Otro o el Tú, con el que el hombre está **inexorablemente relacionado**, sino como **algo y alguien que nos constituye** en nuestra más íntima entraña...”* (Rof Carballo 1972, p. 541) y así nos vamos a encontrar que el fenómeno-clave del grupo, tal como

afirma el mismo autor, consiste en que

“El hombre, nacido de un contexto - de su urdimbre familiar - se siente ahora contexto del prójimo. Esto va unido a sentirse como tal miembro del grupo alguien a quien los demás pueden dar un sentido y a los que él, con su existencia puede dar un sentido.” (Rof Carballo 1972, p. 576)

La retroalimentación, pues, entendemos que se podrá evaluar como funcional cuando contribuya a que los componentes del grupo y el clima grupal general, avancen hacia una intimidad que permita, mediante la *reconstrucción parcial de la urdimbre primaria* (vid. Rosal y Gimeno, 1985), una reestructuración confiada, positiva y realista de la propia identidad.

4. RETROALIMENTACIÓN FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL.

A la vista de lo que hemos expresado en el anterior apartado, se nos impone la tarea de recalificar la funcionalidad o disfuncionalidad de la retroalimentación grupal en virtud de otro tipo de criterios de los hasta ahora adoptados por algunos de los más prestigiosos estudiosos de los fenómenos grupales. Bien es cierto que las categorías de algunos de estos autores tenían la ventaja de poder observarse directamente, y poder situar con facilidad casi mecánica una interacción dentro de una u otra categoría.

No hemos podido encontrar un tipo de clasificación sustitutoria que sea válida para nuestros grupos terapéuticos. Por ello preferimos hablar, más que de categorías, de criterios que nos parece esencial tener en cuenta a la hora de calificar una retroalimentación de positiva o negativa (en sentido evaluativo, no descriptivo). De momento, nos atrevemos a citar sólo algunos elementos de juicio de la misma, más que una clasificación sistemática. Y precisamente pensamos que cualquier pretensión de encasillamiento rígido a partir del contenido lingüístico o no verbal de un código concreto podría dar lugar a auténticas aberraciones si no incluye una sistematización del contexto afectivo, dinámico y metacomunicacional en que se da. En términos comunicativos el significante actúa su significado tanto a través del nivel denotativo como del connotativo. Y el contexto en que es presentado el significante otorga connotaciones totalmente diversas. Por lo tanto todo símbolo (digital o analógico) contiene en sí mismo un grado de ambigüedad que necesita decodificarse desde aquel contexto. Por ejemplo: en un grupo, el ritmo grupal determina parcialmente el significado de las interacciones que tienen lugar en su seno.

A título de ejemplo, recordamos ahora una participante que en tres sesiones grupales seguidas (se trataba de sesiones periódicas de fin de semana) permanecía poco comprometida, aislándose todo lo que podía hacerlo sin llamar demasiado la atención, y presentando un comportamiento de estilo pasivo. Cuando faltaban cinco minutos para terminar la sesión y nos encontrábamos ya propiamente en el último tramo de la retroalimentación global que precedía al cierre de la misma, las tres

veces la participante se echó a llorar desconsoladamente, y pasó a focalizar la atención grupal evidenciando que necesitaba ayuda terapéutica y verbalizando algunos problemas de personalidad importantes que arrastraba consigo y quería solucionar.

Ese mismo discurso, realizado al inicio de la sesión, hubiera podido tener un sentido muy distinto y ser una demanda franca y sincera de ayuda terapéutica. Realizado en un momento en que el encuadre temporal del grupo hace inviable dicha ayuda (intercala su intervención en las últimas frases antes de despedirnos y salir hacia el tren) toman un significado de maniobra manipulativa frustrante tanto para el terapeuta como para los demás participantes del grupo. Las palabras, el comportamiento no verbal, son los mismos. Pero el significado es diametralmente opuesto, entre otras cosas porque estamos teniendo en cuenta la reiteración en términos de proceso y la intencionalidad, aspecto no directamente observable (a diferencia de las categorías anteriormente aludidas) pero que se puede inferir de la situación.

Por ello preferimos señalar algunas de las pautas orientativas que usamos habitualmente para calificar la calidad de la retroalimentación grupal. Consideramos criterios positivos que la retroalimentación sea:

- **Responsable:** es decir que haya **asunción de la propia responsabilidad en la vinculación que establece** la retroalimentación. Ello significa que el comunicante se hace cargo de la retroalimentación en tanto que invitación al otro a reaccionar en un determinado sentido. Así, una frase del tipo: *“Aquí vivo que este grupo es amenazante y me quiere destruir”* es una intervención destinada a que los demás miembros se sientan ansiosos, culpables o experimenten cualquier otro tipo de malestar. No vale decir: *“Yo lo siento así y si quiero ser auténtico lo he de manifestar tal como yo lo vivo... y si alguien se siente mal con ello es su responsabilidad”*. Pensamos que un enfoque de este estilo omite la parte de responsabilidad que corresponde al autor del enunciado en el malestar que su comentario pueda generar. Una trampa común en los grupos (al menos en los de orientación humanista en los que me muevo) es jugar a cambiar la palabra “pensar” por “sentir”, para evitar esa responsabilidad. *“Yo siento que tú me desprecias”* no puede ser motivo de confrontación. Los sentimientos no se pueden confrontar en cuanto a veracidad. En cambio si la frase es *“Yo pienso que tú me desprecias”* se puede confrontar preguntando al emisor los datos en los que se basa para pensar en esa forma.

La asunción de la responsabilidad por la “invitación vincular” habitualmente va asociada a la utilización en el contenido lingüístico de la primera persona del singular para referirse al emisor y la segunda persona del singular para referirse al destinatario (sin utilizar ese tipo de lenguaje abstracto y generalizador que nosotros denominamos “frases en *spray*” y con las que se lanza una nube que rocía un poquito a todos los presentes y no se compromete con ninguno) y a entablar algún tipo de contacto ocular con la persona a la que se dirige el comentario y realizarse desde una distancia expresiva. En general esta distancia será la que los kinesiólogos señalan

como *distancia íntima* y que utilizando la clasificación de Laín Entralgo (1989) estaría realizada desde un “espacio de captura” (en el que se pueden apresar las cosas que lo integran) es decir, desde un espacio expresivo de la exposición vulnerable que comporta la intimidad.

- **Flexible**, en el sentido de que haya **movilidad en el rol**. Una de las características de los estilos neuróticos es precisamente la de la autonegación de opciones a la hora del manejo ambiental, quedándose, la persona, en un esquema rígido y raído de interacción. En varios de los ejemplos citados anteriormente, a propósito de la revisión de la funcionalidad de roles según Benne y Sheats, poníamos el acento, no tanto en el contenido concreto del rol en sí, como en lo repetitivo del mismo por parte de la misma persona. Entendemos que la falta de movilidad en el rol, por más positivo y necesario que sea ese rol para el grupo en apariencia, en el fondo genera un anquilosamiento de la vitalidad grupal en base a algún tipo de relación simbiótica entre el miembro que se hace cargo de ese rol y el resto de los participantes. La puesta en cuestión constante, el reto para solucionar en forma no estereotipada los sucesivos problemas grupales, forman parte del crecimiento colectivo.

Por ejemplo: si la persona que habitualmente, en su vida cotidiana, evita discrepar y tan sólo se manifiesta cuando puede mostrar acuerdo actúa así en el grupo, su retroalimentación será poco conflictiva para los miembros del grupo, pero también poco enriquecedora. El aprendizaje de vinculaciones menos dependientes, mediante un crecimiento de la propia autoestima, llevará, probablemente, a que esa persona se permita ofrecer con más frecuencia su propia visión, aún cuando no concorde con la de los demás, y ofrecer comentarios más variados. Se torna así más imprevisible, y eso puede generar una cierta angustia grupal. Mas, a la vez, esa misma angustia permite crecer al resto de los miembros en un aprendizaje también de manejo de un número más amplio de situaciones. Por otra parte, no sería raro que en unos primeros momentos exploratorios, el cambio de rol venga dado por la polarización en el sentido contrario, y pasar una etapa en la que se “especialice” en comentarios competitivos, desafiantes o discrepantes. La retroalimentación grupal (que en un primer momento es probable que anime estas primeras actitudes) servirá de pauta orientativa hacia una movilidad en la que pueda incluir un desplazamiento flexible y funcional, en el que la persona no se identifica con un rol específico, y en cambio puede disponer de todos ellos para adecuarse a la situación concreta.

- **Rítmica**, en tanto que se dé en ella una **adecuación al objeto y al ritmo**. En una sinfonía, por bien pulsada que esté una nota o bien tocada que esté una secuencia, si no se da en el tiempo adecuado, o resulta corresponder a otra pieza musical... el efecto será desastroso. La adecuación rítmica necesita ser pertinente *con el momento grupal*. Ello es tanto como decir que la retroalimentación funcional está organizada dentro del foco y la secuencia energética grupal. En alguna ocasión (pocas, por suerte) hemos podido observar cómo una persona estaba exponiendo un

problema concreto que quería solucionar y durante esta etapa en que la terapeuta iba preparando el terreno hacia el experimento y energizando a esa persona hacia una determinada acción simbólica, otro miembro del grupo interrumpía la secuencia para ofrecer al protagonista un comentario que, si bien en otro contexto temporal sería adecuado, abortaba ahora el proceso iniciado y dejaba a la persona desorientada y dividida. A este aspecto rítmico es al que se refiere Pagés (1968) cuando señala que

“sólo se puede hablar de diálogo cuando un aspecto nuevo es introducido sin romper al mismo tiempo la continuidad del intercambio”.

Otro ejemplo puede servir:

Una participante está manifestando su preocupación económica a propósito del planteamiento que su marido está haciendo en torno a la separación matrimonial y otro de los participantes, abogado, se ofrece a informarle de sus derechos al respecto, puesto que le parece que no tiene conciencia de ellos; ante la respuesta de aceptación, inicia un discurso técnico que corre peligro de alargarse y tomar todo el tiempo grupal, cosa que va provocando pequeñas señales de agitación física en el resto de los miembros, incluyendo a la destinataria de los consejos. La propuesta de ofrecer retroalimentación sobre el momento grupal permite al miembro que ha adoptado el rol de asesor jurídico entender que esos mismos comentarios pueden ser muy útiles, pero son inadecuados para el conjunto del grupo y que puede dar perfectamente en privado a la persona interesada y preguntarse por su falta de implicación habitual a propósito de contenidos afectivos y su total implicación cuando puede lucir sus conocimientos técnicos.

En términos generales, podemos hablar de dos momentos claves a la hora de ofrecer retroalimentación grupal y que suelen tener características específicas: uno de ellos es cuando se acaba de dar un trabajo grupal (bien en conjunto, bien en subgrupos) en el que se solicita por parte del psicoterapeuta que los miembros del grupo se den retroalimentación en el ámbito del propio subgrupo en el que han experimentado la secuencia anterior; en relación con los miembros de todo el grupo cuando no hubo subdivisiones; o respecto al propio subgrupo en primer lugar y en un segundo momento respecto al conjunto. Suele éste, en nuestra experiencia, ser un espacio que origina una ampliación del campo de conciencia respecto al propio comportamiento por parte del sujeto, y muy apta para producir interesantes *insights* desde la aportación de la imagen percibida por los otros contrastada con la percepción subjetiva (podríamos usar la imagen de masticación y digestión de un nuevo alimento).

El otro momento suele ser cuando, tras un trabajo con un protagonista individual, y una vez acabado éste, se solicita la retroalimentación de los participantes que quieran comentar cómo ha sido para ellos la experiencia del trabajo realizado por otro miembro. Aquí el momento grupal se parece más al de un rumiante que para realizar la digestión total vuelve a masticar una y otra vez los mismos alimentos,

paladeados desde la subjetividad de cada uno de los miembros que intervienen. En muchas ocasiones, en estos casos la reestructuración del modelo representacional se ha dado ya, al menos parcialmente, a lo largo del trabajo y la retroalimentación es la validación social de esa reestructuración que refuerza al protagonista en su decisión de ampliar las opciones a la hora de construir la realidad y a reformularse sus estilos de vinculación. Cuando no se ha dado la reestructuración, justamente la respuesta grupal puede tener la fuerza de una gran toma de conciencia (*awareness*) configurada por los distintos comentarios que suelen incidir en un dar cuenta del contraste entre lo percibido por cada uno de los sujetos y lo obviado por el protagonista. Aquí se abre en muchas ocasiones el camino a esa reestructuración.

Mas también ha de ser rítmica en relación *con el momento de persona que recibe retroalimentación*, es decir, **adecuarse a las necesidades vinculares** de ésta, y no practicada como acto impulsivo de falta de capacidad de contención interna. La retroalimentación, para que cumpla su papel de oferta ampliadora de la propia visión, correctora de la autoimagen, necesita ser percibida como una oferta que se regala al otro teniendo en cuenta la utilidad para él en ese momento, no como un puro vómito del emisor incapaz de retener esa imagen y ofrecerla en el momento preciso. A veces nos podemos encontrar con que una persona, fuertemente afectada por una experiencia que acaba de vivir, no desea oír ningún comentario verbal, o no los de un determinado tipo que la dispersarían o confundirían. Y mal servicio le haría a esta persona el que pretendiera que aceptara un comentario del estilo descrito. Por ello, vale la pena tener en cuenta el lenguaje no verbal para captar la disponibilidad o no a recibir retroalimentación y la petición que en algunos casos hay que hacer acerca del tipo de comentarios que en esos momentos necesita, reservando para otra ocasión los que en estos momentos serían vividos como una invasión y ante los que solamente se obtendrá un aumento de defensas y un bloqueo de la receptividad.

- **Elegida**, es decir libre y voluntaria tanto para el que lo da como para el que lo recibe.

Desde la persona que retroalimenta, la elección implica que los participantes del grupo puedan vivir la experiencia de la retroalimentación como algo que no es obligatorio, y que, por tanto, pueden darlo a alguien que lo pide o lo necesita, o negarse a darlo. Significa esto que también la retroalimentación ha de ser *rítmica en relación con la persona que lo da*, y que puede tener sus propias razones para negarse, sin necesidad de sentirse culpable o ególatra. Al terapeuta corresponderá en algunas ocasiones, clarificar este punto cuando parece que forzosamente todos los participantes han de ofrecer sus comentarios a quien los haya solicitado. Sin lugar a dudas, una devolución hecha desde la presión ambiental será rígida, estereotipada o desleída. En este sentido hemos podido observar cómo en los casos en que un participante que, por ejemplo, no ha podido “conectar” con el trabajo individual de una persona porque está demasiado pegada a sus propios problemas individuales, o que está demasiado turbada por lo que acaba de presenciar que se

siente incapaz de desligar la imagen intrapersonal de la imagen interpersonal, la expresión en voz alta de estas dificultades ha sido una fuente de enriquecimiento para todo el conjunto grupal que aprende a comprender la diversidad de las situaciones idiosincráticas y a evitar condenas precipitadas y prejuiciosas.

Desde la persona que la recibe, la elección implica que pueda tener la oportunidad de prescindir de él si no se ajusta a su ritmo o si, por la razón que sea, no desea la retroalimentación. Y a la vez, supone que si la acepta se hace responsable de sus propios sentimientos en relación con la misma y se compromete a hacerle un hueco receptivo. En algunas ocasiones, una persona que ha pedido ser retroalimentada no parece escuchar las devoluciones que le están haciendo y se apresura a interrumpir a los demás miembros con justificaciones (en definitiva, verborrea) que no le permiten que la retroalimentación le llegue, a no ser que alguna intervención por parte del terapeuta o de los otros participantes le ponga de relieve la contradicción en que incurre. También supone la posibilidad de que el destinatario se escuche a sí mismo y oriente a los demás participantes respecto al tipo específico de retroalimentación que sospecha le va a ser más beneficiosa en ese momento o está dispuesto a recibir.

- **Subjetiva**, centrada en el compromiso de ofrecer la propia vivencia del Otro, más que teorías sobre él mismo. Precisamente una de las grandes ventajas que ofrece el grupo de psicoterapia es que hay un amplio espacio para compartir las imágenes propias más allá de la convención y de poder ofrecer las íntimas reacciones afectivas sin necesidad de demostrar la lógica de las mismas, sino simplemente reconociendo su presencia. Y ello no significa permitirse arbitrariedades psicopáticas, sino permitir que accedan a la conciencia del que da la retroalimentación y ofrecer al que la recibe, las múltiples reverberaciones que un significativo puede tomar en base a decodificaciones personales y que al receptor podrían pasarle inadvertidas si no tuviera la oportunidad de este contraste grupal.

Aquí habría que destacar la frecuencia con que (sobre todo en grupos novatos) la retroalimentación puede deslizarse hacia campos menos comprometidos y ofrecer —a cambio de reacciones afectivas o impresiones a las que un determinado comportamiento ha dado lugar— razonamientos, consejos, sermones o reflexiones teóricas llenas de generalizaciones, como manera de evitar el compromiso personal. En los grupos más viejos este fenómeno puede ser sustituido por diagnósticos, pseudodiagnósticos, explicaciones o interpretaciones psicológicas con una seguridad que el psicoterapeuta se guardaría muy mucho de usar si se decidiera a intervenir en este sentido.

- **Propuesta**, no impuesta. Se trata de una oferta de compartir la propia visión, y no de crear la obligación de asumirla. La retroalimentación tiene como finalidad una ampliación de las posibilidades de enfoque de la realidad, mediante la aparición de matices y contrastes entre la percepción subjetiva y la de otros participantes en el grupo. Pero una determinada percepción no puede ser impuesta y por ello la

retroalimentación no puede consistir jamás en una identificación obligatoria. Es más: en algunos casos puede caerse en la tentación de vivirlo, por parte del que lo da o del que lo recibe, como un juicio personal. Y dado que en una retroalimentación funcional no se trata de enjuiciar a la persona que recibe los comentarios de los otros, habrá que distinguir claramente entre el *juicio de un comportamiento* que puede ser pertinente y enriquecedor para la persona agente del mismo del *juicio de la persona* que lo actuó, que nadie tiene derecho a practicar. No compartimos la tesis, y más bien nos parece una hipocresía, que sostiene que, por mor de un respeto mal entendido, no hay que hacer juicios respecto a conductas, cuando justamente la capacidad de juicio (ético, estético, pragmático...) es una de las características humanas más interesantes, e inevitable para todo ente pensante.

- **Clara y sencilla**, no alambicada, complicada o hiperdetallada. En este sentido y con mucho acierto, a nuestro entender, Berne, el iniciador del modelo analítico-transaccional, abogaba por un lenguaje que “pudiera ser entendido por un niño de cinco años”. El sentido de esta propuesta no tenía nada que ver con la duda acerca del C.I. de los clientes: está, mas bien, relacionado con la suposición de que así podría entrar en contacto con regiones más infantiles de la personalidad y decisiones tomadas desde esos ámbitos y que podían subyacer a comportamientos aparentemente adultos. Normalmente la retroalimentación grupal se da en un contexto en que cognición y afectividad se encuentran no sólo íntimamente entrelazados sino confundidos y en el que además pueden estar muy vivos aspectos regresivos que dificultan la posibilidad de absorber información excesivamente compleja. Por ello, las frases excesivamente largas o detalladas, a la vez que son una devaluación de la capacidad intuitiva de los otros que, por otra parte, suele estar muy activa en esos momentos, dificultan la comprensión y la distinción entre lo relevante e irrelevante de la retroalimentación. Con frecuencia nos hemos topado con personalidades de tipo obsesivo que, en su afán de dar una información muy completa y “objetiva” (a la vez que eluden el riesgo del compromiso subjetivo), justifican o sobredetallan sus comentarios de tal forma que la persona que se encuentra en un momento muy emotivo queda confundida o pierde el sentido de la intervención.

- **Espontánea**, que, como antes hemos señalado, *no quiere decir impulsiva*. Al hablar de espontaneidad estamos aludiendo más bien a valores como sinceridad, naturalidad y valentía. Exige este extremo que la persona que ofrece sus comentarios, lo haga desde lo más auténtico de sí misma, aun cuando discrepe de la visión del que los recibe o del resto del grupo. Y que esa discrepancia o las devoluciones que se suponen desagradables, cuando tengan lugar, no queden envueltas en frases tan cuidadas, en un afán sobreprotector, que su intensidad y su eficacia queden diluidas en los pliegues de las palabras o en la artificiosidad de la sintaxis. Algunas veces este acolchamiento del comentario se realiza mediante un alargamiento innecesario de las frases, uso de tiempos condicionales en los verbos “*yo diría...*”,

el desvío de la mirada, o la consulta con los ojos al resto del grupo o un gesto de petición de perdón. Cuando la persona que ofrece retroalimentación no es capaz de hacerlo con este tipo de autenticidad (no confundir, como hemos visto en algunos casos, con la grosería o con el esquema de *“cuanto más hostil, más sincero”*) seguramente necesitará reafirmarse en temas de autoestima y autoapoyo y es un síntoma de un estilo de vinculación superficial, dependiente y complaciente, que convendrá poner de relieve.

- **Precisa**, con referencia -siempre que ello sea posible- a hechos concretos que hayan podido observarse en el seno del grupo. En algunos casos vale la pena insistir en la preferencia por comentarios descriptivos de comportamientos cuando se está realizando una evaluación de la persona o sus actitudes de forma global. Una retroalimentación en que “se acusa” a otro de una determinada actitud, por ejemplo, sin definir en base a qué comportamiento se infiere la misma, normalmente no ayuda al receptor y es un campo abonado para volcar todo tipo de proyecciones o venganzas encubiertas.

Por ejemplo: cuando una persona se dirige a otra con afán (teórico) de ofrecerle una imagen de sí misma que ella desconoce, ¿qué sentido tiene decirle que *“te veo como una persona caótica y devoradora”* si cuando se le pide que explique en qué comportamiento -verbal o no verbal- se basa para calificarla así, responde simplemente que *“es una impresión mía. He conocido a varias personas de tu estilo que son así”*? O más aún: *“No me preguntes por qué, y ya sé que a tí no te suena en absoluto, pero yo siento que en tu inconsciente lo que quieres es manipularme haciéndome sentir culpable”*.

Entendemos que la verosimilitud de un juicio aumenta con la capacidad del que lo emite de relacionar causa (el comportamiento concreto y observable) y consecuencia (el juicio emitido) y que gana eficacia si esa conexión es compartida por los otros miembros del grupo y se protege así al receptor del riesgo de confusión de la imagen intrapersonal con la interpersonal por parte del emisor del juicio. En algunas ocasiones, por las razones que sean, el comentarista lo justifica basándose en una intuición que no puede relacionar con nada concreto. Mas en esos casos, cuando se trata de juicios negativos, e incluso aunque el emisor del comentario sea clarividente, pocas salidas deja y de poca ayuda es para el receptor que se encuentra condenado y sin posibilidad de rectificación puesto que se está haciendo una especie de definición de su persona, independientemente de su comportamiento. En algunas ocasiones hemos podido observar el auténtico daño en su autoimagen que han sufrido personas que conceden demasiada credulidad a los demás, cuando éstos se han limitado a utilizar la retroalimentación para sentirse superiores en base a devaluar la imagen de alguno de los miembros del grupo mediante proyecciones a las que calificaban de “intuiciones”. Aquí pensamos que, ante personas vulnerables a estas manipulaciones, es imprescindible una actitud firme por parte del psicoterapeuta para exigir precisión en el proyector, llevándole, a ser posible, a la

asunción como suyo de lo proyectado, restar importancia a la retroalimentación concreta o ampliar la retroalimentación al resto del grupo que puede conceder una visión más amplia del tema.

- **Empática, y coherente** con la disposición psicológica del receptor. O por decirlo de otro modo: la retroalimentación funcional necesita tener en cuenta la “región psicológica” en la que se encuentra ubicado el receptor de la retroalimentación, comprender sus dificultades, distinguir desde qué momento o lugar propios está hablando, yendo a buscarle allí donde se encuentra. En algunas ocasiones su demanda implícita es de que se le devuelva la imagen que ofrece a los otros o las reacciones afectivas que les ha suscitado una determinada intervención. Otras es que se le apoye en una decisión tomada. Otras, demostración de cariño o amparo ante una situación de desvalimiento social. Otras —escasas— que se le ofrezca información o consejo. Siempre estará, previa y prioritaria a todas ellas, la demanda de que se le comprenda. Si se da la empatía y la respuesta personal en la misma “región psicológica” del otro (cuando no se trata de una demanda manipulativa), se da en forma natural una locomoción hacia otra región más avanzada. Sirva como ejemplo la situación, tantas veces comprobada, en la que el emisor de retroalimentación, simplemente por dar cuenta de haber captado las dudas y ansiedades que genera una determinada decisión que otro participante manifiesta, permite al destinatario de la retroalimentación sentirse afectiva, cognitiva y existencialmente vinculado. Y tal conexión, cuando se da auténtica empatía, produce en el receptor una mayor capacidad de aceptación individual de riesgos, como lo muestran experimentos como el de Wallach, Kogan y Bem (1962).

- **Creativa y activa**, tanto para el que la da como para el que la recibe. Se trata, pues, por parte del que la da, de adoptar una actitud de entrega inteligente de sus imágenes, y por parte del alocutario de adoptar una actitud receptiva pero no introyectiva, en la que discrimine qué le es beneficioso integrar respecto a la retroalimentación ofrecida y qué no; de orientar a los retroalimentadores hacia sus necesidades específicas y de situar la información ofrecida en el lugar que le corresponde: el del agradecimiento por esa energía destinada a hacerle madurar como persona.

4. EL APRENDIZAJE DE LA RETROALIMENTACIÓN.

Nos habíamos referido al principio del artículo a la afirmación de Lewin de que la capacidad para una comunicación adecuada no es un don innato, sino fruto de un aprendizaje. En relación con este punto hemos podido observar cómo, si el terapeuta no está lo suficientemente atento, en el seno del grupo se pueden ir desarrollando estilos de retroalimentación bastante alejados de los criterios que acabamos de describir y que, al exigir un menor compromiso o cuidado, instalarse como estilo básico de retroalimentación grupal.

Estamos convencidos de que la devolución adecuada de la imagen, reacciones

afectivas, intuiciones y pensamientos que nos suscita el comportamiento de los demás, es un bien demasiado precioso como para permitir que se malgaste por inercia, comodidad o cobardía. No repetiremos, puesto que ya lo pusimos de relieve en el primer apartado, la importancia que a nuestro juicio reviste la retroalimentación como factor de cambio en los miembros del grupo.

Por ello, en el Instituto en que se desarrolla mi trabajo, hemos optado por ofrecer unas pautas para los participantes en los diversos grupos, con el fin de facilitar el aprendizaje de una retroalimentación funcional y poniendo de relieve las corrupciones más corrientes en la misma.

Ofrecemos a continuación el texto de estas pautas, escrito en un estilo deliberadamente coloquial, que se entrega a cada uno de los participantes para que lo conserve y pueda repasarlo cuando convenga. El texto es el que se copia a continuación:

PAUTAS ORIENTATIVAS PARA LA RETROALIMENTACIÓN EN LOS GRUPOS

PAUTA GENERAL

1. La retroalimentación **tiene como función manifestar a la persona destinataria del mismo la reacción interna** que ha suscitado en los otros, para que :

a) Pueda percibir en sí aspectos que los demás captaron y de los que ella no tenía conciencia, y por lo tanto aumentar en autoconocimiento.

b) Pueda conocer, en relación con las personas del grupo, cómo son recibidos intuitiva y afectivamente determinados comportamientos suyos y, por lo tanto orientarse en sus relaciones con ellos y, por generalización, con las personas con las que comparte la vida cotidiana.

Por lo tanto: **La retroalimentación no es para exponer las teorías propias acerca de lo que le está ocurriendo o le ha ocurrido al otro, o acerca del tema que suscitó.**

PAUTAS PARA EL QUE DA RETROALIMENTACIÓN:

2. **Está al servicio de la persona que la desea**, y por lo tanto, si esa persona pide un determinado tipo de retroalimentación (por ejemplo, dice que no quiere recibir más que comentarios de apoyo o comentarios críticos, o que no quiere ningún comentario, o sólo respecto a un punto concreto) habrá que respetarlo, sin perjuicio de la confrontación que pueda hacer el terapeuta cuando sospeche de la utilidad de estas condiciones limitadoras.

Por otro lado, hay quien confunde la retroalimentación con su necesidad de desahogo expresivo (que está, pues, al servicio de la propia persona que se expresa). Aunque, naturalmente, éste último es importante que se dé, es mejor que no se disfrace de retroalimentación y abiertamente se muestre como lo que es.

Por lo tanto: **No es para aprovechar y convertirse en protagonista ni para desahogar los propios contenidos.**

3. Se puede dar libremente o cuando la persona lo pide explícitamente. Pero cuando se da sin haber sido pedido, **hay que tener en cuenta si es el momento oportuno** para ofrecerlo (no interrumpe el proceso del otro, se encuentra en un momento receptivo, no está confundiendo por un exceso de comentarios, no “come” tiempo que se había previsto para otra cosa y distorsiona así el proceso del grupo...)

Por lo tanto: **Cuida de darlo en un momento adecuado.**

4. **No es obligatorio** hacer devoluciones, incluso aunque la persona lo solicite explícitamente y, por lo tanto, te puedes negar a ello. La retroalimentación es un regalo que se le hace al otro libremente, no una obligación a cumplir. A veces, bien porque no tienes nada significativo que ofrecer, bien porque no es un momento adecuado para tí, bien porque no deseas aportar nada, o porque ya no queda tiempo (vigila esto último, si es algo habitual, porque puedes estar jugando a “esperar a que no haya tiempo” y así tener una buena excusa para no darla) es mejor que no la des.

Por lo tanto: **Ofrece retroalimentación sólo cuando quieras hacerlo.**

5. La retroalimentación **no es en ninguna forma un juicio acerca de la persona** que lo pide. Nadie tiene ningún derecho a juzgar al otro. Pero sí tenemos derecho (y además debemos hacerlo y no podemos evitarlo) a juzgar el comportamiento de los demás y el propio conforme a nuestros valores y sabiendo de lo relativo de nuestro conocimiento. Si en tu devolución deseas formular un juicio sobre ese comportamiento, cuida de que se entienda claramente la diferencia. En el primer caso, si es un juicio negativo, se puede percibir como una descalificación de la persona y puedes perjudicarla gravemente si es de las que lo usará para reforzar sus sentimientos de inferioridad. Si haces un juicio sobre un comportamiento que no te gusta, le puedes hacer un gran favor si ofreces tus comentarios adecuadamente, pues con ello alentarás a la persona a cambiarlo, si es que has acertado en la valoración. Si haces un juicio positivo sobre ese comportamiento, con ello puedes alentar a la persona a repetirlo. Por tanto, en este último supuesto, es preferible que centres tu retroalimentación en valorar positivamente aspectos nuevos que la persona está desarrollando y necesitan apoyo, más que aspectos ya consolidados o exagerados.

Por lo tanto: **No juzgues, condenes o absuelvas a la persona que recibe tu devolución. Límitate a sus comportamientos y sé cuidadoso en el juicio.**

6. El comentario, por lo general, **ha de ser corto**. Si se hace demasiado largo o complejo, pierde fuerza, cansa o confunde al que lo recibe y resta tiempo de recepción de otros comentarios. Si la persona que lo recibe desea ampliar o esclarecer algún punto, ya lo pedirá explícitamente.

Por lo tanto: **No te enrolles.**

7. El comentario **ha de ser intenso**. O sea, que no hay que disimularlo,

adornarlo, revestirlo etc. En general, cuando se hace así, es una manera de hacerlo sin correr riesgo (revela miedo a quedar mal con el otro y falta de compromiso interpersonal), pero al que lo recibe le servirá poco. El uso de verbos en tiempo condicional y expresiones indirectas y atenuadas, como “yo te diría que he sentido un determinado malestar en algún momento...” frena la fuerza del habla directa y en presente: “siento rabia por esto que acabas de hacer”.

Por lo tanto: **Arriégate y sé directo.**

8. El comentario **ha de ser íntimo y comprometido**. Si lo que se ofrece son frases o contenidos estereotipados o diluidos, no se saca jugo a la especial situación de grupo, en la que se puede aprovechar para hablar de una manera más profunda, auténtica y espontánea (que no hay que confundir con la grosería) y experimentar con ese tipo de comunicación. Y dado que tenemos muchos trucos del lenguaje para evitar el compromiso, el uso de frases “yo-tú” ayudará a la implicación relacional.

Por lo tanto: **Habla de tí y de lo que te está ocurriendo en tu interior respecto a la persona a la que retroalimentas.**

9. La devolución **versará normalmente sobre contenidos afectivos, volitivos e intuitivos**. Ya que nuestra zona más íntima es la parte afectiva, y que normalmente no nos permitimos el lujo de mostrar demasiado nuestras emociones y sentimientos, enriquecerá el trabajo el poder expresarlos aquí. La expresión de razonamientos, al ser más común en nuestras relaciones cotidianas, afecta menos al otro y le enriquece menos, aparte de que él ya sabe pensar. Es mejor aprovechar para darle el bien más escaso en la comunicación: los propios sentimientos. ¡Ah! y no uses la trampa común de decirle: “yo siento que tú...” o “yo vivo que tú...” (y a continuación le cueles un juicio o un razonamiento que, para mayor “inri”, como los sentimientos y experiencias no son objeto de discusión, puedes racionalizar, insultar, equivocarte, vengarte, etc. sin temor a que te confronten). La expresión de sentimientos no admite, sintácticamente un “que” detrás (en realidad esas expresiones, aunque disfrazadas de sentimientos, corresponden a una dimensión cognitiva y se pueden sustituir por “yo pienso que tú...” o “yo imagino que tú...” o “yo intuyo que tú...”), de modo que tendrá que ser “yo siento... (rabia, afecto, miedo,...) hacia tí” o bien “yo siento (esperanza, frustración, alegría...) cuando te he visto hacer eso...”.

Los contenidos intuitivos (la impresión que el otro te causa, las imágenes más frescas y directas que percibes) tampoco se dicen normalmente, porque, al menos en un primer momento, son difíciles de justificar desde la lógica, y muchas veces nos creemos en la obligación de tener que justificar lo que no se ajuste a una comprobación racional. Dejar que la metáfora, la poesía, la fantasía, el símbolo que se nos aparece ante el otro emerja en la retroalimentación, puede ser una importante información. Igualmente, los deseos (afectuosos, agresivos, etc.) hacia el otro, se explicitan pocas veces y en el grupo pueden conducir a acciones coherentes que de otra forma quedarían reprimidas.

Por ejemplo: en lugar de decir: “Yo pienso que lo que te pasa es que cuando

haces esto... y cuando ocurren esas cosas, a mí se me ocurre que lo que se puede hacer es...”, es mejor decir: “Me entran ganas de sacudirte, porque tengo la impresión de que me están intentando chantajear con tus quejidos lastimeros”, “Te veo como a un niño pidiendo afecto, siento mucha ternura hacia tí y me gustaría acunarte”.

Por lo tanto: **Usa la retroalimentación para mostrar tus afectos, deseos e intuiciones.**

10. El comentario **ha de ser concreto**. Para que a una persona le sirva, tiene que poder relacionarlo con algo que ella dijo o hizo y que tú observaste. Si le dices simplemente: “*tengo la impresión de que eres una persona dominante, que ahogas a las personas que tienes a tu alrededor*” sin dar ninguna explicación, o respondiendo, cuando te preguntan “*no sé por qué*”, probablemente sirva para confundir al otro y cargarle con algo (positivo o negativo, no importa) que no es suyo, sino fruto de tus proyecciones o desplazamientos de asuntos pendientes con otras personas que ésta te recuerda. Es mejor que te preguntes qué fue en concreto lo que pudiste observar en la persona que te produjo esa impresión y lo explícites, así como los posibles desplazamientos. Por ejemplo: “*tengo la impresión de que eres una persona dominante por la mirada y el gesto con el hombro que acabas de hacerle a María. Y justo hacía ese gesto mi tía Gumersinda que no me dejaba respirar cuando era niña y eso me causaba mucha sensación de impotencia y de rabia, como la que ahora siento hacia tí.*”

Por lo tanto: **Detalla el comportamiento observable de la otra persona que da lugar a tus afectos, deseos e impresiones.**

11. **No utilices la retroalimentación para dar consejos** (salvo que explícitamente se haya pedido ese tipo de comentario). En general los consejos que no han sido pedidos no sirven para nada, pues la persona los tira a la papelera en el mismo acto de recibirlos y puede que se sienta ofendida por percibirlos como dados desde una posición de superior (“yo sé lo que tú has de hacer”) a un inferior (“a tí, que eres menos inteligente que yo y por eso no actúas como yo actuaría en tu lugar, o no piensas lo suficientemente claro”). En la mayoría de ocasiones que se dan consejos **no pedidos**, el proceso que hay debajo es el de -usando términos de Análisis Transaccional- un Salvador que acude en socorro de la Víctima, y ésta te puede perseguir boicoteando lindamente los consejos que le das.

Por lo tanto: **No lo utilices para sugerir al otro lo que podría hacer** (él ya lo sabe).

12. **No utilices la retroalimentación para hacer de terapeuta**, con tus preguntas, confrontaciones, sugerencias y orientaciones psicoterapéuticas... Algunas personas aprovechan el momento de devolución para hacer una especie de “continuación del trabajo terapéutico”, haciéndole preguntas de confrontación al que está recibiendo los comentarios, o poniéndose a hacer interpretaciones del comportamiento del otro y metiéndole en una dinámica que le confunde. En algunas ocasiones he visto incluso cómo deshacían los logros del trabajo terapéutico al

pretender “ayudar” al terapeuta ofreciendo al otro puntos de vista, preguntas y soluciones que al terapeuta “se le pasaron por alto”. Si el terapeuta te pide ayuda y quieres dársela, hazlo. Si la persona que está recibiendo retroalimentación te pide orientación terapéutica y se la quieres dar (y puedes hacerlo, porque tienes conocimientos específicos de psicoterapia y del proceso terapéutico de esa persona), hazlo, si con ello no invades al terapeuta. Si no, lo más probable es que “desayudes” al terapeuta (que puede preguntarse para qué está allí -en lugar de estar en el cine, por ejemplo- si ya hay alguien que se encarga de hacer de terapeuta), y al que recibe los comentarios, que se desconcierta ante la duplicidad de roles y (acaso) divergencia de criterios terapéuticos.

Por lo tanto: **No hagas de terapeuta amateur** (y encima pagando por hacerlo). **Es mejor** (para los demás y para tí) **hacerlo como profesional** (y cobrando). **Describe en lugar de interpretar o confrontar.**

13. **No busques ni te esfuerces en impresionar a los otros (o ponerte a su altura, si eres de los que te minusvaloras) ofreciendo unos comentarios inteligentemente brillantes y perfectos.** Ese tipo de devolución no existe, y si existiera no serviría de más que la otra, la “normal”. ¡Ah! y no hay modelos. Algunas personas se preocupan de que su comentario sea en la misma línea que los que ya se han dado, o porque va a repetir cosas que ya se han dicho. Olvídate de todo ello. Tu comentario no se ha de parecer al de nadie, porque sería falso, ya que tú no te pareces a nadie (en el sentido de ser alguien irrepitable), e incluso aunque repitas lo mismo que otros dijeron, si es algo tuyo, tiene un significado peculiar. No te plantees retos absurdos para tu comentario. Basta con que sea honesto y personal. Es la mejor devolución que puedes ofrecer al otro, porque está hecha de lo mejor de tí, de tu interés por el otro.

Por lo tanto: **Sé natural, sencillo y espontáneo en tus comentarios.**

PAUTAS PARA EL QUE RECIBE LA RETROALIMENTACIÓN.

14. La retroalimentación **es para tu ayuda.** Por lo tanto, hazte responsable de pedirla abiertamente cuando te pueda ser útil y de pedirla del tipo específico que necesites, si en alguna ocasión deseas que sea así. No te quedes callado cuando te están dando un tipo de devolución que te estorba (por ejemplo, cuando estás muy cansado o has recibido demasiada información y necesitas frenar la que te están ofreciendo) y hazlo saber a los otros.

Por lo tanto: **Orienta a los demás en cuanto al tipo de retroalimentación que necesitas.**

15. **No es obligatorio “tragarse” todo comentario** que recibas. Los demás te dan lo que tienen, pero acaso algunas de las cosas que te ofrecen no son adecuadas para tí, o al menos no lo son en éste momento. Toma lo que necesites y guarda en algún lugar (en tu “congelador personal interno”) por si un día lo necesitas, lo que ahora no te resulta útil o no puedas reconocerlo como tuyo de ningún modo. Tira

a la basura lo que son descalificaciones acerca de tu persona. Recuerda que nadie tiene derecho a juzgarte.

Por lo tanto: **Discrimina lo que te sirve y lo que no te sirve.**

16. **No te coloques a la defensiva.** No estés pensando en cómo justificarte o cómo “contraatacar”. Recuerda también que los demás tienen derecho a juzgar y expresar su criterio respecto a tus comportamientos y eso puede servirte de una ayuda inmensa a la hora de orientarte hacia un cambio más funcional de los mismos y para estimular cambios internos en tí. No rechaces lo que no te suena o no te gusta. Precisamente la retroalimentación más eficaz es la que te enseña nuevos aspectos de tí que no conocías. Céntrate especialmente en ellos.

Por lo tanto: **Adopta una actitud receptiva.**

17. **Recibe la retroalimentación en silencio.** Para recibir lo que otros te dicen hace falta que lo dejes reposar mínimamente en tu espacio interior. Si hablas para justificarte o rebatir, los demás notarán que no estás receptivo y se desenergetizarán y se sentirán estafados si pediste algún comentario (puesto que lo estás tirando antes de mirarlo). Habla sólo, si quieres hacerlo, cuando se haya acabado la retroalimentación, y no utilices ese momento aún para desechar nada. En todo caso, puedes pedir a lo largo de las devoluciones o al acabar, alguna aclaración para entender lo que te dicen. Y puedes, al final, hacer tu devolución a lo recibido en los términos antes indicados para darlo.

Por lo tanto: **No hables mientras te retroalimentan.**

18. La retroalimentación que te dan, **es un regalo que te hacen.** El hecho de darlo implica que esa persona que te lo ofrece quiere darte algo suyo valioso y delicado (una confidencia acerca de su interior) y para ello emplea un tiempo y una energía positiva hacia tí. No siempre acertará, pero su intención (salvo algunas excepciones) sí acertó. Por lo tanto, trata los comentarios de los otros con cariño, aunque en algunos casos no te gusten. Puede que luego veas que eso que no te gustó es lo que más te sirvió para cambiar aspectos tuyos que te perjudicaban.

Por lo tanto: **Sé agradecido.**

PAUTA FINAL GLOBAL:

Las orientaciones anteriores **son simplemente eso, orientaciones**, que a nosotros se nos ocurren a la vista de la experiencia y considerando que, en general, ayudan a la eficacia terapéutica. Cada cual será responsable de tomarlas o dejarlas y aceptar las consecuencias de su decisión.

5. EL GRUPO, MÁS ALLÁ DE SÍ MISMO.

Con ese aprendizaje pretendemos dos objetivos paralelos:

- Directamente, la eficacia en la interacción grupal. En definitiva se trata de dar la máxima importancia y adecuación a lo que tiene de más específico la psicoterapia de grupo y de multiplicar la potencia del psicoterapeuta mediante la suma de la

resonancia grupal de un determinado comportamiento, y en definitiva de las intervenciones terapéuticas de todos los participantes.

- Indirectamente, el aprendizaje de una retroalimentación correcta lleva a explorar, tanto a los que la dan como a los que la reciben, estilos de relación nuevos, distintos de los habituales y a profundizar en cada uno de ellos un modo más rico, más hondo y más comprometido para interactuar.

Cuando hemos hablado del objeto de la psicoterapia grupal, hemos destacado cómo éste consistía en las pautas vinculares de los componentes y el objetivo, por tanto, transformar las que sean disfuncionales y lograr que sus miembros puedan integrar opciones más sanas, con ayuda del micro-clima grupal como espacio donde tomar conciencia de las mismas y donde explorar nuevos estilos relacionales. Ciertamente el aprendizaje de la retroalimentación permite poner ya en marcha, evaluar y matizar la consecución de estos objetivos. Acaso habría que plantearse que cuando una persona logra habitualmente realizar, en forma integrada e interiorizada, una buena retroalimentación, tanto desde el papel del emisor como del receptor, está llegando a una madurez que da motivos para pensar en si no debería despedirse del grupo, si no hay otros objetivos secundarios por alcanzar en el mismo.

Pero, si hemos insistido una y otra vez en que el grupo psicoterapéutico no tiene una tarea de productividad fuera de sí mismo, tan sólo hemos dicho una verdad a medias. Recordemos, tal como hemos indicado anteriormente a propósito de los niveles de interacción grupal, que más allá de lo intrapersonal y lo interpersonal, se da en el grupo un nivel que O'Donnell (1975) llama *transpersonal*, consistente en la interacción del grupo con la sociedad y la cultura global en la que el grupo se halla inmerso, sobre las que actúa y por las que es actuado. Entendemos que un grupo psicoterapéutico, si no desea convertirse en una fábrica de narcisismo o en un refugio de apocados, tendrá también una dimensión en este nivel. En general, pensamos que si la cultura grupal obedece a criterios de apertura y cooperación, se abre en forma espontánea hacia el exterior y tiende a fortalecer a sus miembros de modo que se atrevan y puedan poner en práctica, más allá de la "burbuja" grupal, el tipo de actitudes de interdependencia exploradas en aquélla. Podemos señalar, pues, que la tarea del grupo, se extiende más allá de sí mismo y va dirigida a la transformación de los diferentes ambientes y grupos sociales en que sus miembros se mueven, apuntando actitudes de sinceridad, respeto, hondura y compromiso con la colectividad. Por lo tanto, la evaluación de la funcionalidad de la retroalimentación también tendrá en cuenta si la misma va dirigida a crear vínculos no tanto íntimos como intimistas, a encerrar a los individuos en el pequeño grupo y convertir éste en una especie de refugio atómico contra las inclemencias del exterior.

Si la psicoterapia grupal va a favorecer la maduración global del individuo, favorecerá también que aparezcan o se encaucen en forma adecuada lo que Lersch (1938) denomina las *vivencias pulsionales transitivas*, dentro de las que se encuentran tendencias como la de la convivencia y la asociación, o las tendencias

del *ser-para-otro* como la benevolencia, la disposición a ayudar o el amor a los demás en todas sus variadas gamas.

Es en torno a ese talante grupal donde se puede gestar una nueva conciencia más amplia que favorezca un cambio social estimulante y cooperativo. Y a ese tipo de grupos se refería Fromm cuando señalaba cómo ese cambio cultural descansaría sobre la base de grupos pequeños que

“...hablarían un nuevo lenguaje que facilite y que no entorpezca la comunicación, el lenguaje de un ser que es dueño de sus actos... Intentarían alcanzar un cambio personal... A fin de comprender el mundo que los rodea, tratarían de entender las fuerzas internas que los motivan. Tratarían de trascender su “yo” y de estar “abiertos” al mundo... No sé si haya o no bastantes personas que deseen una nueva forma de vivir y que sean lo suficientemente fuertes y serias para formar tales grupos. De lo que estoy seguro es de una cosa: si tales grupos existieran, ejercerían una influencia considerable sobre sus conciudadanos, porque les demostrarían palpablemente la energía y la alegría de personas que poseen convicciones profundas sin ser fanáticas, que aman sin ser sentimentales, que tienen una gran imaginación sin ser irrealistas, que son audaces sin despreciar la vida y que aceptan la disciplina sin caer en la sumisión”. (Fromm 1968, p 149 s.)

El feedback o retroalimentación es uno de los factores más destacables en el proceso de producción del cambio terapéutico. Sin embargo, no siempre se presenta en la forma más adecuada. Es importante, por tanto distinguir entre retroalimentación funcional y disfuncional. El artículo presenta algunos criterios que pueden ser útiles para la evaluación del feedback e ilustra con ejemplos las reglas a seguir para su utilización provechosa en el contexto psicoterapéutico.

Referencias bibliográficas

- ANGUERA, M.T. (1978). *Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas*. Cátedra: Madrid.
- ANZIEU, D. y J-Y. MARTIN (1968): *La Dynamique des Groupes Restreints*. Presses Universitaires de France: Paris. Trad. cast.: *La dinámica de los grupos pequeños*. Kapelusz : Buenos Aires, 1971.
- BALES, R.F. (1951). *Interaction Process Analysis*. Addison-Wesley Publishing: Cambridge, Mass.
- BECK, A. (1988). *Love is never enough*. Harper and Row: New York. Trad. cast.: *Con el amor no basta*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BENNE, K. y P. SHEATS (1948). Roles funcionales de los miembros de un grupo. *Journal of Social Issues*, vol. 55, 2. Trad. cast.: BRADFORD, L. y J. FRENCH (Comps.), *Dinámica del grupo de discusión*. Ed. Tres: Buenos Aires, 1960.

- BERNE, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. Oxford University Press: New York. Trad. cast.: *Introducción al tratamiento de grupo*. Grijalbo: Barcelona, 1983.
- BERNE, E. (1972). *What Do You After You Say Hello?*. Grove Press: New York. Trad. cast.: *¿Qué dice usted después de decir "hola"?*. Grijalbo: Barcelona, 1974.
- CAPARROS, N. (1993). De la Psicoterapia Individual a la Psicoterapia de Grupo. En AVILA, A. (Coordinador), *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular*. Quipú Ediciones: Madrid.
- DORSCH, F. (1976). *Psychologisches Wörterbuch*. Hans Huber AG: Berna. Trad. cast.: *Diccionario de Psicología*. Herder: Barcelona, 1985.
- FROMM, E. (1968). *The Revolution of Hope. Toward a Humanized Technology*. Trad. cast.: *La revolución de la esperanza. Hacia una tecnología humanizada*. Fondo de Cultura Económica: México, 1970.
- GILCHRIST, J. C., M.E. SHAW y L.C. WALKER (1954). Some effects of unequal distribution of information in a wheel group structure. *Journal of abnormal and Social Psychology* 49, 554-556.
- GIMENO-BAYÓN, A. (1993). *La intimidad en el modelo analítico-transaccional*. Trabajo de Doctorado. Univ. Deusto.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1989). *El cuerpo humano. Teoría actual*. Espasa-Calpe: Madrid.
- LERSCH, PH. (1938): *Der Aufbau der Charakters*. Johann Ambrosius Barth: Leipzig. Trad. cast.: *La estructura de la personalidad*. Scientia: Barcelona, 1971.
- MAILHOT, B. (1968). Dynamique et genèse des groupes. Epi: Paris. Citado por C. DREYFUS en: *Les groupes de rencontre*. Centre d'Etudes de Promotion de la Lecture: Paris. Trad. cast.: *Los Grupos de Encuentro*. Mensajero: Bilbao.
- MAISONNEUVE, J. (1968). *La dynamique des groupes*. Presses Universitaires de France: Paris. Trad. cast.: *La dinámica de los grupos*. Nueva Visión: Buenos Aires, 1985.
- MEHRABIAN, A. (1968). Communicating Without Words. *Psychology Today*, 2, 53.
- O'DONNELL, P. (1975). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu: Buenos Aires.
- PAGES, M. (1968). *La vie affective des groupes*. Dunod: Paris. Trad. cast.: *La vida afectiva de los grupos*. Fontanella: Barcelona, 1977.
- PERLS, F. (1973): *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*. Science & Behavior Books: . Trad. cast.: *El Enfoque Gestáltico. Testimonios de Terapia*. Cuatro Vientos: Santiago de Chile, 1976.
- ROF CARBALLO, J. (1972). *Biología y Psicoanálisis*. D.D.B.: Bilbao.
- ROGERS, C. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. Harper & Row Publishers: New York. Trad. cast.: *Grupos de Encuentro*. Amorrortu: Buenos Aires, 1973.
- ROMERO, R.R. (1992). *Grupo. Objeto y teoría. Vol. II*. Lugar Editorial, S.A.: Buenos Aires.
- ROSAL, R. y A. GIMENO (1985). El constructo "urdimbre" de Rof Carballo y algunas hipótesis de la psicoterapia analítico-transaccional, *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* 11, 44-57.
- ROSAL, R. y A. GIMENO (1989). Psicoterapia de orientación holista. Integración de procedimientos corporales, emocionales y cognitivos. En J.L. CIFUENTES (Ed.): *Psicoterapias dinámicas: Modelos de aplicación*. Ed. Universidad de Salamanca y Fund. Cencillo de Pineda: Salamanca.
- STERNBERG, R.J. (1988): *The Triangle of Love: Intimacy, Passion, Commitment*. Basic Book: New York. Trad. cast.: *El triángulo del amor. Intimidad, Pasión, Compromiso*. Paidós Ibérica: Barcelona.
- TANNEN, D. (1990): *You Just Don't Understand*. William Morrow and Company, Inc. Trad. cast.: *Tú no me entiendes*. Javier Vergara Editor: Buenos Aires, 1991.
- THEODORSON, G. *Studies in Human Ecology*. Harper & Row: New York. Trad. cast.: *Estudios de ecología humana. Vol. I*. Labor: Barcelona, 1974.
- TRAUBE, P. (1990). Le groupe supra-thérapeute. *Actualités en Analyse Transactionnelle* 54, 88-96.
- WALLACH, M.A., N. KOGAN y D. BEM (1962). *Journal of Abnormal and Social Psychology* 65, 75-86. En CARTWRIGHT, D. y A. ZANDER (1953). *Group Dynamics: Research and Theory*. Harper & Row, Publisher Inc.: New York. Trad. cast.: *Dinámica de grupos: investigación y teoría*. Trillas: México, 1971.
- WASHTON, A. y D. BOUNDY. (1989). *Willpower's not enough. Understanding and recovering from addictions of every kind*. Harper and Row: New York. Trad. cast.: *Querer no es poder. Cómo comprender y superar las adicciones*. Paidós: Barcelona, 1991.
- YALOM, I. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, Inc.: Nueva York. Trad. cast.: *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de Cultura Económica: México, 1986).
- ZELENY, L.D. (1939). Sociometry of morale. *American Sociological Review* 4, 799-808.
- ZINKER, J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. Brunner/Mazel, Inc.: New York. Trad. cast.: *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Paidós: Buenos Aires, 1977.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32

PROGRAMA ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE MUJERES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Dra. Leonor Pantinat i Giné

La decisión de seleccionar los participantes de un grupo por el sexo fue circunstancial, a pesar de que abundasen las experiencias sobre esta modalidad de agrupación de clientes. Tenía el prejuicio de que el solo hecho de plantear este tipo de homogeneidad suponía una discriminación y eso no me parecía beneficioso para las mujeres. La ausencia de la psicóloga que había iniciado este grupo me dejó heredera de varias pacientes que se hallaban en pleno proceso terapéutico, por lo que me hice cargo de ellas. La inexperiencia me aconsejó sumarme a la dinámica ya creada y esperar que el propio grupo me señalase el rumbo a seguir. Pronto advertí algunas características específicas en comparación con los grupos mixtos: un clima de intimidad fácil, mayor locuacidad, una visión del mundo similar, unas preocupaciones coincidentes y, en especial, un sufrimiento común derivado del papel que desempeñaban en el ámbito familiar. Aunque todas habían acudido al CAP con una demanda clínica, con disforias, distimias o síndromes de angustia, o casi todas, ya que algunas habían sido derivadas desde la escuela, donde sus hijos presentaban fracaso escolar, u otras desde el Centro de Psicoterapia Infantil de zona, donde sus hijos recibían tratamiento (CAPIP), ante la posibilidad de expresar sus preocupaciones ninguna se refería a su posición en un mundo social ajeno al del hogar. Poco a poco comprendí que el espacio de reflexión sobre sí mismas como personas que les estábamos brindando era para ellas de suma importancia. Y no sólo para ellas, sino también para sus familias. Así, al redactar el Programa Asistencial de Psicoterapia de Grupo, me pareció necesario hacer énfasis en los aspectos preventivos, pues aunque todo logro en la salud mental de un individuo repercute favorablemente en el entorno, en el caso de los grupos de mujeres, como consecuen-

cia de la habitual distorsión en las relaciones de pareja, el binomio madre-hijo suele presentar graves anomalías. Cuando los hijos dejan de ser el foco en el que se proyecta su frustración, el desarrollo de aquéllos discurre por cauces más favorables a su desarrollo. Por otra parte, por su dependencia e incluso alienación personal en los papeles familiares, los temas de atención en el trabajo terapéutico son fáciles de elegir. Son las propias mujeres las que los ponen sobre el tapete y todas coinciden con rapidez en su prioridad y relevancia.

Al hablar de grupos de mujeres, en un momento en el que se sobrentiende desde ámbitos ajenos a la psicoterapia, que se trata de una población con necesidades de reivindicación social, es posible caer en el error de creer que la mejoría psicológica pasa por lo que se ha dado en llamar “liberación” de la mujer, con eventuales rupturas o pérdida de responsabilidad. Las mujeres que acuden al grupo no desean romper sus vínculos, sino mejorarlos, y sus esfuerzos se encaminan a buscar alternativas que los preserven sin el grado de sufrimiento hasta entonces soportado.

EL PROGRAMA

En el Programa Asistencial de Psicoterapia de Grupo del CAP, redactado en 1992, diseñado para un Centro de Asistencia Pública y Primaria en Salud Mental (CAP En Salud Mental Baix Sud en la zona del Baix Llobregat y en el municipio de El Prat), se indica que la población seleccionada para ser incluida en un grupo psicoterapéutico está constituida por aquellos consultantes que efectúan una demanda directamente relacionada con disfunciones de la interacción en el momento de la derivación al grupo. En el caso del grupo de mujeres se tiene en cuenta, además, que estén casadas o lo hayan estado, y que tengan hijos. El objetivo general es *preventivo, asistencial, docente y de investigación*, y el específico, al igual que en los grupos mixtos: *una positivación del autoconcepto, la adquisición de autonomía psicológica y la adquisición de interacciones funcionales*. El ámbito de actuación del CAP es el Sector Sanitario Baix Llobregat Sud, Región Costa de Ponent, con una población de, aproximadamente, 180.000 habitantes. El número de componentes del grupo oscila entre 11 y 13 mujeres, que acuden con una frecuencia semanal durante todo el año, exceptuando, obviamente, los períodos de vacaciones, cuyas fechas se consensúan en el propio grupo. Se dispone de una supervisión quincenal, que realiza una profesional ajena al Centro. Como recursos materiales se utilizan una sala amplia, con luz natural, enmoquetada, colchones, almohadones y un espejo unidireccional que la comunica con otra sala, también amplia, donde están situados los observadores, que en la actualidad son postgraduados en psicología. La observación forma parte de las prácticas de un Máster organizado por el Departamento de Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Barcelona, coordinado por el Dr. Villegas. Las componentes del grupo saben que son observadas (y a veces solicitan alguna devolución por parte de los observadores, en especial cuando se celebra el ritual del *alta*. En tal caso un

representante del grupo de “detrás del espejo” se presenta en la sala de grupo y transmite la opinión de los observadores acerca del proceso).

CRITERIOS DE INCLUSION

No son distintos de los que se especifican para los grupos mixtos:

- 1.- La focalización interrelacional de la demanda en el momento de ser incluidas en el grupo (pueden haber pasado previamente por entrevistas psicológicas o psiquiátricas cuando la demanda estaba inicialmente centrada en el síntoma).
- 2.- La integración suficiente de las facultades psíquicas para efectuar una elaboración cognitiva de la experiencia.
- 3.- La capacidad para responsabilizarse de los propios actos.
- 4.- Una elevada motivación valorada a través de la persistencia en la lista de espera y un suficiente arraigo vincular que tema perder.
- 5.- Capacidad de compromiso, que básicamente consiste en asistir a las sesiones y aceptar las reglas de funcionamiento grupal, que se explicitan antes y durante las sesiones.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Ausencia de demanda o demanda centrada en el síntoma.
- 2.- Disfunción cognitiva que impida tener acceso a los significados simbólicos.
- 3.- Confusión severa respecto a los límites entre “yo y el otro”.
- 4.- Trastorno severo del control de los impulsos agresivos (por el propio trastorno o por adicción a sustancias tóxicas).
- 5.- Ausencia de motivación y de capacidad de compromiso.

DESCRIPCION DE LA DINAMICA GRUPAL

La filosofía grupal básica establece el principio de aceptación incondicional de la persona, aunque no de sus comportamientos. Respecto a éstos se intenta comprender su sentido y función en el contexto de la interacción, y buscar alternativas más satisfactorias. La intervención terapéutica se encamina hacia:

- 1.- Fomentar una vivencia de grupo distinta a la del grupo primario familiar (experiencia emocional correctiva).
- 2.- Fomentar la conciencia, por un lado de los “papeles” estables adquiridos y las pautas de comportamiento que los mantienen, y por otro lado de la relación entre la propia conducta y las consecuencias que provoca en los demás (conciencia de los “papeles” y responsabilización respecto a su desempeño).
- 3.- Fomentar la comprensión que de estos hechos se deriva para la relación interpersonal y el bienestar subjetivo, así como la capacidad de adaptación a través de la adopción de “papeles” previamente no explorados (experiencia del cambio mediante la exploración de alternativas).
- 4.- Fomentar la aceptación de los propios límites así como de los propios

recursos personales (revisión del autoconcepto).

El grupo es abierto. Se fomenta lo que llamamos la cultura grupal, determinada por los objetivos terapéuticos. A medida que las mujeres del grupo la incorporan, se convierten en agentes terapéuticos recíprocos. El grupo adquiere cohesión a través del objetivo común y del clima de confianza logrado. Las mujeres más adelantadas en este proceso actúan como matriz grupal o núcleo que mantiene la filosofía básica. Las altas se programan con uno o dos trimestres de antelación y por consenso (la propuesta puede provenir de la propia interesada, del grupo o de la terapeuta). Durante este período de prealta, suelen asumir la función de núcleo frente a las que se incorporan por primera vez. Las altas se ritualizan y definen como el final de una fase en el proceso de maduración de la persona, que se consideraba previamente bloqueado. Las protagonistas de la “fiesta del alta” pueden, si lo desean, invitar a antiguas componentes del grupo con las que hayan mantenido una vinculación personal extragrupal.

Si una componente del grupo decide abandonar la psicoterapia sin consenso o no acepta continuar asistiendo a las sesiones hasta la fecha programada, no se realiza la celebración de despedida, pero se procura definir positivamente su decisión para suscitar un clima de libertad individual y tolerancia, y prevenir la aparición de sentimientos de culpa.

TECNICAS UTILIZADAS

Las técnicas que se utilizan en cualquier modalidad de psicoterapia sólo adquieren sentido en el contexto teórico del cual derivan. Al no poder desvincularse de dicho contexto hemos de mencionar los modelos teóricos que nos orientan. Nos basamos en Carl Rogers y su Modelo Centrado en la Persona para configurar la actitud psicoterapéutica. Para entender la organización de las defensas intrapsíquicas hemos de agradecer a Freud su aproximación conceptual, así como a las aportaciones de las posteriores escuelas afines. El creador de los grupos psicoterapéuticos, Jacobo Levi Moreno, y su Teoría de los Roles inspiran la aplicación de técnicas psicodramáticas, enriquecidas por las contribuciones de la Escuela Gestáltica de Fritz Perls. Finalmente, el Modelo Sistémico permite ampliar la comprensión de las conductas interactivas desde una perspectiva de conjunto y aplicar las técnicas derivadas de dicho modelo (utilización de metáforas, redefiniciones, señalamientos contextualizados en el aquí y ahora, etc.).

El punto de confluencia de esta integración de modelos y la congruencia de las técnicas empleadas, converge en tres orientaciones básicas de la actividad psicoterapéutica en el grupo:

- 1.- Respeto a la persona desde una visión global, holista, del sujeto humano.
- 2.- Estímulo de la creatividad.
- 3.- Atención a los vínculos entre el sujeto y su entorno.

DURACION

El grupo es continuo. A medida que se producen altas se integran nuevas componentes. La permanencia de cada una de ellas suele prolongarse durante dos años como término medio.

EVALUACION

En un principio el Programa no incluía una evaluación clínica sistematizada al no disponer de instrumentos psicotécnicos satisfactorios para una investigación rigurosa ni profesionales expertos en metodología de investigación. En 1989 consideramos que, aunque sólo se tratara de una aproximación de uso interno, y en espera de una situación más propicia en recursos humanos y conceptuales, podía ser estimulante utilizar algunas pruebas psicotécnicas disponibles, y comenzamos con el Test de Adaptación de Bell, el Test de la Figura Humana de Machover y el Test de Personalidad 16 PF, antes y después de la incorporación al grupo, lo que también permitía efectuar una devolución individual que buscara consolidar el cambio. Posteriormente se utilizó el Cuestionario de Personalidad MMPI y el Test de la Figura Humana. En la actualidad, y a partir de la incorporación de observadores postgraduados del Máster ya citado, este aspecto continúa en debate. Los profesionales del Centro, presionados por una actividad clínica desbordante, necesitamos el concurso de otros compañeros que, situados en la esfera académica, aporten su ilusión y conocimientos a la práctica diaria. Este, y no sólo el aprendizaje de la práctica, es el objetivo prioritario que fundamenta y justifica el acercamiento del CAP en Salud Mental a la Universidad y la presencia de observadores tras el espejo unidireccional, aunque los frutos siempre sean lentos cuando los terrenos de cultivo dependen exclusivamente de la buena voluntad.

LA OBSERVACION TRAS EL ESPEJO UNIDIRECCIONAL

El concepto cultura grupal encierra contenidos suficientemente abstractos como para que pueda considerarse un arma, no de dos filos, sino de filos casi caleidoscópicos, valga la metáfora. La relación del individuo y el grupo, aunque desde el nacimiento sea una relación simbiótica, en el sentido de que no pueden existir el uno sin el otro, conlleva la necesidad de regular las distancias recíprocas, tanto físicas como psíquicas, ya que aquello que posibilita y enriquece la vida, si es en exceso o se hace un mal uso, puede destruirla. El individuo aprende, por ejemplo, el lenguaje hablado gracias al contacto afectivo con la matriz grupal humana que lo cuida y nutre. Pero también cabe la posibilidad de que si el medio le procura mensajes contradictorios, la claridad y el dominio sobre el medio que el lenguaje hablado confiere, se trueque en confusión y sensación de angustia. Este tema me parece íntimamente ligado al de la manipulación y la destrucción de unos individuos por otros, e incluso más peligroso que las propias armas de fuego. En este contexto, la observación de un grupo psicoterapéutico tiene mucho que aportar y no sólo en

lo tocante al resultado psicoterapéutico en las personas que se acogieron a él como tratamiento psicológico. La cuestión es conocer en qué sentido el terapeuta influye el cambio. Ya sabemos que en la comunicación humana “no se puede no comunicar”. Del mismo modo, en la relación humana “no se puede no influir”. En un grupo psicoterapéutico, además, pretendemos influir, y pretendemos hacerlo de un modo que, preservando al máximo la libertad del individuo, efectúe cambios en su existencia que sean antídotos frente a la posibilidad del síntoma. El terapeuta controla su influencia a través de las teorías que fundamentan su actividad profesional. Pero todos sabemos que las teorías cambian, y que lo que racionalmente podemos sustentar acerca del ser humano, no lo abarca. Aunque hablamos de conductas, éstas no tienen sentido fuera de un contexto sembrado de conceptos, y esto le ocurre también al terapeuta que las elige y señala como significativas. La cultura grupal por lo tanto, está forjada por un conglomerado conceptual que el terapeuta apoya y prioriza, en el que no sólo forman un entramado los conceptos teóricos avalados por los ámbitos que hoy en día denominamos científicos, sino también por las creencias. Por todo ello, me parece más fiable, desde una perspectiva ética, el control y autocontrol de la propia actuación como motor de influencia en un grupo de psicoterapia, que el intento de evitar que se trasluzcan los elementos cognitivos, emotivos y sentimentales del terapeuta, (doy por consabida la contención de todo profesional que se dedica a este oficio y que se supone ha pasado a su vez por un proceso psicoterapéutico). Aquí cobra también un especial interés la observación detrás del espejo unidireccional.

Para ilustrar lo anterior, veamos las observaciones realizadas durante el año 1992, referentes a las “Intervenciones de la Terapeuta”, por cuatro profesionales, el Dr. Heriberto González y las psicólogas Rosa M^a Oller, Teresa Lanau y Pilar Mallor.

La actitud general.

Se destacan dos elementos:

1.- La empatía, con expresión frecuente de afecto, aceptación y preocupación por las participantes.

2.- El reto y la provocación como táctica para estimular determinadas conductas en las participantes.

Las intervenciones más frecuentes:

- Exponer las normas del grupo.
- Dar consejos sobre los ejercicios.
- Marcar el tiempo de inicio y fin de las sesiones y de los ejercicios.
- Preguntar al grupo sobre emociones y conductas, relacionadas con la vida diaria, sus problemas y el proceso de cambio.
- Sacar conclusiones.
- Hacer observaciones, aclaraciones y devoluciones.

- Cuestionar determinadas ideas.
- Invitar a dar interpretaciones diferentes y conductas alternativas.
- Modular la intervención de las participantes e invitar a intervenir a las que no lo han hecho.
- Promover la expresión de ideas y emociones.
- Delinear modelos de conducta adecuada.
- Focalizar el aquí y ahora.
- Dictar sentencias.
- Acoger afectivamente.

Ejercicios más utilizados:

- Cambio de papeles.
- Modelaje de esculturas.
- Rituales de integración y apoyo.
- Elaboración de “collages” (dibujos y recortes de revistas pegados a una cartulina con una intención estética y al mismo tiempo con inclusión de mensajes relacionados con la actividad grupal. Se confeccionan como regalo del grupo a las clientes que se van de alta).

Aspectos en los cuales se insistió:

- Autoconocimiento: toma de conciencia sobre lo que sentían y deseaban, y cómo lo expresaban y luchaban por ello.
- Derecho a buscar la satisfacción personal y luchar por su territorio.
- La negociación como alternativa ante el conflicto.
- La relatividad de la “realidad”.
- Las relaciones con los seres más significativos.

Conclusiones

La asistencia superior al 80%, el abandono de una sola paciente y las propias opiniones de las participantes, nos hacen valorar este proceso grupal como muy importante para ellas en el momento histórico que estaban viviendo.

A medida que avanzaba el proceso, se observaron cambios significativos en las opiniones y conductas en todos los temas trabajados.

Al inicio predominó:

- Una visión dicotómica de su realidad.
- Una visión negativa de sí mismas y de los papeles de esposa, madre e hija.

En el período medio:

- La visión se fue haciendo más relativa.
- Comenzaron a relacionar sus conductas con las de otras personas con las que compartían aspectos significativos de su existencia.
- Su autovaloración se hizo más positiva y esperanzadora.

- Comenzaron a asumir sus derechos.

Al finalizar:

- Pudieron establecer relaciones más satisfactorias con sus parejas.

- Aprendieron a dialogar y negociar en lugar de pelear.

- Desdramatizaron sus papeles de esposa, madre e hija.

- Defendieron más sus derechos y asumieron más adecuadamente sus responsabilidades.

- Establecieron una relación más autónoma con respecto a su familia de origen.

- Se valoraron más a sí mismas como personas.

- Se acercaron más a sus hijos.

Observamos una relación directa entre la frecuencia con que se trataron algunos temas y los cambios que se produjeron.

- Los temas más trabajados fueron la relación de pareja y la autoimagen, y fue en esas áreas donde más cambios favorables ocurrieron.

- El tema menos trabajado fue la relación con los hijos y fue allí donde se vieron menos cambios.

* * *

TRANSCRIPCIÓN DE UNA SESIÓN INTEGRAL DEL GRUPO DE MUJERES EN EL CAP DE SALUD MENTAL BAIX SUD

A fin de acercar a nuestros lectores una muestra de la experiencia terapéutica vivida en los grupos de mujeres hemos escogido para su transcripción una sesión que pudiera ser representativa de la dinámica habitual en cuanto a participación y técnicas. La sesión fue grabada en cinta magnetofónica, que transcribimos literalmente, con la excepción de los nombres de las participantes, que han sido cambiados intencionadamente, a fin de preservar su intimidad. En la transcripción hemos realizado las mínimas correcciones necesarias para hacer más fluida la lectura y hemos suprimido algunas interjecciones, onomatopeyas y redundancias. Hemos intercalado igualmente algunos comentarios sobre las interacciones y movimientos producidos en el interior de la sala durante la sesión y que no quedan reflejados suficientemente en el diálogo verbal.

Las asistentes a la sesión fueron Roser, Juanita, Mercé, Josefina, Sebastiana, Consuelo, Rocío, Antonia, Concepció, Carolina, Matilde (Mati), Dolors y la terapeuta. La última en incorporarse al grupo fue Sebastiana. Algunas participantes no intervinieron verbalmente, por lo que no aparecen en la transcripción (sólo Carolina y Dolors), aunque estuvieran presentes.

LA SESIÓN

Terapeuta - ¿Hay reflexiones o novedades respecto a la sesión anterior?

Roser - ¿Puedes decirme lo que te pregunté? El alta de Juanita es en Octubre

y la mía en Noviembre, pero no recuerdo el día.

Terapeuta - El día 24 es la de ella...

Juanita - La mía es el próximo jueves.

Terapeuta - Te diré la fecha exacta cuando salgamos de la sesión, porque tengo la libreta ahí dentro (señalando la sala de los observadores, separada de la sala de sesiones por el espejo unidireccional).

Mati - ¡Qué ganas tenéis de irros!

Juanita - Yo no me quiero ir, pero a la vez me va bien. Ahora me va mejor no venir por otras causas. Fuera de aquí dije que “me echaban”. Lo que expresé concretamente fue: “me echan” y me contestaron: “porque quieres” (probablemente esta conversación se produjo en el bar donde se reúnen a tomar un café después de las sesiones) Me digo: “algún día me tengo que ir y comenzar a andar solita”, ¿no?. Pero da un poquito de cosa...

Mercè - Como si la madre te dejara de la mano, ¿no es así?

Juanita - Debe de ser eso... Esta semana he estado pensando en este asunto... y no estoy hablando de la sesión...

Terapeuta - Es que tiene relación.

Juanita - Sí. He pensado bastante en ello y he tenido ocasión de poner en práctica algunas cosas respecto a mi marido y yo. He sido capaz de hablar con él de forma... He puesto un poco de rabia al expresar las cosas, pero bueno, me ha salido bien, y además me he dado cuenta...

(En este momento entra Carolina. La Terapeuta se coloca junto a Juanita, que por la disposición de la sala ya no puede apoyarse en la pared. Alguna le señala: “Sin apoyos”, captando el símbolo analógico. Se ponen a hablar varias a la vez).

Terapeuta - Veamos... Nos estaba diciendo cosas bastante importantes...

Juanita - Yo tenía... cómo se dice eso... un “handicap” con mi marido y es el siguiente: cuando algo le sentaba mal de mí, y sin que yo supiera de qué se trataba..., porque claro, si uno es y actúa de una manera determinada y no se para a pensar, o cuando lo hace, de todos modos no lo ve..., bueno, el caso es que a mí me volvía loca, porque dejaba de hablarme tres, cuatro días, y luego, como si no hubiera pasado nada. La semana pasada volvió a ocurrir, pero esta vez sí que me di cuenta. En realidad se trataba de una tontería. Me dijo: “He visto a Pepe y me ha dicho que cuando vayamos a bailar nos llevará él” (refiere con detalles la existencia en el entorno de varios varones que se llaman “Pepe” y del malentendido entre ambos, ya que Juanita pensó en un “Pepe” distinto al que se refería su marido). Yo le respondí: “Pues que llame él”. “¿A qué “Pepe” crees que me refiero?”, preguntó. “¿A cuál va ser?, al tuyo”, contesté. “Tú te lo guisas y tú te lo comes. Siempre te anticipas”, dijo mi marido. “Pues chico, dime de qué “Pepe” me hablas”, añadió. “Eso es lo que hubieras tenido que preguntar desde un principio”, se marchó al comedor y se quedó serio sin hablar. Me dije a mí misma que eso era una tontería y que las cosas es mejor aclararlas y punto. En realidad transcurrieron dos días. Cuando me pareció que se

le iba pasando el enfado me acerqué a él: “¿Tú crees que vale la pena dejar de hablarnos por semejante tontería? Por cuatro días que vivimos, vivamos bien ¿no te parece?”. “Realmente no vale la pena, pero es que tú no te paras a pensar, siempre te anticipas”. Puede que sea cierto, y que aunque en esta ocasión se tratase de algo sin importancia, también ocurra en cosas más serias. Así que lo arreglamos.

También ocurre que suele venir a hacerme carantoñas y yo soy muy seca. Pero es que el otro día estaba muy nerviosa: los problemas del trabajo, mi hijo se había ido a la mili el día anterior y aun no había llamado, el piso estaba en obras por un escape y yo me encontraba liada limpiando y completamente metida en mis pensamientos. En esas, él vino por detrás a manosearme. ¡Me pegó un susto!, y le grité: “¡estate quieto, déjame en paz!”, a lo que respondió: “¿qué persona más arisca y más sosa eres!”. Sí, es verdad, soy arisca, no sé expresar. Aunque él está en el plan de los cuarenta y tantos, y yo le digo que tiene la “pitopausia”. Se ha comprado corbatas, camisas, pantalones..., se preocupa por no engordar y dice: “¿cómo estáis la mujeres...!” El otro día exclamé: “¡Bueno, vale ya...!” y me contestó: “No me tires de la lengua, porque tengo muchas...”, a lo que le respondí: “Mira, si tienes dónde elegir, ya sabes qué tienes que hacer, escoges la que más te convenga”. Me contempló serio y se marchó al comedor. Reflexioné: “Te has pasado, eso es echarlo”. Le echo muchas veces y pensé: “¿Y qué ocurriría si ya no viniera así, si ya no hiciera lo que hace?” y fui a buscarlo: “Perdona que te haya tratado así, he hecho mal. Intentaré que no vuelva a ocurrir”. Cuando llego a casa intento expresarme más, darle un beso, estar más por él. Me cuesta un esfuerzo, pero quiero hacerlo. No es que me cueste porque no le quiera, sino porque me resulta difícil exteriorizar. Me planteé que podía llegar a perderlo. Creo que he cogido el toro por los cuernos. He cogido el último vagón.

Por lo demás estoy bastante nerviosa. Estoy mal porque en el trabajo he hecho horas extraordinarias sin cobrarlas (refiere sus dificultades en el área laboral, que intenta resolver de una manera autoafirmativa en la que dice no estar dispuesta a dejarse humillar).

Antonia - ¿Estás alterada por el trabajo o por lo familiar? Lo familiar lo tienes más solucionado.

Juanita - Sí, lo tengo por la mano. Pero el trabajo me hace sentir inestable, sobresaltada, desconcentrada. Mi hijo ya me llamó y está bien. Viene mañana.

Mercé - ¿Y eso también te preocupa?

Juanita - Es que en aquella ocasión llevaba dos días sin saber de él.

Mercé - ¿Es el primero que se va?

Juanita - ¿Cómo, el primero?

Mercé - Si es el primer hijo que se te va.

Juanita - Sí. Tengo un hijo y una hija.

Mercé - Ese vacío se nota mucho. Te lo digo porque yo también tengo uno.

Juanita - Si lo demás está en su sitio, lo llevo bastante bien. Lo único que me

preocupaba era si había llegado y saber cómo estaba, nada más. Claro que, ves la habitación y te acuerdas, pero nada más...

Mercé - Notas una cosa rara que sientes...

Juanita - Sí... pero lo supero bien. Sólo estaba en casa para dormir y para comer...

Mercé - El mío tampoco está nunca, pero se nota el vacío, cualquier cosa te lo recuerda. Si estás bien quizás no tanto, pero...

Juanita - Ya..., pero yo casi no paro en casa, sólo estoy por la noche.

Terapeuta - En la sesión anterior hablamos de la “renuncia” (*un tema que suscitó Concepció*). Has entrado en esta problemática al decir “me han echado del grupo”. Aquí trabajamos acerca de a qué renunciamos, qué derechos tenemos y de qué modo nos falta autonomía. Si alguien se va de alta se entiende que ha adquirido cierta autonomía. Por lo tanto ha dejado de renunciar a su espacio, a los propios sentimientos, a las necesidades, a crecer. Si tú dices “no quiero irme...”

Juanita - En parte.

Terapeuta - Es cierto, no es que “te hayamos echado”, pero hay un aspecto verdadero, tal como tú lo sientes, en ese “me han echado”.

Juanita - Yo lo que tengo claro es que el alta la dais vosotros (*se refiere al equipo terapéutico, definido como la terapeuta y los que están detrás del espejo*).

Terapeuta - ¿El alta la damos nosotros?

Juanita - Que una pueda decir que no se siente a gusto de irse, pues vale.

Sebastiana - A mí me chocó lo que dijiste la semana pasada, que después de dos años te encontrabas igual.

Juanita - Estas últimas semanas he estado reflexionando más.

Sebastiana - Es que yo... cuando dijiste eso la semana pasada... (*dando a entender que tal vez no era muy útil acudir al grupo*).

Juanita - Lo dije porque sabía que se acercaba el momento...

Consuelo - Es su forma de expresarse. Ya ha dicho que es muy brusca...

Sebastiana - Eso me dio que pensar, porque si dice que después de dos años está igual... Yo me quedé, pero no me diste muchas esperanzas.

Rocío - Yo creo que la esperanza no se tiene que perder.

Sebastiana - Se va de alta y parece que no esté contenta.

Juanita - También os dije que estaba tomando una medicación y tenía que consultarlo con el médico. En aquel momento me sentía mal...

Sebastiana - A mí me chocó mucho.

Concepció - Estas salidas las tiene a menudo. Fuera de la sesión tiene su “revanchina”. A mí me sirve. Ella va diciendo y nosotras vamos tomando lo que nos interesa. Es su manera de ser. (*Hablan varias a la vez*)

Consuelo - Lo del alta ella misma lo está demostrando y no desde ahora, sino desde hace bastante tiempo.

Sebastiana - Es por el comentario que hizo la semana pasada.

Consuelo - Es su forma de expresarse.

Juanita - Es que necesito que me lo digan y como no me lo ha dicho nadie...
(refiriéndose a cómo la ven las demás).

Consuelo - Ya lo ves tú misma. A mí nadie tiene que decirme que estoy mejor. Lo veo por la forma en que voy reaccionando. ¿Hay días malos? Vale. Así y todo estoy mejor y no digo un poquito, sino un paso de gigante. Hablo por mí, pero por ti digo lo mismo, o más, porque tú ya puedes irte.

Juanita - (*Muy bajo*) Ya te irás tú también.

Consuelo - Yo también tengo ganas de irme.

Rocío - Los pasos se notan.

Consuelo - Se reacciona de otra forma.

Rocío - A mí me ocurrió esta semana. Alguien me dijo: “¡Cuánto has cambiado desde que estás en el CAP. Qué silenciosa te has vuelto!”. Antes hacía la guerra, tenía brusquedad, era un “¡bum!”. Lo hablé y supo comprenderme. Si me hubiera comportado del modo antiguo, quejándome, no me hubiera comprendido. Ahora me doy cuenta de lo que estoy trabajando y he sentido que llegó el momento. Pensaba que los demás no lo notaban, pero ellos mismos me lo dijeron. Lo que yo he aprendido ha valido la pena. Nuestra vida ha sido a ver quién podía quedarse encima. Ahora mi marido me dice: “Estás de un silencio que me hace daño”. Pregunto: “¿Por qué?” y responde: “Porque no eres tú”. Le contesto: “Yo soy yo, ahora”. Lo que aún no tengo claro es lo que quiero y dar el paso, o quizás aún no me veo capaz de dar el paso a lo que quiero realmente. Lo que hacía antes sólo me valía para dar malestar a mis hijos. Mientras no ocurre nada especial no ves mejoría, pero cuando se presenta la situación te das cuenta de lo que has avanzado, y ves las cosas de otro modo. Habrá días en que dirás que no has trabajado, pero luego se presenta un problema y dices: “¡Lechuga, he trabajado!”. Hablo por mí. Quiero trabajar poco a poco y segura para ir dándome cuenta. Vamos, que no está una aquí los dos años y se va igual, ¡que no!

Terapeuta - Antes, Juanita, al contarnos esas cosas se expresaba con emoción. Se veía por lo tanto que era algo profundo. Antonia y Mercé han hablado en un sentido que parecía significar: “Tu malestar procede principalmente del trabajo o de los hijos”. Eso es poner el tema fuera. Si ponemos los temas fuera no sacaremos nada. Lo que nos sirve es colocar los temas dentro.

Antonia - Quizás me he expresado mal. Lo que yo quería decir es que lo que ahora parece tener peor es lo del trabajo.

Terapeuta - No tiene peor lo del trabajo.

Antonia - Si lo otro ya lo sabe llevar mejor...

Juanita - Lo otro lo he llevado muy mal durante muchos años.

Terapeuta - Los temas de fuera no se llevan ni mal ni bien. Si estamos bien, cuando fuera hay un problema sentimos cierta satisfacción al solucionarlo porque esto nos hace crecer, nos permite medirnos un poco y ver en qué situación nos

hallamos en aquel momento. Lo que nos hace poner mal es estar mal.

Juanita - Sólo te crea un poquito de ansiedad, pero es lógico, ¿no?

Consuelo - A mí me ha comentado que irá al médico y se arriesgará a lo que sea (*probablemente se refiere a quedar sin tratamiento médico*).

Terapeuta - Al hablar del alta, alguien ha mencionado que “ya no tendrás mamá”. Si esto fuera así, - la mamá sois todas - ¿para qué te ha servido esta mamá?

Juanita - ¡Uy, es muy difícil! Pensé que cuando me fuera las iba a echar de menos, en la medida de lo razonable, sin sentirme enganchada... bueno, creo que no estoy enganchada... La “mamá”, como dice Concepció, existió realmente en un principio. Cuando me detengo y lo pienso, ¡Dios mío, qué lejos! Me sirvió mucho. Bueno, me estoy dando cuenta.

Consuelo - (*Con voz muy alta*) ¡Hoy!

Juanita - No, esta semana.

Consuelo - ¡Te das cuenta hoy!

Juanita - No, esta semana (*Repite esta frase y Consuelo habla encima sin que se entienda*). Empecé a darle vueltas y me dije que tenía que demostrarme a mí misma que estaba bien, que era cierto. Ya os he dicho que necesitaba que alguien me lo repitiera, pero también crérmelo yo. Creo que no me atrevía. Me parece que ya me he atrevido, y sin que me lo repitiera ni mi marido ni nadie. Creo que me he dicho a mí misma que puedo. ¿Vendrán baches? Sin duda, pero quien no tenga baches no es humano. Espero poder llegar a dejar la medicación, aunque me costará, porque el estado de ansiedad me puede. Ha llegado el momento en que, la mamá o quien sea, tiene que dejarme de la mano... o la tengo que dejar. Tengo que caminar sola. De hecho ¡he caminado sola!

Terapeuta - ¿Para qué te ha servido esta “mamá”? Ya sé que lo estás diciendo indirectamente, pero me gustaría que lo especificaras.

Juanita - No sé decirlo... Quizás para pensar más. Mi actuación era la de ¡pim, pam pum! y luego arrepentirme y llorar. Esta era mi solución. Me he dado cuenta de que esto no puede ser. Tal vez lo hacía inconscientemente, o porque me servía, o no encontraba otra salida. Me sentía víctima de lo que me ocurría y claro, si me sentía víctima, así me presentaba ante los demás. No puede ser. Si me compadezco de mí misma, todos me tendrán lástima. En el momento, sirve, porque te consuelan, tienes a la gente encima. Esto hace tiempo que ya no lo hago. Estoy hablando del proceso. Si me comporto así, ¿qué estoy haciendo? Estoy escondiendo lo que quiero, lo que me pasa, lo que llevo. Estoy guardando todo eso y sacando un papel inconscientemente, que ahora hago consciente. Con estas conductas no eres una persona, no eres nada más que una “pobrecita”, te conducen a arrinconarte. Luchar es más difícil, pero más positivo. Mientras luchas hay momentos en que te lo pasas mal, pero también te lo pasas mal de la otra manera y además no llegas a ningún sitio. Es mejor luchar aunque a veces te digan que has cambiado o que eres mala. Por ejemplo, en el trabajo ahora soy “la mala”. Yo no he sido nunca mala. Ahora los

demás pasan por corderitos ¡A mí no me da la gana! Estoy dispuesta a ayudar, pero hasta donde crea que debo hacerlo. No voy a permitir que pasen más allá de lo que creo razonable, aunque me vaya a la calle. Lo tengo muy claro. Eso también concierne a la casa. Este tema lo he hablado con mi marido y me apoya. Eso me hace sentir mejor, por supuesto, pero si no me apoyara adoptaría la misma actitud. El sueldo principal es el suyo, claro, y el mío es una ayuda, pues nos metimos en los gastos de un piso y todo cuenta, pero yo también cuento y no quiero que me pisen.

Terapeuta - ¿Qué pensáis del papel de víctima? (*Se produce una pequeña pausa*)... ¿Cómo vas tú, Concepció, con tu papel de víctima?

Concepció - Este fin de semana ha sido un poco guerrillero. El sábado al mediodía mi marido acababa de volver con mi madre de Barcelona. Había ido a buscarla al hospital. Yo estaba haciendo la comida para todos. Yo estaba a cien. Mi padre me había dado la noche, me tuve que pelear con él, me amenazó, en fin... Mientras preparaba la comida, cada cual tiraba por su lado. Mi madre me pedía una cosa, mi padre me exigía otra. Yo, en la cocina, una cocina en la que no encontraba los trastos y no sabía por dónde moverme (*al encontrarse su madre, anciana, en el hospital y requerir el padre, también anciano, que lo cuidasen, ella se había trasladado al domicilio de sus padres para atenderlos*). Mi marido, que, el pobre, era el único que no tiraba en aquellos momentos, se encontraba a mi lado. Le dije algo que quizás nunca antes había sido capaz de reconocer: “¿Quieres que te diga una cosa? Estoy haciendo algo para lo que no estoy capacitada, algo que en estos momentos está por encima de mis posibilidades y de un momento a otro, o me voy a quedar sentada en el suelo o pegaré un berrido del que os vais a enterar ¡No puedo más! ¡No sé ni encender el fuego! Uno chilla por aquí, el otro por allá... Llevo dos días con un estado de nervios al máximo, así que, mira, échame una mano, porque yo soy incapaz de preparar la comida”. No es la primera vez que me pongo nerviosa o que me bloqueo, pero nunca lo había reconocido. Siempre “podía más”, siempre “hacía más”. Después pensé: “Mira, algo has dicho, no ha sido gran cosa (*ríe*), pero algo has dicho”.

Terapeuta - ¿Qué hizo tu marido?

Concepció - Me dijo: “Tranquila, si no comemos a las 2, comeremos a las 3, y si no, a la hora que sea. Si tu padre chilla, que chillé”. Mi marido se quedó a mi lado. Siempre lo ha hecho, no es una persona que escurra el bulto. Me estuvo ayudando, me fui tranquilizando y acabé por organizar las cosas.

Terapeuta - Fue un momento muy bonito y solidario, ¿no?

Concepció - (*Riendo*) Sí... como bonito, mucho. Solidario..., también. Mi hija me comentó algo: “Mamá, no se te ocurra nunca irte de casa. Papá te tiene puesta en un altar (*risas*). Me ha estado mortificando los dos días, que si no hagas esto, que si no hagas lo otro porque tu madre, eso, no lo haría nunca... Iba por casa como un alma en pena”. Está acostumbrado a no estar él, pero no está acostumbrado a que no esté yo. Mi hija le decía: “Pues aprende, ella está muchas horas sola, y tú, por un

par de días, no sabes por dónde andas”. Me llamaba cada dos por tres, o sea, tuvo una reacción... Creo que a mi marido todo aquello le removió un poco.

Terapeuta - ¿Cómo te recibió?

Concepció - ¡Bien! Pero cuando le ocurre una cosa así, queda triste, chafado, se hunde. Creo que en algún sentido está teniendo una dependencia de mí un poco exagerada. Mi marido se ha quedado sin familia. Su padre murió hace un par de años. A su madre la ve cada cinco o seis meses y la llama cada quince días para saber si está viva o muerta. Con su hermana y cuñado han quedado cortadas las relaciones. No nos vemos desde hace cuatro años. Mi marido esto lo acusa. Es una persona muy sensible y se han portado mal con él. Creo que en estos momentos depende de mí como si viera que soy lo único que le queda. Y su trabajo, ese es su mundo. Pero en el área privada, de los sentimientos, considera que sólo le quedo yo. Las hijas ya son mayores, una está fuera, y con la pequeña discute mucho. Está bastante distanciado de las hijas. Se apoya en mí, y eso me produce cierto temor, aunque yo también dependo mucho de él. Pero a él, lo veo... no sé, muy dependiente. Lo que me contó mi hija de su comportamiento esos días me preocupa un poco. Me idealiza.

Terapeuta - O sea que es un buen momento para introducir eso que ya has introducido, es decir, “En este momento no soy capaz de”, ¿no crees?

Concepció - Quizás sí que me convendría bajar un poco del pedestal. No tengo por qué estar encima de un pedestal. Claro, es que siempre me dice: “Tú eres muy fuerte. Tu fortaleza y decisión las envidio”. A veces le respondo: “Yo no soy fuerte como tú me ves”.

Juanita - Eso me recuerda la impresión que me hiciste el día que entraste en el grupo.

Concepció - Sí, pero no me conocías.

Juanita - Bueno, es la fachada...

Concepció - Pero mi marido mira los años que hace que vive conmigo.

Juanita - Sí pero, si no le muestras tus sentimientos...

Concepció - Se los he mostrado, me ha visto sin fachada muchas veces.

Mati - A mí la semana pasada me dejaste asombrada, de verdad. Te veo tan fuerte y tan segura...

Consuelo - Está comentando que no es tan fuerte como aparenta.

Mati - Ya...

Consuelo - Tú la ves fuerte y segura, y ella comenta a cada momento que no es tan fuerte ni tan segura.

Mati - Es la imagen que a mí me había dado.

Mercé - La imagen de la tranquilidad, del poder.

Concepció - Creo que mi fachada se debe a que desde pequeña me sentí muy rechazada y soy muy orgullosa en el sentido de decir: “Sí, me ocurre tal cosa, pero no lo vais a notar”. Evidentemente, con segun qué personas, no con vosotras. He tenido, por ejemplo, problemas muy graves con mi familia, me he sentido rechazada

por mi madre, y no he querido dar a entender que me estaban haciendo daño. Esta postura ha sido mi coraza frente al rechazo de la familia, a fin de mostrarles que no me hacían falta para nada. En el fondo me hacían mucha falta, pero no lo demostré. Si lo hubiera hecho, creo que tampoco hubiera servido para nada.

Consuelo - Quizás sí, Concepció, quizás sí.

Concepció - No lo creo. Cuando he intentado demostrarlo me han puesto un parche en la boca.

Mercé - Pero tú los tienes acostumbrados a verte con esta actitud.

Concepció - De pequeña, cuando intentaba acercarme a mi madre para darle un beso, me apartaba. No me daba nunca pie a expresar mis sentimientos. Esto me dolía y no quería demostrarlo. Pero de mayor no ha sido así.

Mercé - Quizás lo que a ti te pasa es que tienes una imagen engañosa de cara al público, digamos, pero en realidad eres distinta. No sé hasta qué punto es positivo dar esa imagen.

Terapeuta - A ver, ¿qué ha dicho ella?

Mercé - Que daba una imagen de lo que verdaderamente no sentía. Que era y es orgullosa. Que cuando, por ejemplo, su madre le hacía algo que no le gustaba, no quería demostrárselo y simulaba pasar de ella.

Terapeuta - ¿Y a qué se debía esa conducta?

Mercé - Según dice, al orgullo.

Terapeuta - También ha dicho que desarrolló esta defensa ¿por qué razón?

Mercé - Porque se sentía muy atacada y rechazada. Este era su modo de defenderse.

Terapeuta - Y porque cuando probaba otra manera de comportarse no le servía. ¿Qué le contestas tú a esto?, no lo he entendido...

Mercé - Que no sé hasta qué punto esa reacción es positiva. Si te sientes atacada por algo que te molesta, ¿por qué no decir que te molesta en vez de simular que no te molesta? No sé si me explico...

Terapeuta - Ella se da cuenta del origen de lo actual y se pregunta cómo empezó. Tú le dices lo que tendría que haber hecho en el pasado.

Mercé - Es que creo que se ha acostumbrado a actuar así. Y yo creo que en el pasado esta reacción no le fue bien.

Terapeuta - ¿Por qué vamos a pensar que en aquel momento no le fue bien?

Juanita - Quizás en aquel momento le sirvió.

Terapeuta - Supongamos que no le fuera bien, pero esa creencia absoluta...

Mercé - Esta reacción la hace renunciar a sí misma.

Terapeuta - De acuerdo, este es un aspecto que ella trabaja ahora y por eso lo trae aquí. Aquello tuvo unas ventajas y unas desventajas. Ella ya lo señala. Entonces ¿qué añade tu aportación?

Mercé - Yo creo que lo que debería hacer es no mostrarse tan fuerte, que vean que tiene cierta debilidad.

Terapeuta - Nos ha estado diciendo que la semana pasada estuvo haciendo justamente esto.

Mercé - Y le salió bien.

Terapeuta - Pero ¿qué le aportas diciéndole que haga algo que ya está haciendo?

Mercé - No sé. Lo veo pero no lo sé explicar.

Terapeuta - No entiendo lo que le quieres decir ni el motivo.

Sebastiana - A mí me ha ocurrido. Esas cosas quedan muy grabadas cuando eres pequeña.

Terapeuta (*a Mercé*) - A ver si puedes expresar lo que quieres decir.

Mercé - ¡Ufff! Creo que lo que ocurre es que después de haberla escuchado en la sesión anterior... He de añadir algo. El primer día que vine al grupo estuve en la estación y una de las personas que vi en el andén fue a ella. Ya le he dicho fuera de aquí que me produjo una impresión de seguridad, de persona inteligente, bien coordinada en sus ropas. Me fijé en ella. Iba con su periódico, su chaqueta, esta granate que lleva. Luego me chocó encontrarla aquí en el grupo. Me gustó. Pensé: “¡Caramba!, si esta señora, porque realmente es que, perdona, es así, si esta señora viene al grupo, esto no será ...”

Terapeuta - Es un buen sitio...

Mercé - Exactamente (*risas*). Realmente lo que tengo que decir es que su imagen es muy buena.

Juanita - ¡Arrasas!

Mercé - Si ella viene aquí es que este lugar no es cualquier cosa, la verdad. Con ella me siento muy bien. Da la sensación de saber ir bien por la vida, y cuanto hace, lo hace perfectamente pensado, aunque sea por la coraza que se ha puesto para no demostrar sus sentimientos de rebeldía. Los tiene, pero dice ¡tate!

Terapeuta - De acuerdo, pero tú le dices que ha de hacer o que hace lo que ella misma ya está diciendo que hace.

Juanita - No entiende...

Terapeuta - Lo nuevo que puedes aportar se referirá a ti ¿Qué cosas tuyas depositas en ella? ¿Qué deseos? ¿Qué necesidades tuyas? La admiras. Su imagen, sin conocerla personalmente, te pareció bien ¿Colocas en ella tu deseo de seguridad? Has hablado de elegancia, de distinción, el bien social. Quizás son deseos tuyos. Lo pusiste en ella, puesto que no la conocías cuando la viste el primer día en la estación.

Mercé - Sí.

Terapeuta - Bien. Habla de ti. Con esto quizás aportarás cosas nuevas. Si hablas de ti nos servirá a todas.

Mercé - Si hablo de mí quiero decir que yo, al contrario que ella, ante lo que me hace daño, exploto. Yo no pongo coraza, exploto.

Juanita - Yo, en cambio, no.

Mercé - Y luego me doy cuenta de que me he quedado a medio camino, o que

he dicho cosas que no hubiera tenido que decir. Pero claro, no doy ni la mitad de la seguridad que...

Terapeuta - Desearías.

Mercé - Ni la tengo.

Terapeuta - Y la desearías.

Mercé - Sí, la desearía. La pienso, pero no la doy. Creo que también utilizo mucho la lástima, como Juanita.

Terapeuta - Ya estamos en el papel de víctima.

Mercé - Sí, lo estoy pensando. Es un papel que hago mucho, y lo de renunciar, porque me hago la víctima.

Terapeuta - Claro, renuncias tanto que luego haces el papel de víctima.

Mercé - Es que siempre tengo que dejar cosas por los demás, aunque nunca me hayan dicho “eso no puedes o no debes”. Y si alguna vez me lo han dicho ha sido cuando más he reaccionado con un “¡Pues quiero eso!”. Pero decir las cosas no conduce al paso para hacerlas. Puedo querer algo, pero falta dar el paso.

Sebastiana - Yo quería hablar sobre Concepció. Lo del rechazo de tu madre yo también lo viví de pequeña. No recuerdo un beso de mi madre. El mecanismo de defensa tuyo es hacerte la dura. El mío, también. En mi casa soy el “coco”. Grito mucho. Es un mecanismo de defensa que tengo desde pequeña, porque nunca me he sentido querida. En casa, ni un beso de mi madre, ni una caricia. Este mecanismo, que sigo teniendo, es de dureza. Pero fuera, las amigas me conocen tal y como soy. En casa, es todo lo contrario, me impongo.

Terapeuta - Es curioso lo que dices. Participan más de tu mundo íntimo las amigas que la familia.

Sebastiana - Mucho más. Me conocen mejor, tal como soy, más sensible. En casa me conocen como muy dura, con mucho genio.

Terapeuta - O sea que en casa eres, digamos, “un gerente”.

Sebastiana - Sí, un sargento.

Terapeuta - No un sargento ¡eh!. Un “gerente” (*risas*).

Sebastiana - En mi casa no conocen la sensibilidad que tengo, y eso desde pequeña, porque siempre estuve a la defensiva, así que siempre he sido “la mala” de casa.

Juanita - Yo creo que todas arrastramos algo parecido. Mi dificultad en expresar los sentimientos también arranca de ahí. Tenía que guardar lo que sentía porque veía a mi madre sufrir y llorar cuando mi padre no estaba, y no sabía hacer otra cosa. Mi defensa de pequeña era convertirme en piedra. Me sentía feliz si mi madre y mis tíos pensaban que estaba bien.

Rocío - (*a Sebastiana*) No comprendo eso que dices de manifestarte en tu casa como un sargento.

Sebastiana - Bueno... como un gerente...

Rocío - Ni que las amigas te conozcan como eres. Por la imagen que me estás

dando, les tienes más confianza y les muestras más cómo eres a las amigas, que a la familia.

Sebastiana - Así es. En mi madre no tengo confianza en absoluto.

Rocío - Yo hablo de tu casa.

Sebastiana - Mi marido no me ve sensible, no me comprende. Siempre me ha visto mucho genio. Los niños no. Ellos me conocen tal como soy. Unos días estoy muy alegre y otros menos. En ellos tengo mucha confianza. Les hablo de todo. Pero mi marido y lo que es mi familia, o sea, mi hermano y mi madre, no me conocen como soy, y en cuanto a lo que he sufrido de pequeña, ninguno lo sabe.

Concepció - Eso es algo que generalmente no saben ni quieren saber.

Mati - Porque no les interesa.

Sebastiana - A veces me dicen: “Tus amigas sólo ven tu imagen. Quienes te conocemos realmente somos tu madre y yo”. Eso me duele, porque sólo ven el lado negativo.

Mati - En mi familia ha sido lo contrario. No ha interesado que se sepa nada de puertas afuera. Si tu no has recibido un beso, yo, en vez de un beso, recibía un manotazo, que era lo más práctico. Si me he decidido a darle un beso a mi padre, ahora que tengo treinta años, es porque es para mí una pena no poder besar a mis padres, pero no me sirve de nada en absoluto y ni siquiera lo saben apreciar. Así que ahora lo que más me molesta no es que no me hayan dado el cariño que tenían que darme, sino que, al no habérmelo dado ni enseñado, yo tampoco lo sé mostrar. ¿Qué hago yo cuando mi hija me da un beso, eh? Lo más razonable sería que, ya que yo no lo he tenido, la dejara que me besase y que yo le devolviera el beso, en vez de sentir lo que siento, que parece como si me estuviesen clavando un puñal.

Sebastiana - Pues yo he reaccionado completamente al contrario.

Mati - Y le digo a mi hija “¡no me beses, no me toques!”

Sebastiana - Yo he hecho todo lo contrario en eso.

Mati - A mí me duele que me bese mi hija, me duele, ¡ay!, y no sólo eso. Estoy ya en el comedor y desde la cama mi hija me dice: “¡Mamá, no me has dado un beso!” Yo voy allí y hago así: “¡muah!” (*muestra gestualmente un beso desafectivo y brusco*). Cuando mi marido me besa me da... no asco, pero no quiero que me bese. Antes me venía con “¡Ay, cariño!” y pitos y flautas. Yo, poco a poco, me lo he ido quitando de encima ¿Por qué? Porque no quiero que nadie me demuestre nada. Sin embargo, ahora me estoy dando cuenta de que lo único que estoy consiguiendo es hacerme daño a mí misma.

Sebastiana - Yo siempre he sentido falta de cariño y lo busco donde sea. Si no es en casa, pues fuera.

Mati - Yo no entiendo una cosa. Si lo tengo en mi casa, ¿por qué he de buscarlo fuera? Te estoy hablando de mi casa. Mi casa es mi marido y mis hijas. ¿Por qué tengo que buscar a mis padres?

Sebastiana - Es que yo tengo a mi madre en casa, y no puedo olvidar mi

infancia viéndola a ella cada día.

Mati - Yo la tengo a veinte pasos de mi casa. No es que quiera recordar, pero aunque me fuera a mil kilómetros, seguiría pensando en la mala vida que me dieron. Luego me pregunto: “¿Y qué consigues con esto, si no los vas a cambiar?”. Llevo treinta y dos años luchando para que sean una familia como Dios manda y ¿sabes qué estoy consiguiendo?: destruir la mía. Por querer arreglar la familia de mi madre, destruyo la mía.

Terapeuta - Ella está haciendo una distinción muy interesante entre su familia y la de su madre.

Mati - Antes éramos todos una familia: mi padre, mi madre, mis hermanos, mi hermana, mi otra hermana, mi marido y mis dos hijas, y prácticamente todos vivían en mi casa. Los problemas que tenía mi madre, eran mis problemas. Hasta que no he sabido separar esto, no he ido mejor, y no te vayas a creer que no me haya costado y me esté costando. Y eso no significa, te lo garantizo, que no quiera a mi madre, porque yo también soy madre. Pero fíjate, ¡eh!, hasta una cabra montesa puede ser madre, y un animal da más cariño que una persona humana. ¿Por qué lo digo? Porque un animal jamás abandona a un hijo, jamás le deja sin comer, si no es que lo matan. Sin embargo, nosotros los humanos, lo hacemos. Abandonamos a los hijos, les damos malos tratos, mala vida. Si te pasas treinta años de tu vida intentando arreglar eso, no lo consigues. ¿Y qué haces entonces? *(en un tono emocional muy intenso)*.

Sebastiana - Pero si estamos aquí por ese trauma que nos viene de la infancia, ¿cómo olvidarlo?

Mati - Pues te voy a decir una cosa: sigue. Y entonces no te valdrá para nada venir aquí. Es lo que llevo haciendo durante dos años, intentar separar las cosas. Mira, mi madre es la gangrena de esta pierna. Si no la corto, me va a matar, así que, lo siento, pero la corto. Cuando conozca el límite en el que no se va a propagar la gangrena, te aseguro que aceptaré la enfermedad. Mientras tanto no la voy a aceptar, porque a cada paso que doy, la veo y me lo recuerda. Y no sólo por lo de antes, sino también por lo de ahora. Hay un sin fin de cosas en las que daba la culpa a mis padres. Mentira gorda. Mis padres no tienen la culpa de que yo me gaste cien mil pesetas del sueldo de mi marido. Mis padres no me han puesto un puñal. Lo he hecho yo porque me ha dado la gana. ¿Que mis padres me han creado una inseguridad y hago estas cosas? De acuerdo. Respecto a Concepció, ¿sabes lo que yo admiraba de ella y lo que hasta cierto punto sigo admirando?: la responsabilidad que tiene. Cuántas veces le he dicho: “¡Concepció, dame un poquito de tu responsabilidad!” Me decía para mis adentros cuando la veía: “Esta mujer tiene que saber llevar su casa, las cuentas, el dinero que ha de gastar. Seguramente, si tiene que comprarse una cosa, lo mira. Se dirá si puede comprarse ese traje y no se lo comprará si llega a la conclusión que es prioritario comprar otra cosa”. ¡Yo, no” ¿Que me quiero comprar un traje? Voy y me lo compro, y si la semana que viene no tengo un puto duro para comer, me fastidio. Y mientras tanto el desgraciado de mi marido está trabajando.

Lo que quiero decir con esto es que has de crearte una serie de responsabilidades. Quizás no como lo hace ella, porque si a ella ahora le apetece comprarse algo, que lo haga, que no renuncie por esa responsabilidad. No se puede ni tanto ni tan calvo. De todo eso me estoy dando cuenta. Ni una responsabilidad al cien por cien, que no la deja vivir, ni lo que hago yo, entiendes? Un poquito para cada una. Y como eso, todo. Con respecto a mi familia, te puedo asegurar que, más daño que el que me han hecho a mí... A veces hasta cogería a mi madre... (*llora*).

Terapeuta - (*levantándola, ya que están sentadas sobre colchonetas*) Los discursos tan largos me atribulan. Ven a trabajar por aquí, ven.

Mati - (*que continúa afectada*) Si se puede odiar, yo la odio, la odio a muerte. No la quiero.

Mercé - No digas eso...

Mati - (*gritando*) ¡Tú no lo entiendes, no lo comprendes, la odio y no quiero volver a verla. Quiero que se muera, que le dé un cáncer. La odio, la odio, la odio! ¡Todo lo que estoy pasando es por su culpa, lo que he pasado en mi casa, lo que están pasando mis hijas, lo que estoy pasando yo! ¡Por su culpa, por no haber sido la madre que debía! ¡Yo nunca le he pedido nada...! ¡Solamente que me diera algo, algo...!

Mercé - Cariño...

Mati - (*continúa de pie, sin poder distanciarse de ese momento catártico. Llorando*) ¡Algo, y no me lo da, y yo lo necesito! Si no, ¿cómo se lo voy a dar yo a mis hijas? No lo entiendo. Lo he intentado, ¡os lo juro!. Si lo necesito yo, ¿cómo podré dárselo a mis hijas? ¡explicádmelo! ¡Ella tiene que decirme algo, algo así como “te quiero”! ¡No me lo ha dicho nunca!

Mercé - A mí tampoco.

Mati - ¡Nunca! ¿Cómo se lo voy a decir yo a ellos?

Sebastiana - A mí tampoco me lo ha dicho nunca.

Mati - ¡Cómo se lo diré yo a mi hija?

Juanita - A mí tampoco me lo han dicho.

Mati - ¡Yo lo necesito! ¡Llevo treinta años pidiéndoselo! ¡Por una vez que me dijera “te quiero” o me diera un beso, o cualquier cosa...

Terapeuta - Mati, quiero trabajar una cosa contigo y con Juanita (*la alza también. Se dirige a Mati*) A ver si puedes tranquilizarte. Paséate un poquito por aquí, ve paseando, relájate (*la coge por el brazo, le muestra el movimiento de relajación de los atletas, le hace dar algunas vueltas, intenta cambiar el clima de dramatismo anterior y conseguir mayor distancia emocional, aunque se aproxima a ellas corporalmente*). Has dicho anteriormente que si venían a besarte te sentías de un modo parecido al que pueda sentirse alguien cubierto de espinas (*a Mati*). Tú has dicho algo parecido en relación con tu marido, que eras arisca (*a Juanita*).

Juanita . - Que no sé exteriorizar.

Terapeuta - Y no acabas de permitir que se te acerquen.

Juanita - Sí, soy arisca y no sé exteriorizar.

Terapeuta - Eres arisca y escupes el acercamiento (*haciendo un gesto de rechazo expresivo de sus palabras. Le entrega un cojín*) ¿Sientes las espinas de la “arisca”? ¿Notas el “puercoespín lleno de espinas”?

Juanita - No, a mí me gusta que se me acerquen, aunque utilice lo contrario.

Terapeuta - ¿Y sabes por qué? Porque es peligroso. ¿Por qué somos ariscos?

Juanita - Depende...

Terapeuta - No somos ariscos por las buenas ni porque sí.

Juanita - Sí y no...

Terapeuta - ¡Por eso no dejas que se te acerquen!

Juanita - Dejo que se me acerquen, pero no sé comportarme de una manera cariñosa. Me hago rogar, vaya. Me gusta, pero no me gusta reconocerlo. Quizás sea una debilidad mía.

Terapeuta - Si lo reconocieras podría ser peligroso para ti. Por algo lo haces. (*Juanita se muestra resistente a entrar en el juego. Ella y Terapeuta mantienen un diálogo en el que esta última intenta convencer a la primera para llevar a cabo el ejercicio*)

Juanita - Sí, pero yo no sé por qué.

Terapeuta - El caso es que lo haces. Si no lo sintieras como peligroso no tendrías inconveniente en que todos se te acercaran.

Juanita - Depende de quién.

Terapeuta - Tú te dices, “¿vete a saber qué ocurrirá?”.

Juanita - Con mi marido no lo hago.

Terapeuta - Vamos a ver, ¿puedes relacionar lo que haces con lo que sientes o no?

Juanita - ¿Lo que hago con lo que siento?

Terapeuta - Sí, responsabilizarte de lo que haces como algo tuyo. Antes has dicho que eras arisca ¿No puedes reconocerlo como un comportamiento tuyo?

Juanita - Sí, que no soy cariñosa, es lo mismo, sí...

(*Terapeuta le sugiere hacer una escultura, pero Juanita parece no comprender lo que se le propone, por lo que finalmente renuncia a Juanita para realizar el juego y se dirige a Concepció*)

Terapeuta - Tú lo tienes más claro, ¿no? No quieres ser orgullosa, pero hay en ello un peligro, mostrar lo que se necesita produce una vulnerabilidad, es como sacar las espinas, las defensas, o lo que sea (*poniendo a Mati y a Concepció frente a frente y cada una con un cojín, que representa las defensas*) ¿Podéis negociar el acercamiento sin palabras?

(*Concepció y Mati quedan en el centro de la sala, mirándose en silencio. Tienen el cojín bien sujeto al cuerpo. Se acercan la una a la otra muy lentamente. Mati ha colocado su cojín fuertemente asido contra la cara. Concepció se acerca más y le coge suavemente el brazo. Luego intenta abrirle la mano, pero Mati no se lo permite. La acaricia y Mati acaba soltando su cojín. Se deja caer de rodillas y*

pone los brazos alrededor del cuello de Concepció. Rompe a llorar desgarradamente, con lo que Concepció se olvida completamente del cojín que tan fuerte sujetaba, para abrazar a Mati. La secuencia dura unos tres minutos. Ante el abrazo, Mati le habla a Concepció entre sollozos como si se tratase de su hija)

Mati - *(llorando)* ¡Cariño, te quiero, cómo te quiero. Niña bonita, la mamá te quiere mucho, te quiere mucho. Te quiero, cariño, te quiero, mi amor *(transcurre un buen rato repitiendo frases de amor hacia su hija, entre sollozos)*

(Desde que Mati ha comenzado a hablar, Mercé, Josefina y Carolina también lloran. La terapeuta se sienta junto a Josefina y la coge por el hombro. Poco a poco se va deshaciendo la escena)

Mati - Si por lo menos supiera cómo hacerlo *(va dejando de llorar)*.
(Se produce una pausa)

Terapeuta - No somos ariscos o ariscas porque sí. Cuando tú *(a Juanita)* has empezado a hablar esta mañana, estabas muy emocionada, se te movían los músculos del rostro, lo que significa que para ti era algo difícil. Si tienes la musculatura tensa y no puedes aflojarla, es que estás intentando defenderte de un peligro.

Juanita - Yo no lo miro así.

Terapeuta - Evidentemente soy yo la que lo mira así. Te pregunto, ¿podrías mirarlo así? Para tener una perspectiva diferente, a ver si puede aportarte una información nueva. En este sentido, no es tan fácil acercarse y dejar las defensas. Si están es que sirven para algo. Pero podemos explorarlas y ver qué tendría que ocurrir en relación con la otra persona para que pudiéramos dejar las que utilizamos y eventualmente sustituirlas por otras. Concepció, he visto que separabas poco a poco el cojín de Mati para hacerte sitio, pero muy poco, para ver su reacción y explorar su movimiento. Mati se ha arrancado el cojín como el que se arranca la piel y se ha colocado en posición de desvalida, de inválida, por el suelo, y se ha arrojado a tus brazos. Con este comportamiento de Mati te has olvidado de tu defensa y la has abrazado. Yo te digo que esto es peligroso. Si todo desvalido que se arroje a tus brazos te hace olvidar tus defensas, te pueden ocurrir muchas cosas. Y tú, Mati, no creo que vayas a conseguir lo que quieres arrancándote violentamente las defensas. Además tendrás que hacerte la desvalida después. Si te haces la desvalida, ¿qué puedes encontrar, un complementario, un salvador? Esto no te ayudará. Con las defensas hay que ser cautos y no desprenderse de ellas alegremente. Están para algo. De lo que se trata es de encontrar otras mejores.

Juanita *(que ve a Josefina llorando)* - Vaya dolor que te ha dado.

Antonia - Es que, aparte de la sesión, ha estado mal.

Terapeuta - Nos explicarás algún día lo que te preocupa, ¿no?

Josefina - Es lo mismo que a ella.

Terapeuta - Pero si lo trabajas tú, será más personalizado y a lo mejor nos ayudas un poco.

Josefina - Mati le ha dicho a su hija todo lo que no le puede decir. Yo tengo un conflicto porque quiero ser perfecta. Mi madre ha sido todo lo contrario que la suya, y yo, con mi hija de cinco años estoy hecha un taco.

Terapeuta - Nos lo explicarás en una próxima sesión. Quedamos en ello, ¿eh?
(*Se levantan todas y se van hablando entre ellas. La sesión ha durado una hora y media*).

COMENTARIO FINAL

Poco cabe añadir, si no es una breve reflexión. Hemos repetido que no hay individuo sin grupo, ya que la familia es la primera matriz de identidad para la vida humana. Quizás el gran hallazgo de los grupos psicoterapéuticos, y lo que los hace distintos de todos los demás grupos humanos, sea que en aquéllos, su principal función estriba en estar al servicio del individuo. Nos gustaría poder dar testimonio, a través de esta crónica de sesión, de que esto es realmente así y no de otro modo. En todo caso, y aceptando la imperfección de cualquier actividad con riesgo, este es el objetivo que nos guía y al que esperamos acercarnos.

Cuanto precede tiene como objetivo transmitir una experiencia y quizás también invitar a cuantos lo lean a ejercer una función crítica respecto a la subjetividad. Muchos quisiéramos disponer de instrumentos que permitieran transmitir de manera fidedigna los cambios que se producen en psicoterapia. En los grupos, más que en los procesos de psicoterapia individual, los cambios originan a veces sensación de sorpresa en el terapeuta porque las conductas modificadas, las reacciones y actitudes están a la vista. Pero parece muy difícil objetivarlo sin caer en farragosos recuentos y enumeraciones que nunca abarcan el fenómeno ni dan cuenta de él. También suele escaparse de la mano de la investigación la personalidad del terapeuta y sus aciertos, errores y cambios durante el proceso. Si exponer experiencias puede suscitar inquietud, críticas y ser un estímulo para quienes tengan la ilusión y audacia de investigar, tal vez nos ayuden a aliviar la amarga sensación del agua que, como la del mar, siempre se escurre de la mano en el ámbito de la psicoterapia.

Nota Editorial: Esta transcripción ha sido llevada a cabo por Leonor Pantinat y Joaquim Casals

Referencias Bibliográficas

RAVAZZOLA M.C. y DASKAL, A.M. (1989). La enfermedad nuestra de cada día. *Revista Sistemas Familiares*.
TURKEL, A.R. (1990). El dilema del poder de las mujeres, *Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicoterapia*, 4.

INTERVENCION EN REDES SOCIALES DE ADICTOS

José Navarro Góngora

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

This paper is focused on the intervention in (and with) the street substance abusers' networks. It is assumed that this approach is neither the only possible point of view for explaining the drug abuse, nor the only approach for its treatment. The paper has several sections: first, the more relevant concepts pertaining to networks are studied. Secondly, the two main psychosocial theories of street addiction are developed with a special stress on both the structural and the interactional characteristics of the street addicts' networks. Finally, the two main interventions used in this field are studied: strengthening the abusers' network, and creating the network when the abuser lacks his (her) own network.

1. EL CONCEPTO DE APOYO SOCIAL

Hablar de “intervención en redes sociales de adictos”, supone que algo hay en su nicho social que puede ayudar a su rehabilitación. Eso que movilizado ayuda al adicto, lo denominamos *apoyo social*. Su definición es elusiva. Partiremos de la ofrecida por Gottlieb; para este autor:

“El apoyo social consiste en información o consejo verbal y/o no-verbal, ayudas tangibles o acciones que son realizadas por personas íntimas o por su presencia y que tienen un efecto emocional o conductual benéfico en quien lo recibe”. (Gottlieb, 1983; pags. 28-29).

Al conjunto de personas que prestan el apoyo lo denominamos *sistema de apoyo*. La literatura suele distinguir entre dos tipos de sistemas de apoyo: el informal y el profesional. El primero surge de forma más o menos espontánea de las personas que rodean a quien tiene el problema; el segundo es proporcionado por expertos al servicio de instituciones (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.).

En la forma de medir el apoyo existe una desagradable confusión que, en último extremo, es la responsable de algunos de los resultados contrapuestos que se observan en la literatura. Barrera (1986), sugiere que se distinga entre cuatro formas

de medir el apoyo social:

- *(inter)relación social*: se refiere a las conexiones que un individuo tiene con otras personas significativas de su entorno. La forma más simple de medirlas es *contar* su número, lo que evidentemente no dice nada de su *importancia* para el sujeto. La otra fórmula identifica sólo las relaciones significativas. Tampoco en este segundo caso se asegura que dichas personas ofrezcan precisamente *apoyo*. Un último defecto de estas medidas es que no son capaces de mostrar el mecanismo mediante el cual funciona el apoyo social

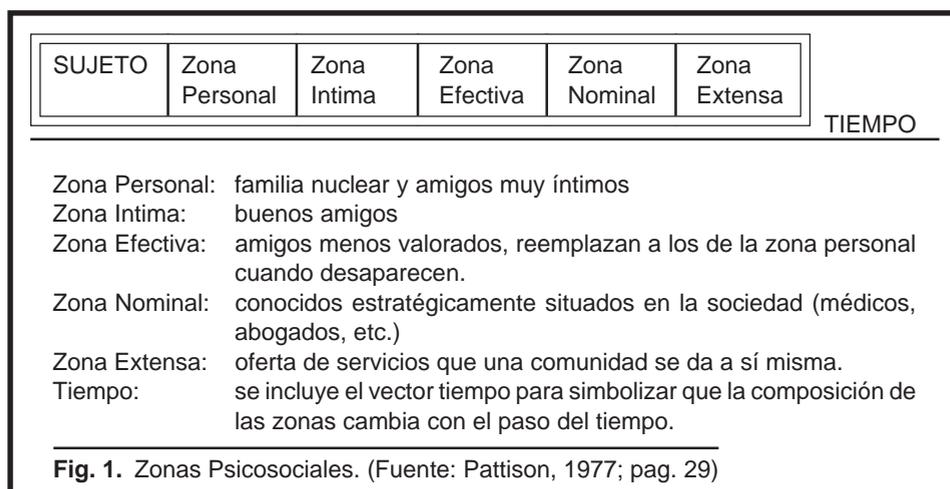
- *apoyo social percibido*: se trata de la estimación cognitiva del sujeto de estar ligado a otras personas de forma confiable. Se suelen medir fundamentalmente dos cosas: disponibilidad percibida de las otras personas y adecuación de los vínculos de apoyo (grado de satisfacción con los vínculos sociales)

- *apoyo ofrecido*: se trata de las acciones que una persona realiza cuando ofrece apoyo a otra. Este tipo de apoyo es altamente observable pues se refiere a acciones como número de llamadas telefónicas, visitas recibidas, etc.

2. POSIBILIDADES DE UTILIZACIÓN DEL APOYO SOCIAL

Al conjunto de personas que ofrecen apoyo social a una dada lo denominaremos *red social*; otros autores, como por ejemplo Pattison (1977), lo denomina *sistema psicosocial*. En todos los casos se alude a un grupo que guarda con una persona dada algún tipo de relación, lo que quiere decir que en ocasiones se intercambiarán cosas positivas y, en otras, cosas negativas. *Disponer de una red que brinde apoyo social no siempre tiene un efecto positivo, bajo ciertas circunstancias la red social se convierte en fuente de estrés.*

Una fórmula gráfica de presentar lo que es una red social, y por lo tanto de identificar los recursos potenciales con los que se dispone en caso de crisis, ha sido ofrecida hace ya bastantes años por Pattison (1977).



El orden de las zonas traduce la distancia afectiva, quiere ello decir que si el criterio de orden fuera otro la secuencia de zonas se alteraría igualmente. No todas ofrecen el mismo tipo de servicios a un sujeto dado. En situaciones críticas (como suele ser los casos de adicción) resulta posible reunir a toda la red, aunque no por muchas sesiones, lo que quiere decir que ese tipo de maniobras se ve limitado en el tiempo. Ciertas zonas garantizan una provisión a largo plazo de apoyo social, como por ejemplo las 1 y 2, que suelen ser las más cercanas afectivamente al sujeto. Sin embargo, otro tipo de prestaciones como dar consejo o información es posible que sean mejor cumplimentadas por personas de las zonas 4 y 5.

Las cinco zonas definen el potencial de recursos sociales con que disponemos para intervenir con adictos (y en realidad con cualquier problema, Navarro Góngora, 1991), ello significa que, al menos en teoría, se podría utilizar una sola zona (como se hace con la Terapia Familiar), varias de ellas o todas. El problema en todos los casos pasa por desarrollar fórmulas nuevas de evaluación y de intervención que sean apropiadas a la unidad con la que vamos a trabajar (la red social), así como definir el papel y la función del profesional en esas nuevas formas de tratamiento. De todo ello hablaremos en el epígrafe 4.

Para una mejor comprensión del tipo de intervenciones con grupos sociales que se vienen utilizando en el tratamiento de adictos, resulta interesante considerar algunas de las características de las redes. La literatura habla de dos:

- *Características estructurales*: tamaño (número de personas); conectividad (*ratio* número de relaciones observadas/número de relaciones posibles); flujo (series de patrones de relaciones o/y paralelismo de series de patrones dentro de la red); composición (número y naturaleza de las relaciones contenidas en la red, pueden ser singulares -el vínculo se define por un sólo tipo de relación- o múltiples -el vínculo se define por diferentes tipos de relaciones).

- *Características funcionales*:

· funciones instrumentales: frecuencia, cantidad y calidad de la asistencia ofrecida, requerida o retirada

· funciones emocionales: frecuencia, cantidad y calidad del intercambio emocional (positivo o negativo)

· reciprocidad: cualidad e intensidad de la obligación incurrida o adquirida de dar o recibir intercambios instrumentales o afectivos

· establecimiento de normas o reglas mediante las cuales se validan (o se imponen) conductas o creencias (Hurd et al., 1981).

3. CARACTERIZACIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE LOS ADICTOS

A pesar de que entre los profesionales está muy extendida la idea de que lo social juega un papel muy importante en la génesis y mantenimiento de la adicción, lo cierto es que no es muy abundante la literatura que haya puesto a prueba la hipótesis. De igual manera las modalidades de tratamiento que utilizan los recursos

de las cinco zonas psicosociales a las que hemos hecho referencia en el epígrafe anterior, siguen siendo fórmulas marginales en el tratamiento de las denominadas *drogas ilegales*. Quizás la única excepción sea la Terapia Familiar que, no obstante, no suele contemplarse como un tratamiento social.

Se han propuesto varias teorías explicativas de la adicción (ver cuadro 1). En este trabajo vamos a poner un énfasis especial en aquellas que se centran en lo social.

Teoría de la escalada

(Hamburg, Kramer y Jahnke, 1974) Existe una progresión en el consumo de sustancias que lleva desde el alcohol a la heroína pasando por la marihuana, los psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos) y la cocaína. De igual forma el abandono de la heroína recorre un trayecto inverso, siendo frecuente observar la adicción a los psicofármacos y al alcohol en un porcentaje muy elevado de ex-heroinómanos (el 31% de los adictos en programa de metadona y que antes eran abstemios comienzan a beber; el 12% de aquellos que dejaron la droga por propia iniciativa se hacen alcohólicos). Esta teoría no tiene en cuenta factores de orden social.

Teorías sociales

(Lukoff, 1980) Especifican las características de la estructura social del adicto dando un peso especial a variables como estatus socioeconómico, empleo, educación, raza, edad, residencia, etc, y proceso generales como los de socialización del futuro adicto y formación de las normas sociales.

Teorías psicológicas

(Khantzian, 1980) Según estas teorías la droga es una respuesta a cierto tipo de necesidades individuales o compensa problemas personales. Sin embargo la teoría no parece corresponderse con la adicción de los adolescentes y de jóvenes adultos. Otras teorías psicológicas no ligan la adicción a una patología individual sino a ciertos rasgos de la personalidad. Se han hallado ciertas correlaciones con algunas escalas de personalidad que parecen apoyar la tesis.

Teorías políticas

Algunos autores, como Szasz (1982), sostienen que el uso de la droga es el producto natural de un conflicto entre el auto-control y una coerción exterior.

Teorías psicosociales

Jessor, Chase y Donovan (1980) postulan que la personalidad individual, el contexto y la conducta están interrelacionados y organizados de una forma tal que crean un estado dinámico que denominan *tendencia a una conducta-problema*. El abuso de las drogas no es más que el reflejo de una tendencia a desviarse de ciertas normas de regulación. Estas teorías definen tanto los problemas personales y sociales que subyacen al consumo de droga.

Teorías del estilo social

Walters (1980) Observa que hay grupos de drogadoictos entre los adolescentes que tienen características únicas e identificables. Las drogas están ligadas a otras actividades y juegan un papel importante en la definición del grupo frente a sus miembros y frente a los de fuera, es factor de la identidad grupal, siendo el grupo de iguales el que: (a) hace que la droga esté disponible; (b) enseña cómo debe utilizarse; (c) genera creencias, actitudes, valores y razones que justifican su uso y (d) define la droga como elemento de identidad y de pertenencia al grupo. Oetting y Beauvais (1986) han encontrado que el grupo de pares predice el 95% de la varianza en el consumo de droga.

Cuadro 1. Teorías explicativas de la adicción. (Fuente: Oetting y Beauvais, 1986; pags. 17-19)

Son dos las teorías que gozan de una mayor prestigio: la del control social y la de la desviación social (Hawkins y Fraser, 1983).

1. La *Teoría del control social*: entiende que el adicto está inadecuadamente socializado, siendo ésta la condición necesaria y suficiente para que se desarrolle la adicción. Esta inadecuación le lleva a desarrollar vínculos pobres con la sociedad y a no compartir sus valores, creencias y actitudes y, por lo tanto, a mantener con ella relaciones difíciles y definidas por una falta de integración. Cuando a estas personas se les presenta la oportunidad de desarrollar una conducta adictiva lo hacen porque no existe el compromiso con la sociedad que inhiba la conducta. De existir tal vínculo, la adicción se desarrollaría con mayor dificultad.

Los adictos, especialmente los de drogas duras, tienen muy limitadas sus habilidades sociales como consecuencia de su pobre socialización. Sus redes sociales son diferentes de las de las personas “normales” en lo que se refiere a su estructura, interacción y contenido. Sus relaciones dentro de la red no son recíprocas, son de menor duración, menos jerárquicas, más cambiantes, menos cohesivas, menos densas y más singulares (caracterizadas por un solo tipo de intercambio). La estima mutua es menor y sus miembros no son modelos unos para otros. Las redes contienen tanto adictos como no-adictos, su tamaño es menor porque su pobre socialización les hace carecer de las habilidades sociales necesarias como para sostener los vínculos de su red.

Según esta teoría, los adictos nunca han estado verdaderamente vinculados a sus redes. La intervención en la red social tendría, por lo tanto, que orientarse a desarrollar las habilidades sociales necesarias para poder no sólo mantener las relaciones con la red, sino también para aumentarlas. Eso significa expandir su tamaño e incorporar personas que puedan servir como modelos de habilidades sociales a imitar y que permitan al adicto llevar un estilo de vida más convencional. No se trata tanto de reemplazar los antiguos vínculos como incorporar nuevos que sirvan como modelos. Una intervención como la llevada a cabo en las comunidades terapéuticas parece seguir esta orientación.

La teoría del control social no establece la existencia de subculturas con valores socialmente desviados dentro de una sociedad y no reconoce que los vínculos con estas subculturas desviadas sean la fuente de desviación.

2. La *Teoría de la desviación cultural*: sostiene que los adictos *tienen* vínculos sociales y que su socialización se da de una forma normal. La desviación ocurre porque las normas de ciertos subgrupos tienen tal variación con respecto del grupo dominante que resultan desviadas y en conflicto. Las conductas desviadas se aprenden desde la niñez por exposición e imitación. Cuando se recompensa la imitación, resulta más fácil que vuelva a producirse. El refuerzo diferencial de las conductas imitadas afecta al funcionamiento cognitivo, de esta forma el niño aprende a valorar más unas conductas que otras. A través del aprendizaje los niños se socializan en subculturas vinculándose a sus valores, conductas e instituciones;

ese vínculo, valor o norma resulta adecuado a la subcultura, pero desviado respecto de la sociedad en general. Una socialización exitosa a un estilo desviado de cultura lleva a la delincuencia y al abuso de drogas. Si en la teoría del control social, una inadecuada socialización es condición necesaria y suficiente de la adicción, para los defensores de la desviación, es condición necesaria pero no suficiente.

De acuerdo con los teóricos de las subculturas, las redes de los adictos no difieren de las de los normales ni estructural, ni interactivamente: los procesos de intercambio e interacción son los mismos que podemos encontrar en personas normales. Solamente el *contenido* de la interacción (aquello que fluye entre los miembros de la red) es diferente, así como el grado de la desviación de sus miembros. Las redes de adictos se componen de otros adictos con roles no convencionales (no acuden a la escuela, no tienen trabajo, no pertenecen a instituciones). Por lo tanto su rehabilitación pasa por desconectarlos de esta red para que puedan resocializarse en otro conjunto de valores y vincularse a otras redes cuyos miembros compartan valores más tradicionales. Uno puede esperar que la vinculación a una nueva red sea resistida por la antigua, por lo que la ruptura con la primera red puede constituir un verdadero problema. Para los defensores de la teoría del control, el verdadero problema lo constituiría la adquisición de nuevas habilidades sociales.

Teoría de la Asociación Diferencial

Las redes de los adictos callejeros tienen el mismo tamaño que la de las personas "normales".

2. Las redes de los adictos callejeros se componen primariamente de miembros que también son adictos, que son favorables al uso de drogas y que no apoyan la abstinencia.
3. Las redes de los adictos callejeros contienen pequeñas proporciones de personas con empleo, que estudian o de contextos organizativos.
4. Una proporción alta de las relaciones de los adictos callejeros y de los miembros de sus redes se caracterizan por la reciprocidad personal.
5. Una proporción alta de las relaciones de los adictos callejeros y de los miembros de sus redes se caracterizan por la admiración mutua y la estima (similitud de valores e identificación con el rol).
6. Una proporción alta de las relaciones de los adictos callejeros y de los miembros de sus redes son relaciones "múltiples" en la que se comparten intereses y actividades.
7. Las redes sociales de los adictos callejeros son densas.
8. Las redes sociales de los adictos callejeros son jerárquicas; los adictos callejeros perciben a muchos de los miembros de su red como de un estatus igual o menor que el de ellos.
9. Una proporción alta de las relaciones entre el adicto y los miembros de su red son estables.

Teoría del Control Social

1. Las redes sociales de los adictos callejeros son más pequeñas que las redes de las personas "normales"
2. Las redes sociales de los adictos callejeros se componen tanto de adictos como de

- una proporción substancial de personas que no lo son.
3. Las redes sociales de los adictos callejeros contienen pequeñas proporciones de personas que tienen trabajo, que estudian y que pertenecen a organizaciones.
 4. Una pequeña proporción de las relaciones de los adictos callejeros y de miembros de su red social se caracteriza por una reciprocidad personal.
 5. Una pequeña proporción de las relaciones de los adictos callejeros y de miembros de su red social se caracteriza por una admiración y estima mutua (similitud de valores e identificación con el rol).
 6. Una pequeña proporción de las relaciones de los adictos callejeros y de miembros de su red social son relaciones "múltiples" en las que se comparten actividades e intereses distintos.
 7. La red social del adicto callejero no es densa.
 8. La red social del adicto callejero no es jerárquica; los adictos perciben a la mayoría de los miembros de su red como de igual estatus.
 9. Una proporción pequeña de las relaciones de los adictos callejeros y de su red social son estables.

Cuadro 2. Resumen de las posiciones de las teorías de la Asociación Diferencial y del Control Social con respecto de las redes de los adictos callejeros. (Fuente: Hawkins y Fraser, 1985; pag. 5).

3. *Características de las redes sociales de los adictos:* las investigaciones sobre las características funcionales y estructurales de las redes de adictos no han podido dirimir la polémica entre las dos teorías, siendo, más bien, sus resultados mixtos: parte están de acuerdo con una de las teorías y parte con la otra (Hawkins y Fraser, 1983 y 1985) .

Características estructurales: la media de miembros de la red era de 14,4 personas (22,6 en la población normal; unos 10 en pacientes neuróticos y unos 5 en esquizofrénicos), de las cuales el 21,3% eran familiares, 24,9% amigos (algunos eran a su vez adictos) y 2,1% vecinos. El 42,5% de los miembros de redes sociales de adictos consumían drogas duras 2 ó 3 veces por semana. Un 46,1% tenían actitudes positivas hacia la droga (un 22,6% ejercían una fuerte influencia para su consumo). Un 43,1% mantenían actitudes negativas (un 33,8% ejercían una fuerte influencia para no consumir). La red social de los adictos a los opiáceos tenía más consumidores que las redes de consumidores de otras drogas y además contenía menos miembros de contextos convencionales (un 7,4% eran conocidos de la escuela, un 3,3% pertenecían a instituciones, grupos sociales o clubs) y significativamente más contactos ilegales que las redes de no-adictos (un 21,7% eran personas relacionadas con el tráfico de drogas).

Características interaccionales: muchos de los datos sobre cómo interaccionan las redes de adictos se conforman a la teoría de la subcultura. Los adictos veían al 66,3% de los miembros de su red diariamente, o al menos varias veces por semana. Consideraban al 66,1% como amigos íntimos y les gustaban ver al 68%.

Sorprendentemente recordaban las fechas de cumpleaños y pasaban las vacaciones con el 41,2% de su red pre-tratamiento. El 50,1% de las relaciones eran múltiples (es decir implicaban intercambios de diferente naturaleza). Un 35,2% se prestaban cosas de casa. Un 55,7% se conocían desde hacía, por lo menos, tres años. Sólo un 8,1% se conoció en los últimos 4 meses.

Un 15,2% de los adictos respondían que les gustaría ser el mismo tipo de personas que los miembros de su red, un 43,1% respondían de forma negativa. De lo que cabe concluir que aunque simpatizan con las personas de su red no los tienen en gran estima.

Las redes pre-tratamiento de los adictos a los opiáceos y de quienes lo eran a otras sustancias, eran similares. No así en las medidas de seguimiento. Aquellos que no habían ingerido drogas 3 meses después de terminar el tratamiento informaban de menos adictos en sus redes (un 3,4% lo eran). Quienes habían recaído informaban de una mayor proporción (un 20,2% lo eran). Por contra la proporción de miembros convencionales era: un 61,2% en los que no habían recaído y de 11,2% en los que recayeron.

El grupo social, singularmente el de pares, ejerce por lo tanto una influencia decisiva en el consumo. Son los que enseñan al neófito su uso (en qué momentos hay que consumirlas y cómo, y, hasta cierto punto, también el efecto que cabe esperar de ellas), siendo el apoyo más firme para asentar la dependencia y la razón principal de las recaídas. También constituyen un recurso considerable a la hora de abandonarla: el uso de droga es sumamente improbable en grupos de jóvenes que no consumen, la disponibilidad de la droga no determina, pues, su uso, se necesita una actitud favorable del grupo social.

Un trabajo posterior de Smeja y Rojek (1986), trata de discriminar hasta qué punto puede entenderse la adicción como un fenómeno de subcultura o de contracultura, entendiendo por subcultura un grupo dentro de una población de la que su sistema normativo difiere solamente en grado; la subcultura permanece todavía ligada a la sociedad convencional, no es antitética. La contracultura sí se sitúa al margen de los valores del grupo social mayoritario. Encontraron que no existían diferencias entre los grupos de consumidores de marihuana, marihuana más otro tipo de drogas y normales en lo que se refiere a su compromiso con valores del tipo: aceptación de creencias religiosas y de la familia, necesidad de seguir estudios, aceptación de normas legales y tener amigos convencionales. Es más, en un trabajo realizado por nosotros mismos sobre formas de emancipación del hogar (Navarro Góngora y Prieto Adanez, 1991), en el que se comparaban normales, heroinómanos y alcohólicos, el grupo de heroinómanos era el que tenía mayores problemas con los padres, pero también el que mayores expectativas de que las cosas se arreglaran. Volviendo al trabajo de Smeja y Rojek, los adictos a la marihuana más otras drogas ilícitas diferían de los otros grupos en las cinco medidas; su actitud cabe entenderla en términos de contracultura, mientras que los

que sólo utilizaban marihuana cabe más bien entenderla como subcultura. Así mismo, seis factores (actitudes positivas hacia la droga, normas de conducta, aceptación de la escuela, valores detentados por los iguales, roles y no-conformidad) aparecían explicando el 93% de la varianza del consumo de droga. Por su parte Oetting y Beauvais (1986), hallaron que hasta el 95% de la varianza que predice el consumo de droga se explicaba por la influencia del grupo de pares.

4. TIPOS DE INTERVENCIÓN EN REDES SOCIALES DE ADICTOS

De acuerdo con las dos teorías mencionadas, parece que el tratamiento desde la red social debe observar tres principios: minimizar el apoyo de la red al consumo de droga, vincular a la red a nuevos miembros que estén enrolados en actividades socialmente positivas y asegurar que esos nuevos miembros sean personas que el adicto estime. En el fondo lo que se hace es seguir los dos caminos clásicos del trabajo con redes: crear una red donde no la hay o (y) aumentar la eficacia de la existente. Resulta didáctico, a la hora de presentar los procedimientos con los que contamos, seguir la presentación de Hawkins y Fraser (1983), ampliando, no obstante, las modalidades que ellos ofrecen. Lejos de pretender, ni siquiera insinuar, que el tratamiento con redes sociales sea el más adecuado, nos proponemos en lo que sigue revisar las alternativas que desde esta modalidad de intervención se han venido proponiendo.

1. Consulta con la red social existente

1.- *Terapia Familiar*: el problema con este tipo de intervención es que la red, como hemos visto, contiene miembros que apoyan el uso de drogas, aunque algunos pueden servir para la rehabilitación. Por lo tanto se impone un trabajo de modificación de la red existente y de inclusión de nuevos miembros. Una intervención clásica es la de Stanton y Todd (1988) que tiene como objetivo a la familia (zona personal del modelo de Pattison) y que pretende, por un lado, interrumpir un patrón cíclico de comportamiento que hace que el joven se drogue cuando la tensión entre los padres se incrementa y, por otro, aumentar el control que los padres tienen sobre el hijo adicto. La Terapia Familiar es una de las más importantes alternativas para el tratamiento de las adicciones para cuya revisión, seguramente se necesitaría un artículo aparte. El punto de vista que aquí hemos adoptado es el de las redes sociales, de las que la familia no es más que una parte, lo que justifica, pensamos, que no llevemos más adelante el estudio de este apartado.

2.- *Consulta de colaboración*: en estos casos el cliente elige a una persona de su red que entienda que le conoce lo suficientemente bien como para dar respuesta a sus necesidades. La entrevista reúne a las tres personas (profesional, cliente y la persona de la red), examinando la forma concreta en que la persona elegida ayudará al adicto. El tratamiento pasa, de esta forma, a las manos del miembro, permaneciendo el profesional en el papel de consultor. Según varían las necesidades del adicto

se van convocando nuevos miembros de la red, consiguiendo, de esta forma, fortalecer la red.

Stanton y Landau (1984) han descrito un procedimiento similar para el trabajo con minorías étnicas que son remisas acudir a las instituciones públicas y que por tanto suelen abandonar prematuramente el tratamiento. En estos casos se convoca al que la familia (o paciente individual) identifican como el *notable* por su sabiduría o poder, de su red social, siendo esta persona quien, con un cierto asesoramiento del profesional, se dedica a tomar las medidas pertinentes para rehabilitar al adicto.

En ambos casos se utilizan a personas de la zona 2 (íntima).

3.- *Asamblea de red*: se trata de un procedimiento más dramático a utilizar solamente en casos muy extremos en los que peligra la vida del paciente y cuando otras formas menos drásticas han fracasado, cual suelen ser muchas de las situaciones con adictos. La técnica pertenece a Speck y Attneave (1974) y requiere convocar a toda la red social de la familia del adicto (es decir, todas las personas de las cinco zonas psicosociales), lo que se conseguirá en la medida en que el problema sea desesperado. La asamblea de red pasa por una serie de etapas hasta conseguir un funcionamiento eficaz: retribalización, polarización, depresión, apertura hacia una acción autónoma y agotamiento y entusiasmo. Alcanzado el punto óptimo de funcionamiento la red crea en su seno comisiones que aportan soluciones para cada problema del adicto. Los terapeutas permanecen al margen jugando un papel ocasional de asesoramiento.

Se ha utilizado, igualmente, la asamblea de red cuando el adicto sale de la comunidad terapéutica y enfrenta su reinserción social.

2. Creación de una nueva red social:

El hecho de que la red social del adicto esté, en parte, formada por adictos y por personas que sin serlo, no obstante apoyen el consumo de drogas, justifica la necesidad de nuevas conexiones sociales que alienten los esfuerzos de rehabilitación. Como se comprobará, todas estas intervenciones se caracterizan por utilizar la zona 5 (instituciones públicas y privadas).

1.- *Modelos de actividades*: se recomienda para ex-drogadictos que no disponen de una red que apoye su rehabilitación y que no tuvieron una actividad social constructiva.

Se ha utilizado una variante del procedimiento que Caplan (1989) denomina *parejas de auto-ayuda*. Como su nombre indica se trata de proporcionar a quien tiene el problema alguien que le ayude. Ese alguien suele ser un voluntario procedente de la comunidad y que, con mucha frecuencia, ha pasado por un problema similar al del adicto, lo que suele apoyar la identificación mutua. Se trata de una experiencia en la que el beneficio es mutuo: el adicto siente que sus problemas son bien comprendidos por alguien que ha estado en la misma situación, mientras que el voluntario se ve confirmado en el control de sus problemas.

Tanto el compañero como el adicto seleccionan y realizan actividades que se eligen por su posibilidad de proporcionar al adicto un rol social significativo. Las características más sobresalientes del procedimiento son las siguientes:

- Cliente y compañero exploran actividades específicas que interesen, que tengan algún valor y en las que el cliente pueda contribuir. Si los criterios mencionados no se cumplimentan resultará improbable que el cliente se comprometa.

- El cliente y su compañero visitan los lugares en los que tales actividades se desarrollan y observan cómo se llevan a cabo.

- El compañero ayuda al adicto a tomar decisiones sobre las actividades que resulten más importantes, útiles y valiosas. Así mismo crea con él planes específicos para su implicación en la(s) actividad(es). El compañero funciona como un aliado o amigo más que como un consejero.

- Se establecen una serie de sesiones de grupo con otras parejas de compañeros-adictos para prepararles en la exploración y participación en las actividades sociales.

- Las actividades sociales seleccionadas dan la oportunidad de ensayar y aprender procesos de toma de decisiones, así como la puesta en vigor de habilidades sociales ayudado por un compañero que ya posee tales habilidades (Hawkins y Fraser 1983).

Las actividades a las que aluden los autores son del tipo: voluntarios para atender el teléfono de la esperanza, participación en grupos civiles, en asambleas de vecinos, en campañas centradas en actividades de interés para el adicto (como de prevención de la adicción, o de promoción de la salud). En algunas actividades será necesario que también se implique el compañero, al menos al principio. Cuando pase ese primer momento, su actividad será evaluar cómo se desarrolla la experiencia del adicto, así como animarle y darle un sentido de competencia y utilidad a lo que está haciendo, a la vez que se esfuerza en que el adicto vaya creando su propia red social.

Resulta crucial la forma en que se elige el compañero. Aquellos que resulten seleccionados deben tener: 1. habilidad para escuchar de forma empática; 2. deseo de responder de forma inmediata; 3. capacidad demostrada de cuidar a otras personas. Resulta recomendable reclutar a estos compañeros por el sistema de boca-a-oido, más que mediante anuncios públicos.

2.- *Modelo de entrenamiento en habilidades y de actividades recreativas*: se trata de un procedimiento menos ambicioso que busca proveer de actividades complementarias. Una de las actividades consiste en entrenar al adicto en habilidades básicas para su funcionamiento en la comunidad. Son los miembros de su red social los encargados de la enseñanza, en su defecto se puede acudir a voluntarios que adoptan la figura del compañero mencionada en el punto anterior. Se logra de esta forma que el adicto desarrolle habilidades sociales, que consiga una red social y que su red se implique en su rehabilitación.

Otra de las funciones del compañero es enseñarle a utilizar el tiempo libre de una forma más constructiva que la de consumir drogas. La utilización adecuada del tiempo libre aparece como uno de los factores importantes en la prevención de recaídas.

Un procedimiento mixto que incluye tanto las actividades propuestas en este apartado como en el anterior ha sido propuesto por Stark, (1989). Su programa se basa, igualmente, en actividades y utiliza grupos de apoyo en vez de compañeros. Se trata de un trabajo complejo que mezcla la atención psicológica, la utilización de los grupos sociales (desde la familia a los grupos creados *ex-profeso* para el programa) y una serie de cursos que buscan la reinserción social y educativa del adicto sometido a un programa de metadona.

Los objetivos son: disminuir la tasa de mortalidad, de delincuencia y de consumo de drogas ilícitas entre los adictos; mejorar su régimen alimenticio y sanitario; mejorar el ajuste social en términos de escolaridad y reintegración al trabajo; facilitar la desintoxicación. El programa está compuesto por las fases que se describen a continuación, en el cuadro 3:

Cuadro 3

Fase I: creación de grupos sobre:

- 1.- Orientación y estabilización: una hora de sesión por semana durante 8 semanas (8-10 clientes por grupo).
 - a) Grupos de Orientación, con los siguientes temas:
 - comienzo: reglas básicas del programa, sus razones y consecuencias
 - efectos físicos y emocionales de la metadona, los mitos sobre sus efectos
 - supervivencia del sistema: procedimientos y servicios de la Institución, revisión y discusión de las reglas, de los derechos del cliente y de sus responsabilidades
 - la vida libre de drogas: rol del cliente durante el tratamiento, las fases del tratamiento, transición de la clínica a la sociedad, discusión sobre el uso de la marihuana y del alcohol junto con la metadona.
 - b) Estabilización:
 - ciclo de la adicción: aspectos biológicos y psicológicos, mitos sobre la adicción y relevancia de la información para la vida de los pacientes
 - problemas emocionales y psicológicos: cómo identificar y afrontar los estados emocionales negativos sin tomar drogas, cómo relajarse y utilizar el tiempo libre, cómo reconocer y evitar las justificaciones de tipo cognitivo para tratar las recaídas
 - sistemas de apoyo social: su importancia, cómo utilizarlos, distintos tipos de apoyo social, cómo reconocer y evitar los sistemas negativos de apoyo social
 - determinantes del éxito: los efectos benéficos del empleo de la educación y de los apoyos sociales positivos. Se pone un énfasis especial en las habilidades de la vida diaria, en la salud física, en la mejora de la auto-imagen y en la reducción de la criminalidad.
- 2.- Exposición del *currículum*: seminario de 8 horas (una semanal) que introduce los tópicos de la fase siguiente: apoyo vocacional, adicción, afrontamiento del estrés, nutrición, consejo, tiempo libre, comunicación y el alcohol y las adicciones. El

propósito de esta información es permitirles escoger los cursos con conocimiento de causa.

Fase II: consiste en una serie de "cursos" a elegir realizados en formato de grupo. Los consejeros orientan la elección de acuerdo con las necesidades del adicto. La duración es de 10 semanas a razón de una hora por semana. Después de cada curso los clientes eligen uno nuevo. No hay un tiempo límite de permanencia en esta fase, pero la duración media es de aproximadamente 14-18 meses. Los cursos son los siguientes:

1.- Curriculum Básico: consta de 3 cursos obligatorios que pueden escoger en cualquier momento de la fase. Su cumplimentación permite al adicto pasar a la siguiente fase:

- 1º) adicción: factores físicos y fisiológicos de la adicción; componentes emocionales y cognitivos y efectos sobre la familia
- 2º) alcohol y adicción: alcohol y alcoholismo; uso del alcohol en pacientes sometidos a metadona. Interacción entre alcohol y otras drogas.
- 3º) Prevención de recaídas.

2.- Curriculum de elección: se trata de un curriculum con tres categorías y las siguientes ofertas:

- a) educación: 7 cursos educativos: mejora de las habilidades de lectura y escritura. Cursos para enseñar a manejar el dinero, orientación vocacional, nutrición y salud y biología humana. Tienen una importancia especial los cursos sobre cuidados pre y post-natales para adictas embarazadas, en los que se da información sobre: desarrollo fetal, uso de drogas y riesgo para el feto y las madres, importancia de una adecuada atención médica y de una buena nutrición, planificación familiar y contracepción, SIDA
- b) recreativos: 25 clases diferentes de cursos sobre actividades recreativas: desde deportes hasta manualidades (cerámica, pintura, grabado, etc.) y culturales (visitas a museos, conciertos, etc.)
- c) desarrollo personal: 14 cursos. Cursos sobre ejercicios aeróbicos, como relajación y masaje, salud y bienestar y defensa personal (sólo para mujeres). Otros cursos están más centrados en aspectos psicológicos: afrontamiento del estrés, comunicación, asertividad, auto-hipnosis para la relajación, control del dolor, control del tabaquismo y del alcoholismo. Grupos de apoyo para los padres, para alcohólicos y para adictos.

Fase III: en ella puede intentarse la desintoxicación o, en su defecto, se adscribe al adicto a uno de los grupos que se configuran en esta fase, la decisión se toma junto con el consejero. Hay 4 tipos de grupos:

- 1.- Grupo de apoyo de veteranos: se reúnen 1,30 horas todas las semanas, 8-10 miembros por grupo. Tiene una función de apoyo social.
- 2.- Comisión de asesoramiento de clientes: dan información, recogen sugerencias o quejas, inician propuestas, cambian clientes de programa, planifican eventos sociales, etc.
- 3.- Estudios independientes: proyectos individuales para el desarrollo personal, se incluyen conferencias. Tres horas de trabajo individual y una hora de clase conjunta por mes.
- 4.- Club de Abstinentes: grupos de apoyo para los que inician la desintoxicación y de mantenimiento de la abstinencia para los ya desintoxicados.

3.- *Hogares sustitutorios:* el programa consiste en familias que voluntariamente se ofrecen para acoger a adictos en tratamiento.

El programa es apropiado para aquellos adictos que no tienen adultos con quienes vivir o para quienes tienen que convivir en sus familias de origen con personas que son, así mismo, adictas o que amenacen su rehabilitación. Las familias tienden de forma natural a tratar a los adictos como si fueran invitados y se les anima a que lo hagan así y a que utilicen con ellos sus habilidades naturales. No se les proporciona un entrenamiento especial. El programa ofrece unos riesgos, algunos razonables y otros infundados. Las familias temen que el adicto consuma en la casa. Por lo demás se ofrece a la familia la posibilidad de consultar con un especialista. Uno de los problemas más importantes consiste en saber emparejar al adicto con la familia adecuada.

4.- *Modelos de empleo comunitario*: en nuestra sociedad el trabajo es la fuente más importante de identidad y de definición de roles, además tener un empleo facilita los vínculos sociales. Por todas estas razones utilizar el trabajo desde el punto de vista terapéutico constituye un importante instrumento.

El trabajo que se ofrece al adicto debe observar unas cuantas características: debe percibirse como importante, debe ofrecer la oportunidad para desarrollar y exhibir competencias, para verse útil, para tener un grupo de referencia, para participar y para crear nuevas relaciones. El problema es que resulta difícil encontrar trabajos que cumplan todos estos requisitos. Por lo que resulta necesario crear programas flexibles de empleo subvencionado en los que se gradúe la implicación con el trabajo del adicto, se incremente el salario de acuerdo con la productividad, se trabaje en pequeñas unidades en las que sea posible una buena supervisión y se facilite la implicación y el compromiso mutuo, etc. Programas de este tipo han demostrado su utilidad en la disminución de actos delictivos.

5.- *Alojamiento comunitario*: se trata de una intervención que ya ha mostrado su eficacia en problemas de salud mental, en donde se consiguen tasas de recaídas más bajas que con los procedimientos habituales de cuidado post-crisis. El alojamiento que se les proporciona consiste en pequeñas unidades residenciales independientes, gestionadas de forma democrática (no dependen, por lo tanto, de un líder carismático) y auto-suficientes desde el punto de vista de su mantenimiento (para lo cual tienen que prestar algún servicio a la comunidad). Los profesionales ejercen una función de puesta en marcha y, después, de consultores.

Los participantes son totalmente responsables de la marcha y sostenimiento de la comunidad, ellos son los que elaboran sus productos, quienes encuentran mercados donde venderlos, les ponen precios, etc. Aunque auto-suficientes, las comunidades requieren algún tipo de ayuda e implicación por parte de la comunidad.

6.- *Grupos de familiares de adictos*: el autor y colaboradores están poniendo en marcha una experiencia, que pensamos pionera, en el tratamiento de los adictos mediante la utilización del grupo social. Se trata de una intervención que se apoya en la zona psicosocial 5ª (instituciones u organizaciones sociales). Varios son los

presupuestos de los que partimos:

a) en la utilización de voluntariado y en muchos programas comunitarios surgen dificultades (o simplemente fracasan) porque el adicto concita un gran rechazo social

b) resulta muy frecuente que las familias se sientan desbordadas por el adicto cuando se apela a ellas para que traten de controlarlo. Si el problema es el control, no hay más remedio que aumentar el contexto (o crearlo) para que ofrezca un continente fuerte que aguante el engaño y la violencia que normalmente desarrolla el adicto. No resulta, empero, fácil apelar a otros familiares, amigos o voluntarios que o bien no se sienten muy motivados, o bien participan del rechazo que domina la sociedad. Es necesario encontrar un grupo altamente motivado y que ofrezca la posibilidad de un cuidado a largo plazo del adicto.

En teoría los grupos denominados *Madres contra las drogas* encajarían con esta necesidad del grupo altamente motivado. Durante algún tiempo hemos trabajado con uno de esos grupos constatando que reunían las características de cohesión y motivación que en principio serían necesarias para intentar constituirse como grupo de tratamiento.

El problema surgió cuando tratamos de pasar del grupo *reivindicativo* (y que por lo tanto percibe la causa de la adicción de sus hijos fuera del grupo, en la venalidad de los jueces y policías, en problemas estructurales de la sociedad, etc., por eso su actividad consiste en tratar de movilizar a las autoridades) a un grupo de *tratamiento* (que exige que el grupo se perciba como pudiendo hacer algo en relación con la adicción de sus hijos). Se trata de un problema que no hemos podido resolver todavía de una forma satisfactoria. Explicado de una forma simple, el procedimiento que proponemos en el Cuadro 4 consta de las siguientes fases:

Cuadro 4

Fase I) Toma de contacto con la dirección de la asociación de padres (generalmente son madres cuyos maridos han desaparecido por alguna razón): en dicho contacto se les informa de la experiencia que estamos llevando a cabo con hijos de adictos y sus grupos sociales de referencia. Se pone un especial énfasis en *no negarles la posibilidad de que sigan como grupo reivindicativo*. La idea es presentarles una nueva alternativa (tratar a sus propios hijos) sin excluir lo que ha venido siendo su actividad principal: además de su trabajo reivindicativo como grupo profundamente interesado en la recuperación de sus hijos, también podrían afrontar juntos la tarea de rehabilitación. A continuación se les explica el procedimiento: primero habrá una evaluación del grupo, después se afrontarían las fases tradicionales de la rehabilitación de toxicómanos: desintoxicación, mantenimiento y reinserción. Para llevar a cabo cada fase será preciso que el grupo se divida en comisiones que se encarguen de los problemas de cada etapa. Nosotros ejerceremos un función de asesoramiento (si somos requeridos para ello) y de evaluación. Se les recalca que la mayor parte del trabajo será realizado por ellos.

Fase II) Toma de contacto con la asociación de padres: este encuentro con todo el grupo conviene que sea precedido por una serie de contactos informales con los líderes, a los que se presenta la experiencia. Son los líderes quienes informan sobre la experiencia que se va a poner en marcha, nosotros acudimos a la reunión y ocasionalmente intervenimos si se nos requiere o si se desliza alguna inexactitud. El contenido de la información versa, de nuevo, sobre los puntos tratados en el apartado anterior.

Fase III) Evaluación: interesa evaluar dos características fundamentales del grupo: hasta qué punto perciben el lugar de control del cambio fuera de ellos (es decir, si son, exclusivamente, grupos reivindicativos) y su constitución como grupo social. Cara a la intervención ambas variables son decisivas. Nuestra hipótesis es que tras pasada cierta puntuación en lugar de control externo, el grupo no sería apto para la experiencia, por el momento ignoramos tal puntuación. De forma similar el grupo social tiene que alcanzar cierto nivel de cohesión, motivación y fortaleza como para afrontar el dispendio de energía que supone el tratamiento. Para mediar ambas variables utilizamos un Cuestionario de Lugar de Control y otro sobre Apoyo Social (el Inventario de Manheim de Apoyo Social).

Fase IV) Fase operativa: comienza con la petición de los dos (o tres) primeros voluntarios para comenzar la experiencia. A estos voluntarios se les evalúa su consumo diario (o semanal, si ello fuera pertinente). Se sigue con las que son las fases clásicas de la desintoxicación: desenganche, mantenimiento y reinserción. El grupo se organiza en comisiones que van cumplimentando cada una de las fases. El control de la adicción se realiza mediante test de orina bien aleatorios, bien por intervalos de tiempo acordados previamente.

En el desenganche se necesita una vigilancia estricta, vigilancia que queda a cargo de la comisión correspondiente cuyos miembros se turnan en acompañar al adicto 24 horas por día.

En la fase de mantenimiento, el adicto comienza a poder salir y a tener un mayor contacto social. La regulación de cuántas veces y por cuánto tiempo va a salir queda igualmente a discreción de la comisión correspondiente. Normalmente en esas salidas va acompañado por alguien de la comisión. Se enfatiza la necesidad de que entablar relaciones con personas que tengan con la sociedad un vínculo más convencional y se ayuda al adicto a aprender las habilidades correspondientes al trato social.

En la fase de reinserción se trata de que el ex-adicto, una vez ha adquirido las habilidades sociales correspondientes, se reintegre a la vida académica o/y laboral. En la búsqueda de ambos tipos de oportunidades es ayudado por la comisión correspondiente. En dicha comisión pueden (y es conveniente que así sea) estar representados agentes comunitarios que tengan conocimiento de los recursos sociales, como puede ser un asistente social.

Es muy de desear poder contar con los rehabilitados para ayudar a los siguientes adictos en sus programas de rehabilitación.

5. LAS FUNCIONES DEL PROFESIONAL EN LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN REDES

Uno de los problemas con que nos encontramos a la hora de llevar a la práctica el trabajo con redes sociales es la necesidad de encarar el programa con una mentalidad muy distinta de la habitual. El profesional (que difícilmente puede

seguir conservando el nombre de *terapeuta*) ya no es el agente de cambio directo del problema. Sigue siendo agente de cambio, pero de una forma más mediata e indirecta. El verdadero agente de cambio es el grupo social al que se potencia o que se crea *ex profeso* para la ocasión.

Varias son las funciones que ha de desarrollar el profesional:

- El/la es quien pone en marcha el proceso que delegará la función de cambio en el grupo social y quien controla el desarrollo del proceso. Además es también su función que el proceso de delegación de cambio, y del tratamiento en general, atraviesen las etapas que tienen que atravesar. El profesional tiene que estar familiarizado con el contenido de las etapas, lo que constituye la única manera de poder reorientar el proceso si fuera necesario.

- Ejerce una función de supervisión y asesoramiento: entendiendo por tal el ayudar a resolver los problemas puntuales que el grupo no sabe o requiere ayuda para resolver.

- El profesional necesita conocer el resultado del programa de tratamiento para evaluar la eficacia de la intervención y para obtener un *feed-back* de aspectos puntuales del programa.

- Finalmente, el profesional se convierte en un *estructurador* social, organiza grupos sociales en relación con determinadas metas y deja que éstos encuentren cómo cumplimentar las metas por sí mismos.

Puede decirse que su función es *mediadora* entre el grupo social y el cliente, en el sentido de elegir, reestructurar, potenciar o crear el grupo que ayudará al cliente.

6. DISCUSIÓN

Son varios los aspectos que merecen destacarse. En primer lugar la forma en que se viene utilizando la red social en el tratamiento de adictos. La mera revisión de los tipos de intervención constatará el hecho de la poca confianza que se otorga a la familia para rehabilitar al adicto. Quienes trabajan en Terapia Familiar podrán acreditar lo difícil que resulta hacer que las familias se hagan con el control del adicto. Se confía más en grupos sociales que se extraen de la 5ª zona psicosocial (instituciones y organizaciones), voluntariado, grupos de (ex)-adictos, madres contra la droga, etc. Obviamente tampoco su utilización es la panacea, habida cuenta del rechazo social que provoca la adicción cuesta mucho encontrar personas que se comprometan en el trabajo. Además, no todos valen; es preciso seleccionar con mucho cuidado quiénes participarán en los programas.

Los programas que hemos descrito reflejan la manera como se entiende el tratamiento de la adicción. Unos tratan de *suplir ciertas carencias*, como habilidades sociales. Otros tratan de modificar ciertos patrones disfuncionales del grupo social del adicto, como la Terapia Familiar y la Asamblea de Redes. Otros se decantan por una estrategia de control, como el modelo de madres contra la droga

o la misma Asamblea de Redes. Algunos de los procedimientos combinan las tres estrategias: suplen lo que falta, modifican el funcionamiento y establecen un control severo, así la Asamblea de Redes o el modelo de madres de adictos, estrategia que nos parece la más adecuada.

La versión psicosocial de la adicción y los consiguientes modelos de tratamiento restringen su visión a lo que es el entorno más inmediato del adicto; la explican desde ese entorno. Se trata de una visión más. No es una explicación social, la sociedad es algo mucho mayor que el entorno del adicto en la que entran variables (económicas, políticas, de movimientos socio-culturales, internacionales, etc.) que no se consideran en las teorías que hemos venido manejando, variables que, quizás, una vez incluidas pueden ofrecer una explicación más aproximada de por qué alguien puede llegar a quedar enganchado en una adicción.

En este artículo se aborda el tema de cómo utilizar las redes sociales de los adictos desde un punto de vista terapéutico. Obviamente se asume que este enfoque no es el único posible ni para explicar las adicciones, ni para su tratamiento. El tema lo hemos dividido en varias partes. En la primera se traza un breve marco conceptual. En la segunda se describen la dos teorías principales, desde un punto de vista psicosocial, de la adicción y las investigaciones sobre las características estructurales y de interacción de las redes de los adictos. Finalmente se estudian dos grandes modalidades de intervención: consulta con la red (potenciación de la red existente) y creación de una red, haciéndose una serie de consideraciones sobre la adicción y las redes sociales.

Palabras clave: redes sociales de adictos, asamblea de red, grupos de madres de adictos, emparejamiento de adictos.

Referencias Bibliográficas

- BARRERA, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445
- CAPLAN, G.(1989): *Population-oriented Psychiatry*. New York: Human Press.
- GOTTLIEB, B.H. (1983). *Social support strategies. Guidelines for Mental Health Practice*. Beverly Hills: Sage Publications.

- HAMBURG, B.A., KRAEMER, H.C. & JAHNKE, W. (1975). A hierarchy of drug use in adolescence: behavioral and attitudinal correlates of substantive drug use. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1155-1163
- HAWKINS, J.D. & FRASER, M.W. (1983). Social support networks in treating drug abuse. In J.K. Whittaker & J. Garbarino: *Social support networks: informal helping in the human services*. New York: Aldine Pub. pp. 357-382
- HAWKINS, J.D. & FRASER, M.W. (1985). Social networks of street drug users: a comparison of two theories. *Social Work Research and Abstracts*. 3-12
- HURD, G.S.-PATTISON, M.E.-LLAMAS, R.(1981). Models of social network intervention. *International Journal of Family Therapy*, 246-257.
- JESSOR, R., CHASE, J.D. & DONOVAN, J.E. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*. vol. 70; 604-613.
- KHANTZIAN, E.J.(1980). An ego/self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspectives. En D.J. Lettieri, M.Sayers y H.W. Pearsons (Eds.), *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph. n° 30.
- KAUFMAN, (Ed). (1986). A contemporary approach to the family treatment of substance abuse disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. vol. 12, n° 3; 199-211.
- LUKOFF, I.F.(1980). Toward a sociology of drug use. En D.J. Lettieri, M.Sayers & H.W. Pearsons (Eds.), *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph. n° 30.
- NAVARRO GONGORA, J.(1992). Modelos de intervención en grupos sociales. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 139-158.
- NAVARRO GONGORA, J & PRIETO ADANEZ, G. (1992). Patrones de emancipación del hogar. *Cuadernos de Terapia Familiar*. n° 20; 19-32.
- OETTING, E.R. & BEAUVAIS, F.(1986). Peer cluster theory: drugs and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*. vol. 65; 17-22.
- PATTISON, M.E. (1977) Clinical social systems interventions. *Psychiatry Digest*. vol. 38, n° 4; 25-32.
- SENAY, E.L., MEHTA, C., DORUS, W., SOBERIJ, K. & BAUMGARDNER, M. (1986) Comprehensive treatment for heroin addicts: a pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*. vol. 18, n° 2; 107-116.
- SMEJA, C.M.-ROJEK, D.G. (1986). Youthful drug use and drug subcultures. *The International Journal of the Addictions*. vol. 21, n° 9-10; 1031-1050.
- SPECK, R.V. & ATTNEAVE, C. (1974). *Redes familiares*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- STANTON, M.D. & LANDAU, J. (1984). Comunicación personal.
- STANTON, M.D.-TODD, T. (1988). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- STARK, M.J. (1989). A psychoeducational approach to methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. vol. 6; 161-181
- SZASZ, T. (1982). The war against drugs. *Journal of Drug Issues*. vol. 12; 115-122.
- VEIL, H.O.F. (1985). Dimensions of social support a conceptual framework for research. *Social Psychiatry*. vol. 20; 156-162
- WALTERS, J.M. (1980). Buzzin': PCP use in Philadelphia. En H.W. Feldman, M.H. Agar y G. Beschner (Eds.), *Angel dust*. Lexington: Heath, 73-107

EXPERIENCIA EN LA INTEGRACION DE TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN GRUPOS SEMIESTRUCTURADOS

Heriberto González-Méndez Echeverría
Universidad de los Andes. Venezuela.

This article describes our experience in working with semi-structured groups. The semi-structured approach involves the alternation of individual therapy with techniques derived from the humanistic, systemic and cognitive perspectives.

En la práctica psicoterapéutica, al manejar diversas técnicas y atender alternativamente pacientes individuales y en grupo, es fácil percibir los alcances y las limitaciones de los diferentes enfoques y métodos, y muy tentador tratar de utilizar los aspectos ventajosos de ambos en un solo modelo.

En este artículo expondremos nuestra experiencia en el trabajo con grupos semiestructurados de terapia, donde pretendemos lograr estos objetivos.

Para su desarrollo hemos dividido el artículo en dos partes. En la primera expondremos algunos aspectos teóricos, y en la segunda presentaremos el modelo.

PRIMERA PARTE: TERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL.

La terapia individual presenta sobre la grupal, la ventaja de permitir un conocimiento más completo de la historia personal y de la problemática del cliente, así como una atención más personalizada.

La terapia grupal permite en cambio, un contexto donde cada participante pueda comparar sus experiencias y puntos de vista con las de otros pares, además de explorar y desarrollar ciertas habilidades y destrezas en la relación interpersonal, que difícilmente pueden adquirirse y ejercitarse en la relación exclusiva con el terapeuta (López, 1978).

Para aprovechar ambas ventajas, decidimos alternar sesiones individuales y grupales, desarrollando dos modelos, uno básicamente individual con sesiones

periódicas de grupo, y otro básicamente grupal con algunas sesiones individuales.

En este artículo expondremos solamente el modelo grupal.

Al decidir incluir sesiones individuales en la terapia grupal nos planteamos algunas preguntas: ¿Con qué objetivo?, ¿en qué momento hacerlo?, ¿cuántas sesiones?. Como lo que deseábamos era aprovechar las ventajas de la entrevista individual, después de revisar nuestra experiencia personal (González, 1992), concluimos que ésta era más ventajosa para recabar información exhaustiva del paciente y elaborar con más detalle el material que surge durante el proceso, por eso decidimos realizar estas sesiones al comienzo y al final del período grupal.

Con respecto al tiempo que dedicaríamos a estas sesiones, la práctica en terapia individual (González, 1985) nos indicaban que cinco sesiones de una hora de duración eran suficientes para recoger toda la información y hacer la devolución. Por otra parte creímos conveniente dejar abierto el número de sesiones de cierre.

Como queríamos que el período de terapia grupal fuera continuo y similar para todos los participantes, y la mayoría de estos pertenecían al ámbito universitario con un período vacacional relativamente largo, decidimos hacer grupos cerrados y coincidentes con el año académico. Por ello estipulamos que el número de sesiones no debería ser superior a 30 (30 semanas). La experiencia de algunos psicoterapeutas (Geller, 1975, Fernández, 1980) y la nuestra, coincidía en estimar que 20 sesiones de 30 horas de duración, con grupos previamente caldeados de 8 a 10 participantes, era suficiente para trabajar los aspectos más importantes; por ello decidimos iniciar el período grupal con seis sesiones dirigidas a conseguir el caldeamiento necesario, veinte sesiones para trabajar los aspectos más importantes y cuatro para el proceso de cierre.

LA TECNICA

El otro aspecto que nos planteamos fue el de aprovechar el conocimiento que teníamos hasta este momento (1989) de diversos enfoques terapéuticos y pedagógicos: terapia de Rogers, psicodrama, Gestal, terapia emocional, terapia breve sistémica, terapia cognitiva, programación neurolingüística, dinámica de grupo, cibernética social y antropología docente.

Para no utilizar las técnicas de forma arbitraria y desarticulada decidimos:

1. Nuclearlas en torno a determinadas ideas que nos dieran objetivos precisos.
2. Organizarlas en diversas secuencias que nos permitieran utilizar sus ventajas en forma coherente.

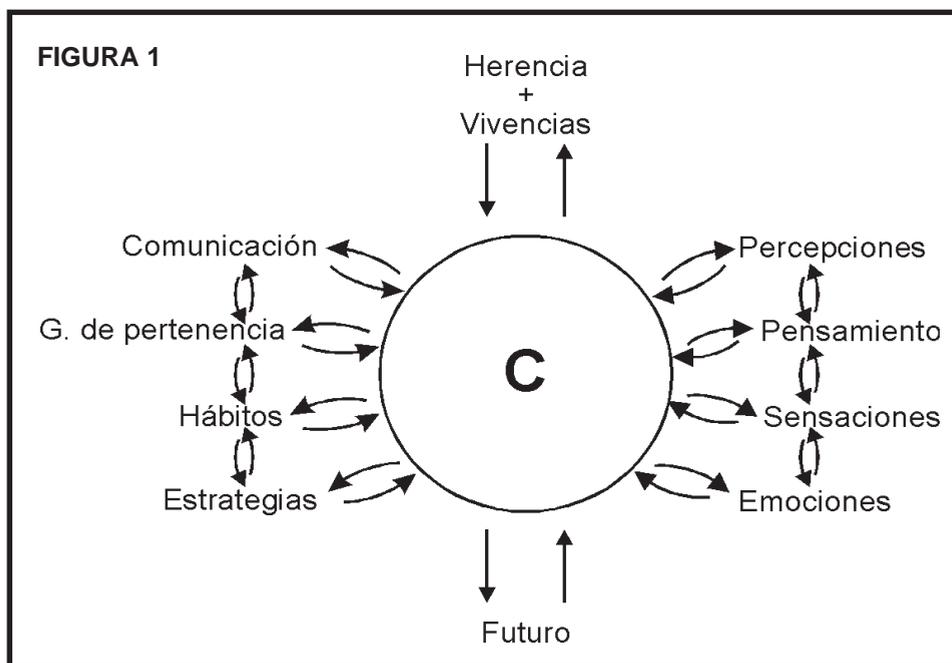
IDEAS NUCLEARES

1. Los problemas susceptibles de cambio a través de la terapia, están relacionados con la forma cómo el individuo constituye la realidad, con las ideas que tiene acerca de las cosas, con la forma cómo puntúa la secuencia de hechos y el significado que atribuye a los mismos (Watzlawick, 1983).

2. Este modelo que el individuo ha construido de la realidad, (ver fig.1) es a la vez producto de su historia personal y estructura a través de la cual le da sentido a su vida; manteniéndose estable a través del tiempo gracias a una serie de mecanismos de retroalimentación que se refuerzan mutuamente, seleccionando las experiencias que la validan, ignorando, o rechazando las que la niegan o cuestionan (González, 1985).

3. A pesar de su estabilidad, esta construcción en determinados momentos puede entrar en crisis y abrirse al cambio, por no poder dar respuesta o explicación satisfactoria a nuevas vivencias, generando por ello confusión y sufrimiento.

4. El cambio se facilita cuando el individuo, apoyado en una relación de confianza, se atreve a revisar el modelo que ha construido de sí mismo y el mundo, la forma cómo lo construyó y los mecanismos que lo mantienen, utilizando para ello no sólo el lenguaje lógico-analítico, sino también el lenguaje analógico-sintético, expresivo-emocional y motriz-operacional (De Gregori, 1978).



De acuerdo con estas ideas, estructuramos la terapia de forma tal que el cliente pudiera:

- Identificar cuál es su modelo del mundo, y qué otras alternativas tiene de construirlo.

- Comprender cómo lo construyó a lo largo de su historia personal, reelaborando los hechos significativos de su vida.

- Detectar los mecanismos tanto “intrapésicos” como “interpersonales” que mantienen su modelo, efectuando los cambios que se consideren pertinentes.
- Entender su conducta actual explorando nuevas formas de comportamiento.
- Diseñar en líneas generales su futuro.

Las diferentes técnicas las utilizamos entonces con objetivos muy precisos, teniendo en cuenta su eficacia para trabajar aspectos concretos, por ejemplo: Dinámica de grupo, para facilitar la participación, la interrelación y la creación de relaciones de confianza (Réquiz, 1985); Psicodrama para iniciar la revisión de conflictos interpersonales (Moreno, 1979); Gestal y terapia emocional para trabajar sensaciones, percepciones y emociones (Polster, 1974; Janov, 1974; Casriel, 1975); Terapia cognitiva para explorar supuestos, creencias y pensamientos automáticos (Beck, 1981); Programación neurolingüística para el trabajo con imaginación de (Robbins, 1986; Grinder y Bandeler, 1983); etc.

Durante el proceso es frecuente el paso de una técnica a otra, pero a pesar de la variedad que pueda usarse en un momento determinado, todas se orientan a lograr los fines antes expuestos.

SEGUNDA PARTE

El modelo que seguimos se divide en tres períodos: el primero y el tercero están constituidos por sesiones de terapia individual, el segundo es grupal y se subdivide en cinco fases.

Individual I

Las primeras cinco sesiones son individuales, en ellas pretendemos: Establecer una relación adecuada, recoger información muy detallada sobre el problema actual y la vida del cliente, además de elaborar un modelo explicativo de toda la situación que nos sirva, a la vez, de guía en el proceso de terapia.

La primera sesión está dirigida a conocer al cliente, su situación actual, su problemática, los intentos que ha hecho para enfrentarla y los resultados que ha obtenido (Fisch, 1984), su disposición para el cambio y las expectativas que tiene en relación a la terapia. Posteriormente se le resume la información recogida, se le explica las normas y se llega a acuerdos.

De la segunda a la cuarta sesiones se revisan secuencialmente todos los acontecimientos de su vida, desde el nacimiento hasta la situación actual, haciendo énfasis en la descripción de sí mismo, de sus figuras significativas y los cambios que estas relaciones han experimentado a lo largo de su existencia. Cada una de estas sesiones se termina con un resumen de todo lo recopilado, rectificándolo si es necesario.

Al finalizar la cuarta sesión se analiza toda la información, se elabora un modelo donde se recoge: la situación actual, las posibles relaciones causales, los mecanismos actuales que lo mantienen y las posibles consecuencias futuras

(González, 1992).

En la quinta sesión, se expone este modelo como una hipótesis que se discute con el cliente, negociando las interpretaciones y el significado que se le da a los diversos acontecimientos, hasta llegar a un acuerdo. Se precisan, entonces, los cambios que el cliente desea, los indicativos de que ese cambio se esté produciendo, y la forma cómo el podría obstaculizar el proceso (Fisch, 1982). Al final, con toda esta información, acordamos un contrato.

Período grupal

El grupo está formado por ocho o diez pacientes que inician y finalizan juntos el proceso, reuniéndose tres horas seguidas una vez a la semana. Estas sesiones de terapia, están divididas en cinco fases y son planificadas en forma tal, que van desde la máxima estructura al principio, hasta una sesión casi espontánea al final.

Primera fase. Dura una sesión. Se inicia con la presentación de los participantes que explican el motivo por el cual acudieron a terapia, sus expectativas, su compromiso y lo que esperan del grupo. Se negocian las reglas, y utilizando técnicas de dinámica de grupo (Réquiz, 1983), se abre un período de ejercicios fundamentales no verbales, donde se promueve la exploración mutua, el contacto físico y la confianza. Al finalizar cada ejercicio se comenta explorando lo que hicieron y sintieron. Esta sesión, en la mayoría de los casos termina con expresiones de afecto y aceptación.

Segunda fase. Dedicamos a este punto cinco sesiones dirigidas a: promover un determinado estilo de comunicación, explorar sensaciones, emociones, percepciones, diálogos internos y a comparar las diversas vivencias e interpretaciones de la realidad.

El entrenamiento comunicacional, aunque se inicia en la segunda fase, se continúa a lo largo de todo el proceso; durante el mismo se pretende que los participantes aprendan a: hablar en primera persona, asumiendo la responsabilidad por lo que dicen, hacer congruentes sus lenguajes analógico y digital, diferenciar entre contenido y relación, interpretar los acontecimientos dependiendo de la puntuación que se siga en la secuencia de hechos (Watzlawick, 1967), opinar sobre los otros reflejando su conducta (Rogers, 1982), y diferenciar lo observado de las interpretaciones y sentimientos que les provocan, evitando las críticas y los consejos (Réquiz, 1985). Esto le permite a cada participante, por una parte, conocer el efecto que tiene su conducta sobre los otros sin temor a verse criticado, y por la otra, constatar los cambios que ocurren cuando aprende a utilizar su lenguaje en forma directa, responsable y coherente.

Los otros aspectos se trabajan durante las cinco sesiones, a través de una serie estructurada de ejercicios y experiencias, por ejemplo:

- Para explorar sensaciones, percepciones y diálogos internos, utilizamos dos tipos de ejercicios (gestálticos-cognitivos), que denominados “darse cuenta” (Stevens, 1984), dirigidos a tomar conciencia del mundo intrapsíquico, y otro que denominamos “polaridades”, dirigidos a asumir alternativamente aspectos contradictorios de una polaridad, por ejemplo: competencia-colaboración, superioridad-inferioridad, masculino-femenino, crítico-criticado, etc. Tomando conciencia de lo que piensan y sienten al interpretar esos roles, y relacionarlos con determinados hechos de su vida (Schutz, 1978; Fernández, 1980; Colina, 1990; Polster, 1974; Petit, 1987).

- Para comparar vivencias, e interpretaciones de la realidad, utilizamos tres tipos de ejercicios:

1. “Flujogramas”: Teniendo como guía determinados esquemas representados en forma de “flujogramas” (De Gregori, 1978) aportados por el terapeuta, los participantes comparten su experiencia personal sobre determinados aspectos de su vida, por ejemplo: relación con los padres, acontecimientos importantes, relación de pareja, etc, comparando sus puntos de vista y forma de interpretarlos. Con esto pretendemos que el participante se abra a la posibilidad de dar significados diferentes a la realidad.

2. “Panel doble o triple”: El grupo total se divide en dos o tres subgrupos, para discutir temas importantes que sean contradictorios, defendiendo determinadas posiciones con todos los argumentos posibles, luego se cambian los roles y pasan a posturas opuestas. Al final se les pide que lleguen a conclusiones que puedan incluir las ideas contrarias en una nueva interpretación (Réquiz, 1985). Con estos ejercicios pretendemos que exploren la posibilidad de transformar las contradicciones dilemáticas en dialécticas.

3. “Sociodrama”: Se escoge un tema que afecte a la mayoría de los participantes, se diseña una situación imaginaria donde puedan participar todos, representando roles opuestos a los que normalmente asumen y se procede a la dramatización (Moreno, 1979). Con estos ejercicios pretendemos iniciarlos en las técnicas dramáticas y permitirles explorarse al asumir otros roles.

Después de cada sesión se comparte la experiencia.

Al terminar esta fase, los participantes suelen:

- Hacerse más responsables por lo que dicen.
- Expresar con más facilidad lo que piensan y dicen.
- Asumir sus deberes y derechos, o por lo menos tenerlos en cuenta, sintiéndose autorizados para hacerlo.

- Tener una visión más amplia sobre su vida y sus problemas, aceptando la posibilidad de interpretaciones alternativas y actitudes diferentes.

Todo esto facilita el trabajo de la siguiente fase.

Tercera fase. Es la más intensa y extensa, dura 20 sesiones y está dirigida a trabajar los problemas calificados por los participantes como los más importantes.

Cada sesión se inicia con ejercicios de calentamiento (Moreno, 1979) que los preparan para la acción, luego surge un protagonista que expone lo que desea revisar, y a él se le dedica toda la atención.

Podemos iniciar el trabajo con una situación actual o histórica, pero en ambos casos, las secuencias suelen ser similares. Después de la exposición se abren varias alternativas:

Cuando el aspecto emocional es evidente favorecemos la vía de la exploración y expresión de las emociones, utilizando técnicas de Gestal y/o Terapia emocional (Atienza, 1987; Casriel, 1975; Janov, 1974) hasta lograr la elaboración de la misma.

Cuando aparecen partes en conflicto, bien sea interpersonales o intrapsíquicas, se trabaja su confrontación, utilizando técnicas de Psicodrama y/o Gestal (Gennie, 1972; Ploster, 1974) hasta cerrar una situación inconclusa, incorporar las partes proyectadas, formar una nueva estructura que incluya las partes en conflicto o aceptar que la contradicción es irresoluble.

Cuando se cree conveniente trabajar los sistemas de creencias, los supuestos básicos o las premisas de unas ideas, utilizamos un enfoque cognitivo (Colina, 1990); pero, en lugar de establecer un diálogo sólo con el terapeuta, se comparten y discuten las ideas con el grupo.

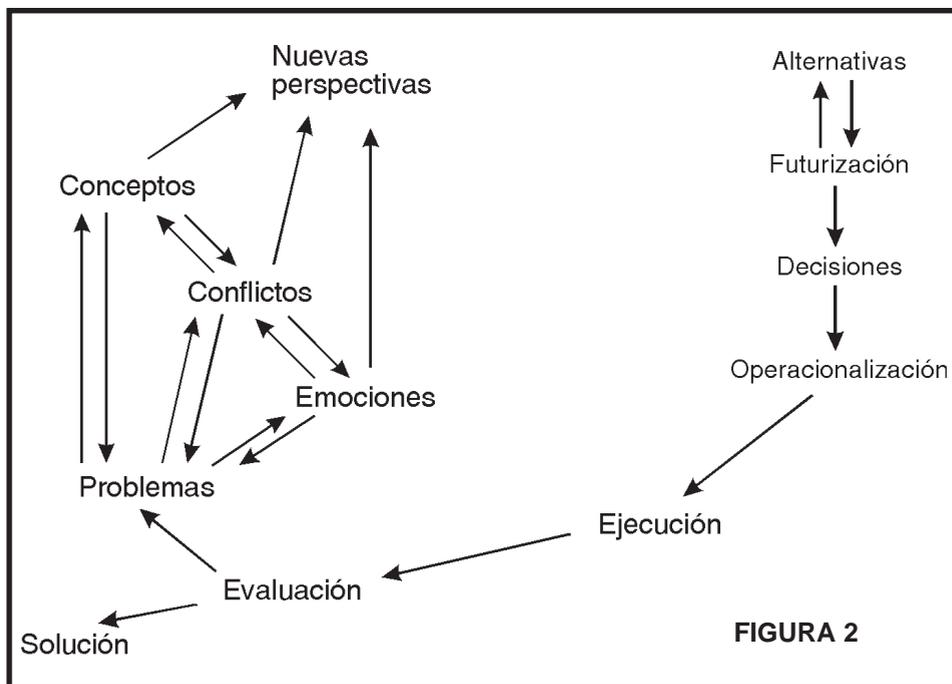
Estas vías alternativas de trabajo, no son excluyentes, de una se pasa a la otra las veces que sea necesario, hasta elaborar la situación, siendo también frecuente pasar del presente al pasado o viceversa.

Siempre intentamos que en un problema, se exploren y trabajen las emociones; se identifiquen y confronten las partes en conflicto y se discutan las ideas y supuestos básicos, utilizando para ello “lenguajes”: expresivo-emocionales, intuitivo-analógicos, lógico-analíticos y motriz-operacionales (De Gregori, 1978).

Pasada esta etapa, se reelabora y sintetiza lo realizado para entender el problema desde una perspectiva diferente, que permita abrir nuevas alternativas para afrontarlo. Por ello utilizamos tanto el lenguaje lógico, como las metáforas y las imágenes. Cuando esto se logra, se exploran estas posibilidades futurizando sus consecuencias y seleccionando aquella que parezca más adecuada. Estas pueden ser muy variadas, desde la decisión de dejar el problema como está, y no tocarlo por ahora, hasta la necesidad de adquirir nuevas destrezas para asumir una conducta específica; en ese caso se planifican detalladamente las acciones necesarias a través de las elaboración de flujogramas, y una vez ejecutadas las mismas, se evalúa y redirecciona según los resultados. En todos estos pasos, el protagonista interactúa con el grupo que lo ayuda a darse cuenta de las ventajas y desventajas de las diferentes opciones, lo apoya en sus decisiones, le señala aspectos que no había tomado en cuenta, etc.

La evaluación que realizamos puede indicarnos que el problema ha sido resuelto, entonces se pasa a otro tema, de no ser así, se vuelve a retomar el ciclo.

Estas secuencias pueden esquematizarse de la manera que se recoge en la Figura 2



Después que el protagonista ha terminado, el resto del grupo comenta cómo lo afectó el trabajo, qué aspectos removió dentro de cada uno, qué pensó y sintió, etc. De este intercambio suele surgir otro protagonista con el cual reiniciamos el proceso. Durante esta fase, todos los participantes, tienen la oportunidad de trabajar por lo menos tres veces, en forma intensa e integral su problemática, y múltiples ocasiones para hacerlo en forma parcial.

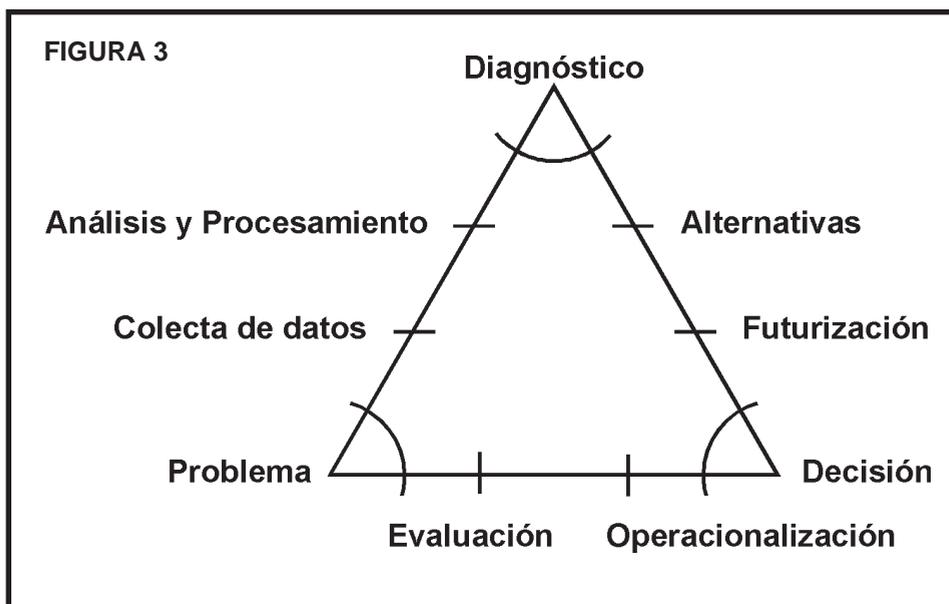
Al finalizar, la mayoría ha logrado:

- cambios favorables en el significado que le daba a determinados hechos,
- aumento en la sensación de comprensión y
- control sobre su presente y futuro, además de una actitud más abierta ante las experiencias.

Cuarta fase. Dura tres sesiones, y está dirigida a que los participantes exploren nuevas conductas y alternativas, pero esta vez, la mayoría de las iniciativas las tomará el grupo. Se reparten algunos roles: “director de debates”, “cronometrística” (encargado de administrar el tiempo), “heurístico”, “abogado del diablo”,

“evaluador”, “sensibilizador” para “romper el hielo” y prepararse para el trabajo. Uno o varios participantes plantean problemas, generalmente relacionados con alguna conducta que están ensayando, y expresan de que forma quieren que los ayuden. En base a esto el grupo decide cómo hacerlo. Generalmente usan un flujograma que ya habían utilizado, “el ciclo cibernético” (De Gregori, 1978), útil para resolver problemas.

El flujograma es el siguiente:



Dependiendo de los problemas y del tiempo disponible, el grupo decide si todos se dedican a trabajar con uno sólo de los participantes, o si se dividen en subgrupos para trabajar con varios a la vez. Los diversos “roles” se representan en la medida en que se van necesitando, el “heurístico” promueve que surjan alternativas, el “abogado del diablo” precisa las incongruencias y contradicciones de los diferentes puntos de vista, el “evaluador” dirige la evaluación, y al final, el “integrador” ayuda a los que han trabajado a sintetizar su trabajo en forma de imágenes, “esculturas” o esquemas.

Al finalizar esta fase, todos suelen estar ensayando conductas destinadas a enfrentar su vida en una forma diferente. En este período donde es más palpable la “presión positiva” y el soporte que el grupo les da (López, 1978).

Quinta fase. Es de cierre y evaluación de todo el proceso. Queda casi completamente en manos del grupo, el terapeuta, esta vez actúa como un participante más. La única consigna es que debe hacerse una “evaluación completa”. Suele iniciarse con un recuento y análisis de lo ocurrido, donde cada participante comparte su experiencia, luego mediante sociodramas, expresión corporal o “collages”, se evalúa el proceso grupal, se expresan los sentimientos y se construye un símbolo del grupo. Al final, el terapeuta propone un “rito de despedida” y el proceso suele terminar en un ambiente festivo.

Finalizada esta fase, se pasa nuevamente a la terapia individual.

Individual II

El número de sesiones que dedicamos a esta período está previamente determinado, pueden trabajarse nuevos problemas, o aspectos que no pudieron o no quisieron trabajarse en grupo, tomando para ello todo el tiempo necesario. Sin embargo la evaluación que la mayoría hace de su proceso, indica que a pesar de faltar aspectos por elaborar, se ha producido un cambio favorable que les permite enfrentar sus problemas sin apoyo de la terapia. Por ello, estas sesiones en la mayoría de los casos, suelen destinarse a evaluar su proceso, y a elaborar un modelo de lo que el cliente desea y quiere lograr en su futuro, utilizando para ello con mucha frecuencia técnicas de visualización (Robins, 1986). Por último realizamos rituales (Watzlawick, 1983), que simbolizan el paso de una etapa de su vida a otra. Progresivamente se van distanciando las consultas hasta negociar el alta.

Este artículo expone nuestra experiencia en la práctica con un modelo semiestructurado, donde hemos utilizado alternativamente terapia individual y grupal, e integrado diversas técnicas provenientes de los enfoques Humanista, sistémico y cognitivo.

Referencias bibliográficas

- ATIENZA, M. (1987). *Estrategias en psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
BECK, A. (1981). *Terapia cognitiva y desórdenes emocionales*. Caracas: Epsicon.
CASRRIEL, D. (1975). *A un grito de la felicidad*. Caracas. Monte Avila.
COLINA, L. (1990). *Terapia cognitiva*. Caracas: Epsicon.
DE GREGORI, W. (1978). *Cibernética social*. Bogotá: Asic.

- FERNANDEZ, N. (1980). La práctica del psicodrama. *Revista de psicología humanista*, 19.
- FORERO, E. (1989). *Andragogía profesional*. Mérida: Alfa.
- FISSCH, R. et al (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- GRINDER, R. BANDELER, R. (1983). *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- GELLER, J. (1975). *Psicodrama*. Caracas: Monte Avila.
- GENNIE et al. (1972). *Teoría del psicodrama*. Barcelona: Gedisa.
- GONZALEZ, H. (1992). *Técnicas de psicoterapia*. Mérida (en preparación).
- GONZALEZ, H. (1985). *Psiquiatría para estudiantes de medicina*. Mérida: Alfa.
- HALEY, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- JANOV, A. (1974). *El grito primario*. Caracas: Monte Avila.
- KADIZ, A. (1982). *Manual de psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LOPEZ, R. (1978). *La tercera revolución psiquiátrica*. Caracas: Monte Avila.
- MATTEW et al. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MORENO, J. (1979). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.
- PETIT, M. (1979). *Terapia gestalt*. Barcelona: Kairós.
- POLSTER, M. (1974). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- REQUIZ, M. (1985). *Manual de dinámica de grupo*. Mérida: Ediciones del Rectorado.
- ROBBINS, A. (1986). *Poder sin limite*. Barcelona: Grijalbo.
- ROGERS, C. (1982). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- SCHUTZ, P. (1978). *Todos somos uno*. Buenos Aires: Amorrortu.
- STEVENS, J. (1984). *El darse cuenta*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- WATZLAWICK, P; BEAVIN, I, H; JACKSON, D.D. (1983). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK, P. (1983). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK, P; WEAKLAND, H. J; FISCH, R. (1982). *Cambio*. Barcelona: Herder.

ENTREVISTA A LA DRA. PILAR GONZÁLEZ LÓPEZ

Aurora Zorán

La Dra. Pilar González es Profesora Titular de Psicología Social en la Universidad de Barcelona, donde imparte Psicología de los Grupos. En el año 1989 puso en marcha el Programa de Tercer Ciclo “Análisis y Conducción de Grupos” (Master y Postgrados), del cual es Directora.

¿Cuándo y cómo empezó su interés por los grupos?

Se cumplirán ahora 25 años... De una manera sistemática, y durante mis estudios de Psicología, cursé con el Dr. Leopoldo Montserrat la asignatura optativa de Dinámica de Grupos que él impartía y participé en los primeros seminarios y grupos prácticos que se formaron en la universidad. Al poco tiempo apareció el libro del Dr. Frederic Munné (1971) “Grupos, masas y sociedades”, que leí con verdadero interés y que supuso mi primer contacto con la Psicología Social. Estos dos hechos produjeron en mí un gran impacto y constituyeron una experiencia de suma importancia. Poco tiempo después tuve la suerte de establecer contacto en París con el profesor Robert Pagés de la Sorbonne, el cual me honra con su amistad. De él aprendí que la investigación y metodología en los grupos es una cuestión fundamental, sobre la que nunca se sabe demasiado.

Pero tengo entendido que también estuvo entre los pioneros de la SEPTG (Sociedad Española de Psicoterapia de Grupos) junto con el Dr. Cabrero.

Conocí a Luis Cabrero antes de que se fundara la SEPTG. A finales de los 60 fuimos ambos discípulos, yo al menos así me considero, del Profesor Jorge W. Wukmir (1962, 1963, 1965). Los que nos autodenominábamos “wukmirianos” constituíamos un grupo que había empezado a profundizar en el estudio de la “Teoría Oréctica” que contempla el factor social como determinante de los comportamientos humanos. De este grupo de estudio surgió un equipo de investigación y consulta denominado “Orexis” y que continúa trabajando en estos aspectos

como recuerdo y homenaje al que para nosotros fue un gran maestro. Más tarde, cuando se funda la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas Grupales, tanto el Dr. Cabrero como yo entramos a formar parte de la misma.

Respecto a la SEPTG ¿qué vigencia tiene en la actualidad y qué podemos atribuirle como aportación?

En lo que yo conozco, han sido varias sus aportaciones. En primer lugar, porque ha brindado un espacio de reuniones periódicas para el intercambio profesional, sin excluir ninguna corriente o tendencia, de quienes nos dedicábamos tanto a los aspectos teóricos como prácticos de la dinámica de los grupos. En segundo lugar, ha tenido la virtud de aglutinar todas las ramas y tendencias, reunir en un foro común a grandes investigadores y magníficos profesionales y con una disposición abierta de sus órganos directivos y de sus miembros a colaborar con proyectos serios relacionados con los grupos. Finalmente, ha pasado de ser una sociedad marcada casi exclusivamente por la psiquiatría y orientada a la psicoterapia, a equilibrarse y enriquecerse con las tendencias psicológicas donde las técnicas grupales abren un campo más amplio de intervención.

Qué aspectos de los grupos han suscitado su interés?

Principalmente, dos: Lo genuino del espacio grupal para el intercambio creativo y los problemas relacionados con la identidad personal y social. Como todo, tiene que ver con la historia de la vida. Mi primer contacto con los grupos tuvo lugar en las “tertulias literarias”. En los años 50, la tertulia del Café Gijón en Madrid o la del Oro del Rhin en Barcelona, fueron para mí lugares donde se podían expresar y debatir las ideas más genuinas, constituyendo el marco donde se gestó mi interés por la comunicación grupal. Por otra parte, mi historia familiar (familia materna gallega, abuelo paterno de origen vasco, nacida en Andalucía por circunstancias de la guerra civil, viviendo en Cataluña desde los dieciséis años, casada con un castellano) no está exenta de problemas culturales y de identidad social en el sentido más amplio. Casi estaba predestinada a interesarme por los grupos.

En el ámbito profesional ¿cuáles fueron sus primeras actividades con los grupos?

Se remonta a los años 70, cuando todo comenzaba a cambiar debido a que la realidad política anterior nos llevó a cuantos nos dedicábamos a determinados temas (creatividad, grupos, psicoterapia, etc.) a organizarnos como núcleos minoritarios, a veces, incluso marginales, para aplicar las técnicas grupales en diferentes ámbitos. Por mi parte, fue una suerte que en aquellos años en la Universidad Autónoma de Barcelona, junto con el Dr. Silverio Barriga y en el marco del laboratorio de Psicología Social, se pusieran en marcha los primeros grupos para estudiantes específicamente para la formación de los alumnos en las técnicas aplicadas al campo clínico, organizacional y educativo. Constituyó uno de los

impulsos pioneros en el trabajo con grupos en el ámbito académico. Junto con otros profesores también interesados en los grupos, recorrí España. Esto tiene que ver con el trabajo de mi Tesis Doctoral, cuyo título de “La Educación de la Creatividad. Técnicas Grupales y Cambio de Actitud en el Profesorado”, me llevó a validar empíricamente los efectos de los grupos sobre las actitudes de sus miembros. Esta fue la razón por la que, reclamados por los Institutos de Ciencias de la Educación de distintas Universidades (Granada, Málaga, Murcia, Sevilla, Madrid, Pamplona, San Sebastián, Santiago), pude trabajar con grupos culturalmente diferentes sobre los efectos de las técnicas grupales en la formación y cambio de actitudes. Dos experiencias han sido marcadamente significativas. Una muy especial tuvo que ver con el nacimiento de la Asociación “Lubricán” en Galicia, donde acudíamos prácticamente cada mes para trabajar en la formación de los equipos que allí se estaban formando. La otra experiencia, más académica y que ha continuado hasta el momento, fue la puesta en marcha, invitada por el Dr. Sabino Ayestarán, de los seminarios de Dinámica de Grupos y Técnicas Grupales.

Podemos hablar de una ‘evolución’ desde la práctica grupal a la investigación de los grupos?

A nivel global siempre hubo investigación de grupos, teórica, básica o aplicada, pero la demanda social hizo que se pusieran en marcha gran variedad de técnicas grupales aplicadas, tanto para la psicoterapia como para la formación y apoyo, la terapia para gente normal, etc. En general, casi todos los investigadores de grupos se han dedicado a la práctica. Suelo decir a los estudiantes de la Facultad, haciendo una analogía, que únicamente informarse sobre los grupos es como estudiar anatomía en láminas. Es decir, los grupos hay que vivirlos y, de hecho, la investigación-acción, que proviene, a mi juicio, de la corriente más importante y que ha dado mayor impulso a los grupos a partir de los años 40 con Lewin, estableció el principio de ninguna investigación sin práctica y ninguna práctica sin investigación. Lo que ocurre es que investigar en grupos es muy difícil y ha sido mayor la dedicación de los profesionales a la práctica, entre otras cosas, por la presión social que demanda solución de problemas más inmediatos.

Es especialmente difícil investigar en esta área?

Para empezar, y en general, cualquier tipo de investigación es siempre difícil. Exige formación previa y normalmente trabajar en equipo. Pero, además, la investigación grupal es aún más compleja. Efectuar un análisis, siendo tantas las variables que concurren y la variedad de los procesos implicados, necesita de un cuidadoso diseño y de aplicar técnicas específicas cuantitativas y/o cualitativas que requieren una buena formación previa. La investigación es costosa, requiere parsimonia y no estar presionado socialmente. La investigación de grupos, si se hace sobre aspectos puntuales y en el laboratorio (sin negar las aportaciones que

puede reportar el laboratorio), corre el riesgo de desnaturalizar la situación grupal. Encontrar grupos naturales es complicado y difícil. Registrar los datos exige tecnologías a las que no todos los sujetos se prestan e instrumentos de medida que son complejos y que a veces no tienen la capacidad de mostrarnos todos los aspectos deseables para mejor entender los procesos implicados en la dinámica grupal.

En qué orientaciones teóricas se mueven actualmente la práctica y la investigación de grupos?

La investigación en el momento presente viene en buena medida determinada por el origen del estudio de los grupos. Antropólogos culturales, sociólogos en la micro-sociología, psiquiatras, psicólogos, etc. Es decir, la multidisciplinariedad ha dado origen también a multiteorías. Lo mismo ocurre en la Psicología Social, y la Psicología de los Grupos, incardinada en ella, tiene varias corrientes importantes. La primera históricamente y, a mi juicio, de gran importancia, es la orientación psicométrica de J.L. Moreno (González, 1987). Fecundísima, aunque postergada en algunos aspectos en el ámbito académico, tanto en la práctica como en la investigación tiene mucho que decir y aportar. Casi simultáneamente surge la orientación lewiniana que sigue siendo una de las conceptualizaciones teóricas más importantes en la cual se basan buena parte de las investigaciones psicosociales de los grupos y que aporta a la práctica el T.Grupo como una de las técnicas básicas, yo diría imprescindible, para el aprendizaje del funcionamiento de las relaciones interpersonales en grupo y para la formación en el estudio y manejo de los mismos. Actualmente, la teoría sociocognitivista ha puesto sobre el tapete el punto de vista de los estudios intergrupales y el problema del conflicto, constituyéndose en una de las orientaciones teóricas con más audiencia en estos momentos. No hay que olvidar la orientación humanista de Carl Rogers con sus aportaciones o, desde la sociología, el interaccionismo simbólico en sus aportaciones a la explicación grupal en la vida cotidiana. La línea psicoanalítica está siempre latente, en especial en los grupos terapéuticos, desde los análisis de grupo de Bion, que se continúan en el Tavistok Institute, hasta los más recientes, entre otros, de Käs, Anzieu y toda la corriente del grupoanálisis de la escuela de Foulkes.

Lo que he descubierto es que, aunque Freud ha tenido muchos seguidores en la terapia individual y su trasvase al grupo ha sido a nivel de psicoterapia en grupo, a mi entender, desde el punto de vista teórico, sitúa al grupo desde una perspectiva de evolución biológica. Lo sustenta en el contexto evolutivo de la especie y esto substantiva al grupo en un origen tanto biológico como social. La humanización no pasa evolutivamente si no es por el grupo. Lo cual considero importante como enlace con la biología social. La teoría de la evolución no ha sido muy tenida en cuenta para la Psicología en general y, sobre todo, para el grupo. Se ha dado por supuesto lo social pero no lo biológico.

Cómo ve actualmente el movimiento grupal en cuanto a la teoría, la investigación y la práctica?

Como trato de explicar en un artículo a punto de ver la luz en la “Revista de Psicología Social Aplicada”, en el que se revisan los cinco últimos años del Psychological Abstracts a través de sus descriptores, encontré un alto porcentaje de trabajos sobre los grupos que se referían más a técnicas de intervención que a aspectos conceptuales y teóricos. Lo cual es lógico. Cada vez se van extendiendo más las áreas de aplicación, no sólo a los campos clásicos (clínica, evolutiva, y organizacional), sino también a aspectos y fenómenos más concretos como son los deportes, la política, lo jurídico, aplicaciones a profesiones de alto riesgo, a formación de equipos, etc. O sea, cada vez se abren más cauces al estudio aplicado porque el grupo va desde lo más macro a lo más micro (en el sentido numérico). Si cada día es más urgente el conocimiento de los grupos, es porque se usan más y la vida de los individuos se desenvuelve cada vez más en situaciones grupales.

Qué elementos comunes y diferencias podemos destacar entre grupos clínicos y no clínicos?

Lo común, aunque suene a obvio, es que son grupos. En primer lugar, me gustaría aclarar que grupo clínico es más amplio que grupo psicoterapéutico. Ni en la psiquiatría, y que conste que en psiquiatría se pueden organizar grupos psicoterapéuticos dada la circunstancia de atención más individualizada de las personas que acuden como pacientes, se puede olvidar que hay elementos comunes. Cualquiera de las técnicas clínicas grupales de las llamadas nuevas terapias grupales exige el conocimiento de los fenómenos grupales. Pero el uso del grupo en la clínica, entendiendo la clínica como salud y no como enfermedad o ampliando el campo clínico a la enfermedad crónica, a discapacidades, a somatizaciones, o a enfermedades terminales, el grupo y su conocimiento puede aumentar la calidad de vida de las personas, ayudarles a su recuperación en disfunciones biológicas como la diabetes o cardiopatías. Si se aprende en grupo y se apoyan los nuevos aprendizajes en los grupos el resultado es más eficiente y más eficaz. La estructura y los procesos grupales se dan en cualquier grupo y de cualquier índole. Esto es necesario saberlo, sin que esto implique desconocer la técnica o técnicas más adecuadas para cada situación o caso específico según el objetivo a conseguir.

Entonces, cualquier persona que lea este número de la revista puede pensar que, siendo tan útiles los grupos, bastará con reunir un determinado número de sujetos afectados por una situación similar para aliviarles. ¿Cree que cualquier profesional, o no profesional, puede dedicarse sin más a ser conductor de grupo, o necesita algunos requisitos particulares?

Me alegra que me haga esta pregunta, porque ha aparecido una especie de moda, la de los llamados grupos sin monitor, que tal y como yo lo percibo, pueden

ser incluso peligrosos, a no ser que vayan encaminados a aspectos muy socializantes como cualquier otro grupo social y sin mayor trascendencia e importancia. Para conducir grupos se necesita una formación teórica que pueden proporcionar los libros, la universidad o los cursos especiales diseñados para tales efectos y, es preciso subrayarlo, una formación desde el punto de vista personal como experiencia vivida grupal. El monitor, facilitador, director o cualquier título que se le quiera aplicar al conductor de grupos, tiene que estar “informado” y “formado”. Informado como se requiere para el ejercicio de cualquier profesión. No creo que a nadie se le ocurra ponerse a construir un puente sin tener una idea clara de la resistencia de materiales. Tender puentes psicosociales, de los cuales depende el bienestar de la persona, es tan importante o más que tenderlos arquitectónicos, de los que depende la integridad física. La quizás mal llamada “ingeniería humana” exige unos conocimientos teórico-prácticos que hay que poseer. Hay que informarse y formarse porque, además, en este campo el profesional trabaja consigo mismo. Un cirujano, por ejemplo, ha de haber estudiado medicina, luego haberse especializado en cirugía, e incluso especializarse en alguna técnica muy concreta en el área de su especialidad. Cuando él interviene, el paciente está normalmente dormido, por lo que sólo tiene que tratar con una materia, por muy delicada que ésta sea, y el paciente es ajeno a la manipulación a la que está siendo sometido. En el grupo no se trata sólo de un paciente, sino de muchos y además no están anestesiados, sino todo lo contrario. El grupo pretende alertarlos aún más para que amplíen sus capacidades perceptivas. El profesional es una persona de la que en cierta medida se toma ejemplo, sirve de espejo para los componentes del grupo, lo que significa necesariamente también autoconocimiento por su parte, y por encima de todo, formación conceptual y vivencial de los fenómenos grupales, puesto que la información se le supone.

En el campo de los grupos clínicos ¿qué destacaría como relevante entre todo lo que se ha investigado y escrito?

Es tan abundante la literatura sobre los grupos tanto de aspectos teóricos, de investigación o de aplicación práctica que es difícil escoger lo relevante, una elección que siempre sería parcial. Con todo, pienso que lo más importante es que se haya ido decantado cada vez más hacia los aspectos de prevención que de curación. Los grupos clínicos, como la misma medicina, tienden hoy más hacia la prevención que hacia la curación. Así como la psiquiatría tiene un campo muy concreto, cuando la persona está ya muy desorientada, hay grados intermedios de desorientación para los que el lugar propio o idóneo de tratamiento son los grupos. El potencial del grupo sirve, precisamente, no sólo por el grupo en sí, sino por la conjunción de grupo/conductor para adquirir una mayor orientación y cambiar conductas o patrones de vida o actitudes.

Si a alguien se le ocurriera decir que la psicoterapia de grupo es un lujo del que se puede prescindir ¿qué le contestaría?

Si se trata de “psico-terapia”, a lo mejor sí... porque también se realiza individualmente. Pero si se trata del grupo y sustituimos el término terapia por formación, calidad de vida, ayuda, educación social y para la salud, etc., contestaría que no. Pero incluso por rentabilidad. En cualquier profesión, en mayor o menor medida, se forma parte de un grupo, conocer el funcionamiento grupal y el comportamiento personal en éste, puede resultar imprescindible, en la perspectiva del espacio-tiempo. Y aun más, la actividad grupal resulta ser el contexto mediador entre lo individual y lo social, donde se forman y se cambian las actitudes, se dilucidan los conflictos y se fraguan las colaboraciones.

¿Qué garantías debería tener un cliente para someterse a un tratamiento de psicoterapia de grupo, respecto a la ideología y personalidad del terapeuta?

No sé si se puede hablar de garantías en ningún ambiente profesional, pero sí de “precauciones”. En primer lugar, el sometimiento a cualquier persona sin garantías, en el sentido de no saber quién es el conductor, es siempre peligroso, y especialmente en un grupo. A mí me causan pavor anuncios que leo, donde no se indican responsables, grupos que podrían hacer mucho daño. Siempre que acudimos a un técnico, tenemos primero la garantía de la titulación, de la formación de esa persona, segundo y cuando se trata de algo importante, apelamos a las referencias que personas de confianza nos proporcionan. En psicoterapia, debemos conocer la referencia teórica y práctica del profesional en cuestión, que siempre ha de existir, para poder optar. En cuanto a la ideología, debe exclusivamente estar encaminada hacia el beneficio del grupo en su totalidad y de cada uno de sus componentes, lo cual forma parte del código deontológico. Aunque a veces y desgraciadamente, un conductor puede manipular un grupo. En una intervención quirúrgica, no importa si el profesional es de derechas o de izquierdas, o cuál es su religión, pero en los grupos, independientemente de la técnica, pueden traslucirse otros aspectos de su personalidad, o incluso, en el peor de los supuestos, pueden utilizarse técnicas grupales con fines manipulativos. En este aspecto habría que ser muy cuidadoso y debemos alertar que estos casos pueden darse incluso en su aplicación sectoria.

Lo que sabemos sobre conducción de grupos ¿puede ser divulgado para que este conocimiento común le sea útil a la sociedad?.

Suelo decir a los estudiantes que mi propósito es tanto enseñar a intervenir en grupos, como enseñar a no manipularlos. Uno de los objetivos de la ciencia en el sentido divulgativo, es alertar a la sociedad en general, para que posea claves que le permitan ser menos manipulables. Los grandes medios de difusión utilizan cada vez más el grupo para influir sobre las opiniones, actitudes, comportamiento, etc.

bajo cualquiera de sus formas: grupos de discusión, mesas redondas, grupos interactivos, symposia, etc. Si conocemos principios generales sobre liderazgo, interacción grupal, poder, influencia, etc. las posibilidades de que la manipulación sea efectiva disminuyen. Del mismo modo, que la divulgación en otros casos, como por ejemplo la higiene, da resultados útiles. Existe también bibliografía de alta divulgación.

Hábleme de su actividad actual, proyectos y publicaciones, importante, no precisamente divulgados.

Fundamentalmente mi trabajo ha consistido en la investigación y la docencia. Junto con otras personas, doctorandos, profesores universitarios, alumnado de postgrado y master, hemos realizado distintas investigaciones, en las que se ha estudiado el cambio de actitudes a través del grupo, y pertenecen a las instituciones que nos las encargaron: el Centre d'Estudis Jurídics i Penintenciaris, Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona, el INCIE actualmente Centro de Documentación e Investigación Educativa, ICE de la Universidad Politécnica en Formación de Formadores y Educación Vial, entre otros, y estudios interculturales con Universidades de California (EEUU). La vertiente investigadora culmina en las direcciones de tesis doctorales en la que podemos decir que ya existe una línea de investigación en grupos. En la vertiente docente, además de las clases en la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona, de poner en marcha y llevar a cabo un programa de tercer ciclo, de Análisis y Conducción de Grupos. Este postgrado, curricularmente, consta de tres diplomas de postgrado, uno dirigido a clínica, otro a pedagogía y un tercero en el campo de las organizaciones, que culmina en un Master de Investigación e Intervención, donde se lleva a cabo un proyecto de investigación que evalúa la intervención. Lo ideal sería que los profesionales estuvieran formados en las tres especialidades, creo que la clínica con la educación y la organización van muy unidos. Llevarlo a cabo es difícil, costoso y añadiría que novedoso en España. Para impartir tal formación precisamos de un amplio campo de especialistas altamente cualificados. El claustro de este programa está constituido por profesionales e investigadores de toda España y en la medida de nuestras posibilidades hemos invitado a personalidades relevantes, en el campo académico y práctico, del extranjero. Lo que quizás me ilusiona más es que fuera de aquí se nos conozca como "el grupo de Barcelona". Aprovecho la ocasión para explicarte que este proyecto que en un principio parecía imposible, se hizo viable gracias a la magnífica respuesta que he obtenido por parte del claustro de profesores, sin los cuales hubiera sido imposible y a los que estoy muy agradecida. Todos han hecho posible que no se convirtiera en una escuela exclusiva de una técnica o una orientación. Precisamente han acudido y hemos aprendido mucho, representantes muy destacados de todas y cada una de las diferentes orientaciones. Recientemente, en un monográfico sobre grupos, Benedict Bunker de la Universidad de Nueva

York en Buffalo nos dice que este tipo de formación en procesos, con profundidad y amplitud a la vez, para formar conductores de grupos, sólo se realiza mundialmente en tres lugares: en UCLA bajo la dirección de R. Tannenbaum y J. Lasko, en el NTL Institute donde nació bajo la dirección de Lewin y sus colaboradores el estudio de la dinámica de los grupos básicamente a través del “T-group”, y una aproximación más analítica, fundada por Bion, y conocida como enfoque Tavistock, en el A.K. Rice Institute en Inglaterra.

Me parece muy importante que esta formación curricular, cada vez más necesaria en los grupos, sea así mismo continuada, aquí en Barcelona. Se han dado una serie de circunstancias favorables que lo han hecho también posible. Primero la aprobación académica de las titulaciones en Master y Postgrados por la Universidad de Barcelona a la propuesta del Departamento de Psicología. Ha sido indispensable contar con la colaboración de la Escuela de Administración Pública de Catalunya, con el Departament d’Ensenyament i el suport de la Cambra de Comerç i Indústria i Navegació de Barcelona y otras instituciones que han acogido las investigaciones intervenciones de los Masters. Para mí esta oportunidad es un privilegio. Si por cualquier razón dejara de producirse perderíamos algo valioso. Son muchas horas de formación con excelentes especialistas y una adecuada base para conducir bien grupos... para empezar, ya que nunca puede decirse que uno está completamente formado.

Tengo entendido que también dedica parte de su actividad a escribir, ¿cuáles son los temas que en este momento exigen su atención?.

Realmente, quizás no he escrito demasiado sobre grupos. Y acaso debería reprochármelo. En este momento, estoy poniendo en orden las teorías de grupos, recurriendo a fuentes primarias y refiriéndome a los autores más importantes. Hay gran cantidad de bibliografía desde el punto de vista técnico, pero bastante menos desde un punto de vista sistemático en el campo teórico. Me interesan las génesis teóricas más relevantes y originales, constituidas por una veintena de autores. Este trabajo tendrá probablemente forma de libro de texto. Monográficamente estoy trabajando también en otro tema, relacionado con la formación de equipos, especialmente motivado a raíz de mi último viaje a California, contexto en el que la convivencia intercultural y no solo la multidisciplinariedad, se ha convertido en objeto de estudio y preocupación social.

* * *

Lo que marca el fin de esta entrevista no es ni el cansancio ni haber agotado las posibilidades de la entrevistada. El final de la cinta magnetofónica, nos recuerda que hemos sobrepasado ampliamente el tiempo de que disponíamos. Transcribiendo el texto me temo he sido poco incisiva y la entrevistada en demasía modesta. Ignoro

cuántas cosas no me ha dicho en lo que yo desconozco. En todo caso, ha obviado mencionar algunas actividades en las que en su día yo misma tuve el honor de participar. Me referiré por ejemplo: a unos *encuentros con Carl Rogers* y un staff internacional, organizados en Castelldefels hace ya una década. Tuvimos la oportunidad de vivir una de aquellas experiencias grupales que marcan un hito en la vida de una persona. Igualmente fue ella quien organizó un curso en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, dónde se dieron cita relevantes figuras de profesores nacionales y extranjeros, todos ellos investigadores en el campo de los grupos.

Esperemos que hoy día no se repita un fenómeno habitual en nuestro país, que es el de no valorar suficientemente la propia riqueza. Aquello de que disponemos y que por ser cercano y cotidiano, nos parece habitual, demasiado natural y sin importancia. Desde nuestra revista por lo menos, no colaboraremos con esta actitud. Deseamos que lo que desde el exterior se conoce como la *Escuela de Barcelona en Grupos*, creada, potenciada y trabajada por la Doctora Pilar González y su Equipo de colaboradores, sea ahora y en el futuro motivo de orgullo para todos nosotros. Y como grano de arena, he aquí nuestro humilde testimonio.

Referencias bibliográficas:

- GONZALEZ, P. (1987). La orientación moreniana. En P. González y E. Vendrell. *Los grupos como instrumento de formación*. Barcelona: PPU
- MUNNÉ, F. (1971). *Grupos, masas y sociedades*. Barcelona: Hispano Europea.
- WUKMIR, W.J. (1962). *Psicología de la orientación vital*. Barcelona: Miracle.
- WUKMIR, W.J. (1963). *El hombre ante sí mismo*. Barcelona: Miracle.
- WUKMIR, W.J. (1965). *Emoción y sufrimiento*. Barcelona: Labor

COMENTARIO DE LIBROS

MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO ANALÍTICO VINCULAR. Vols. I y II.

Alejandro Avila: Quipú Ediciones, Madrid, 1993

Dentro de la escasez de producción de literatura psicoterapéutica que aflige endémicamente a nuestro país, cabe saludar con entusiasmo la aparición de este manual sobre psicoterapia de grupo, dirigido por Alejandro Avila Espada y editado por Quipú Ediciones. El grupo Quipú de Psicoterapia, fundado entre otros por Nicolás Caparrós Sánchez, Carlos Cabello Suñén, Antonio García de la Hoz y el mismo Alejandro Avila Espada en 1974, ha venido desarrollando durante sus casi veinte años de actividad una intensa labor clínica, formativa, científica y divulgadora, fruto de la cual es la publicación desde 1976 de la conocida revista *Clínica y Análisis Grupal*.

Este manual en dos volúmenes es, precisamente, resultado de este trabajo de años de reflexión sobre la psicoterapia grupal, que se ha ido reflejando en los artículos aparecidos en la revista a que nos hemos referido. La mayoría de capítulos, en concreto 27 de los 38 de que consta el manual, ya habían sido publicados anteriormente en ella o en alguna otra publicación como las Actas de las I Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia, editadas por las mismas ediciones Quipú en 1989 bajo el título *El grupo, lugar de encuentro y divergencia*, aunque todos ellos han sido revisados y actualizados para esta edición. Sólo nueve, por tanto, de los trabajos incluidos en los dos volúmenes, en los que se configura la obra, han sido escritos o reescritos expresamente para esta ocasión. Esto, unido a la proliferación exagerada de autores -treinta en total- produce una cierta desigualdad entre los distintos capítulos que componen el conjunto de la obra, a la vez que repercute en una inevitable reiteración de conceptos.

Para hacer frente a una cierta dispersión inevitable en este tipo de publicaciones colectivas, el editor ha hecho un notable trabajo de sistematización, agrupando los distintos capítulos en cinco secciones diversas. La primera está dedicada a los fundamentos teóricos y epistemológicos con trabajos muy sustanciosos, firmados en su mayoría por Nicolás Caparrós y Antonio García de la Hoz, que se plantean

temas tan básicos como la comprensión de las relaciones epistemológicas y fundantes entre psicoterapia individual y grupal así como las raíces histórico-filosóficas de esta última. La segunda sección, introducida por un trabajo del mismo editor Alejandro Avila, se centra en las modalidades técnicas referidas, particularmente, a los parámetros temporales: periodicidad e intensidad. La tercera sección se plantea cuestiones tan interesantes como las indicaciones de la psicoterapia de grupo, criterios de accesibilidad, de homogeneidad, y a aperturas a nivel grupal. La cuarta sección recoge algunas cuestiones relativas a los efectos de la intervención técnica y que van desde las dimensiones transferencia/contratransferencia en el seno de los grupos, a la resonancia/consonancia/disonancia del equipo terapéutico, o a las posibilidades que los aspectos dramático-lúdicos ofrecen al grupo. La quinta sección hace referencia a distintas aplicaciones prácticas en el campo de la salud - agudos, psicóticos, planificación familiar- en el ámbito evolutivo -terapia de grupo con niños o adolescentes- o el institucional.

Por último, y a nuestro entender acertadamente, las referencias bibliográficas se han colocado no por capítulos, sino de forma unificada al final del segundo volumen. Dadas las características de la obra, creemos que la elaboración de un índice de autores y otro temático o analítico hubiera sido un complemento muy útil, que en este caso echamos de menos.

La mayoría de autores que participan en este doble volumen colectivo reconocen su afiliación más o menos directa respecto a las enseñanzas de Pichon-Rivière, aunque, como expresa claramente Nicolás Caparrós en el prólogo del libro, esto no impide “desarrollar su espacio teórico más allá de donde él mismo lo dejó” (p. 15). Estos desarrollos han dado en identificar como objeto del grupo, prescindiendo de perspectivas de escuela, lo *vincular*. Que el vínculo es el objeto de la psicoterapia grupal, dice Nicolás Caparrós en el primero de los trabajos “viene dado porque el grupo es el lugar preferente de su manifestación” (p. 31). El grupo es, en efecto, el lugar de privilegio “para trabajar lo interpersonal, las relaciones simétricas y asimétricas, la exclusión, la competencia, la actitud, el proyecto de acción, el aquí y ahora” (p. 31). Esta concepción de lo vincular como objeto de análisis en los grupos es la que da, precisamente, nombre al enfoque que *vincula* a los autores, conocido como “modelo analítico-*vincular*”. *Analítico*, por cuanto se inspira en el Psicoanálisis como matriz ideológica que permite pensar una realidad; *vincular* porque a través de este concepto “se articula sin violencia la díada individuo-grupo”(p. 164).

Esta concepción vincular es la que otorga unidad a todo el conjunto de una obra que, de otra forma, pudiera parecer algo dispersa. Pero tal vez no es suficiente, al menos a nuestro juicio, para otorgarle la categoría de “manual”. No ponemos en duda que puede ejercer esta función para los miembros en formación del grupo Quipú o para los socios de la SEGPA (*Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis*), promovida por el mismo grupo. Pero

pensamos que un manual debería estar concebido de una forma más sistemática y unitaria y con una preocupación didáctica que no se refleja en la mayoría de escritos que componen el doble volumen, puesto que no fueron redactados en origen con esta intención, sino presentados como artículos de revista o ponencias en Jornadas o Congresos. Esta no es una crítica al valor del libro, sino un aviso a los posibles lectores para que no se hagan expectativas equivocadas respecto a él.

Otra observación que no afecta al contenido de la obra, sino a su presentación formal, es la división en dos volúmenes, que encarece notablemente el producto final, además de hacerlo poco manejable. Si se hubiera prescindido de algunos trabajos, por otra parte ya publicados, se hubiera optado por otro formato mayor y otro cuerpo de letra, posiblemente se hubiera obtenido un solo volumen de menos páginas, que no hubiera perdido nada en su interés y habría ganado en economía y capacidad de manejo. Deben haber existido, sin duda, poderosas razones para haber hecho las cosas como se han hecho, pero pensamos que las observaciones de un *observador* situado fuera del grupo, que tal es la función del crítico, puedan ser útiles para una segunda edición, que deseamos haga pronto necesaria la demanda, puesto que el libro se merece una acogida masiva por parte del público.

Manuel Villegas Besora

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.
c./ de l'Art, 81
08026 BARCELONA
Tel.: (93) 435 2311**