



## Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastorno de adaptación Felipe Vallejo

### Introducción

En este artículo se presenta un trabajo basado en una experiencia grupal desarrollada en una Unidad de Salud Mental Comunitaria para pacientes con diagnóstico de Trastorno de Adaptación, que cursan con una clínica depresiva y factores de riesgo reactivados por acontecimientos vitales que han supuesto cambios drásticos en su vida.

El presente texto trata de dar cuenta de los efectos terapéuticos que se producen con la creación de dispositivos grupales; de ampliar y complejizar el modo de comprensión de este tipo de trastornos y los conflictos subyacentes; también persigue desarrollar y consolidar ofertas psicoterapéuticas adaptadas a las necesidades de los pacientes, con los recursos del Sistema Sanitario Público.

Desde un plano *teórico y metodológico*, el grupo se nos muestra como un espacio donde visualizar la relación individuo-sociedad y la producción social de la enfermedad. Es un espacio privilegiado de relación, como lugar de palabra, más allá del síntoma.

El grupo entendido como *instrumento de intervención* da lugar al desarrollo de dispositivos grupales, en un servicio asistencial que trata de dar respuestas organizativas y terapéuticas, posibilitando el espacio y el tiempo que cada sujeto va a requerir para el afrontamiento de sus conflictos.

### Referencia al marco teórico

El modelo con el que trabajamos en la organización de estos espacios grupales para pacientes con diagnóstico de Trastorno Adaptativo es la Concepción Operativa de Grupo, (Pichon-Rivière, E., 1948). Aunque no podamos extendernos en una descripción pormenorizada del marco teórico, describiremos algunas líneas que puedan dar cuenta de la noción de grupo y su instrumentalización para el tratamiento de pacientes con trastornos graves.

Pichon-Rivière ha desarrollado la técnica de grupo operativo partiendo del *psicoanálisis y la psicología social*. Se trataba de incidir en la tradicional dicotomía entre lo intrapsíquico y lo social.

Se define la Psicología Social como una disciplina que se ocupa de la mediación individuo-sociedad. El grupo es un modelo y un hecho de mediación, por tanto surge como la intermediación entre la estructura individual y la estructura social. Y un lugar privilegiado para la expresión-visualización de ambas estructuras.

Estudia al sujeto como un ser de necesidades que se satisface socialmente en relaciones que lo determinan. De ahí, que nuestras intervenciones terapéuticas sean siempre sobre un "*sujeto en situación*". (Lagache, 1963) Esta noción permite estudiar las reacciones y las conductas del individuo teniendo en cuenta el contexto en el que está situado; es decir, un sujeto con sus vínculos, en una realidad concreta, en un contexto y en un aquí y ahora.

Así, partiendo de la teoría psicoanalítica, la Concepción Operativa de Grupo centra su interés, no sólo en los procesos intrapsíquicos sino también en la construcción de estos procesos que se producen en la interacción del sujeto con la realidad externa. De este modo, centramos el estudio e intervención tanto en la dimensión *intrasubjetiva* como *intersubjetiva*.

La técnica de grupo operativo enfatiza el trabajo sobre los aspectos psicosociales del proceso de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva psicosocial entendemos la enfermedad no sólo en su vertiente biológica y psicológica, sino como una situación que se ha producido en un contexto grupal, siendo el primer grupo la familia.

Pichon-Rivière nos señala que *la salud* estaría en función del proceso de cambio y aprendizaje, la capacidad de transformar la realidad, y la enfermedad sería el estereotipo, es decir las resistencias al cambio y los modelos de aprendizaje no funcionales a la tarea.

De esta manera intentamos un cambio de óptica para pensar la salud y la enfermedad. Son *momentos de un proceso* en que los obstáculos están en la dificultad del cambio. En los pacientes con trastorno adaptativo, por ejemplo, enfocamos la crisis como un momento en la vida del sujeto, en el que se produce un cambio que es vivido como catastrófico. En la resolución tendrá que enfrentarse con otras problemáticas. El trabajo sobre la conducta estereotipada será central en el tratamiento. El estereotipo se entiende desde aquí como la dificultad frente a las situaciones de cambio, la repetición de conductas inadecuadas y la adaptación pasiva al medio.

El grupo operativo es un grupo restringido de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio (encuadre), articuladas por su mutua representación interna (relación vincular), que se plantea explícita o implícitamente una tarea que constituye su finalidad. Función, cohesión y finalidad configuran la situación grupal que tiene su modelo natural en el grupo familiar. (Pichon-Rivière, 1978).

Trabajamos sobre los efectos que se producen en la relación grupal. La actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación debidas al nivel de ansiedad que despierta todo cambio (ansiedad depresiva y ansiedad paranoide). Estas dos ansiedades, coexistentes y cooperantes configuran la situación básica de resistencia al cambio que debe ser superada.

Planteamos la necesidad de desarrollar una *clínica grupal* y una *clínica institucional*. Con estas nociones nos referimos a una clínica que amplía y complejiza el campo asistencial, al incluir la organización de servicios, la prevención, la psicoterapia, la noción de salud y enfermedad como un proceso, así como la sobredeterminación social, política e ideológica que atraviesa la práctica asistencial (Bauleo, Duro, Vignale, 1990).

Y así, de esta forma, el espacio grupal se constituye en una organización tanto para los pacientes como para el equipo. Los espacios grupales, que están insertados en una institución, pueden ser lugares para la "palabra", para una escucha del paciente, un tiempo y un espacio que proteja al paciente del peligro de la institucionalización de la enfermedad. "*Favorecer que el paciente pueda iniciar otro discurso, como persona y no fragmentos de síntomas, déficits y obstáculos*". (Mannoni).

### **El contexto (institución) en el desarrollo de grupos terapéuticos**

Al hacer una mirada hacia el grupo surge una primera cuestión. No es posible pensar y construir un espacio grupal aislado del contexto institucional (y social) donde éste se realiza y se operativiza. Situándonos en el contexto institucional, de un Servicio Público de Salud, son muchas las variables a tener en cuenta en el análisis de la demanda y en la organización de respuestas asistenciales.

Bauleo señala que "hay una oferta anterior al primer pedido, y ésta tiene que ver con la manera en la que se organiza la oferta a los usuarios de cualquier servicio. Esta oferta está estructurada según ciertas reglas que son predefinidas por parte de quienes operan en una institución".

- Por un lado, los profesionales, cada cual desde sus modelos, ideologías, concepciones acerca de los procesos de salud-enfermedad y sus modalidades de intervención.

- Por otro, las conformaciones grupales y organizacionales. El modo de organización de los servicios, con su multiplicidad de factores.
- Y el ámbito institucional, con sus objetivos explicitados, su marco normativo... sobre todo, con sus objetivos no explícitos, marcados por normativas no expresadas. Incluyendo los condicionantes que provienen de una determinada dotación de recursos, priorizaciones, urgencias, distribución de espacios y tiempo, etc.

En la práctica cotidiana, y en el contexto de un servicio asistencial público, una preocupación básica para los terapeutas se dirige a cómo dar respuestas terapéuticas que permitan a los sujetos (usuarios para el sistema) contar con un espacio donde pueda ser posible que el síntoma deje lugar a la palabra y el abordaje del conflicto.

Experiencias como la creación y desarrollo de un espacio psicoterapéutico grupal para pacientes diagnosticados como “trastornos adaptativos”, dan cuenta de este proceso del Equipo. Un primer cambio reside en la posibilidad de poner en común un *modelo de comprensión de la enfermedad*; un modo de comprensión más integrador y menos reduccionista, que permita abarcar de forma más completa y compleja los muy diversos factores que inciden en ese momento de crisis y en la imposibilidad de salir del estereotipo. Otro cambio es para el propio Equipo, ya que, al incidir en *la creación y consolidación de un tipo de respuesta asistencial*, se dota de ofertas permanentes como Servicio Sanitario para dar respuestas específicas a la demanda.

Pero, desde esta óptica, es evidente que el análisis de cualquier respuesta asistencial de un Servicio de Salud Mental tiene que remontarse, previa y necesariamente, a otros procesos grupales (y por ende institucionales). Por ello, es pertinente incluir en estas reflexiones que el *primer espacio grupal a construir es el del propio equipo terapéutico*. Como todo grupo, el Equipo, *Equipo-Grupo*, (Vallejo, 1997) va a ir configurándose alrededor de una tarea.

Desde el proceso interno, de *construcción de un esquema conceptual referencial operativo*, el equipo necesita de *espacios grupales de tarea*, donde poder analizar la situación a que debe responder como servicio sanitario y diseñar los modos de intervención terapéutica.

A partir de ahí es cuando el *equipo-grupo* se puede dotar de una estructura organizativa cambiante; y puede entrar a redefinir las respuestas asistenciales. El esfuerzo podrá confluír entonces en la *discriminación* de la demanda, la *priorización* de respuestas y la *definición de intervenciones terapéuticas* individuales y grupales.

Esta cuestión es clave para nuestra experiencia. Y lo señalo como contenido previo al análisis de un grupo psicoterapéutico específico como es el que ocupa estas reflexiones. Dentro de la tendencia a la indiferenciación de respuestas a la que empuja una demanda masiva, a la simplificación, a la no escucha más allá del síntoma... es posible desde una conceptualización de una clínica grupal e institucional *diseñar y mantener conjuntamente respuestas asistenciales adaptadas a las demandas y necesidades de los usuarios*.

*“Así, el grupo va a operar también sobre las condiciones que lo sustentan. Trabajar en el espacio grupal (del Equipo-grupo) no va a tener consecuencias sólo para las personas que integran ese grupo. Sino que va a repercutir en el espacio institucional sobre el que opera... Junto a la reconstrucción y revisión de los esquemas de referencia de los integrantes del grupo, se revisan, replantean y modifican los elementos que definen el contexto organizacional (Servicio Sanitario), aunque sea en una muy pequeña parte”<sup>1</sup>*

### **¿Cómo entender este tipo de conflicto?**

En pacientes que llegaban al equipo con síntomas depresivos graves y diagnosticados de “trastorno adaptativo” se observaba:

---

<sup>1</sup> Taller “Grupo e institución: Los espacios grupales operando en las instituciones”. APOP. Congreso Internacional de Grupo Operativo. Madrid, Febrero, 2006.

- Que era frecuente que el paciente estuviera en una franja de edad entre 45 y 65 años; varones en su mayor parte; y que presentan una clínica depresiva muy acentuada, con factores de riesgo. Con acontecimientos vitales como enfermedades incapacitantes, con situaciones de cambios drásticos en su estilo de vida, e imposibilidad de continuar una actividad laboral.
- Que para este tipo de conflictiva no se contaban con respuestas psicoterapéuticas específicas; las cuales estaban reducidas frecuentemente a intervenciones de apoyo y/o de tratamiento psicofarmacológico.

La cuestión se plantea inicialmente sobre ¿cómo hacer un abordaje terapéutico que ayude al paciente a elaborar las pérdidas, y acompañarle en un proceso de reaprendizaje, que le permita una adecuada adaptación a su medio, tanto social como familiar?

Pero realmente hay una cuestión previa: responder a esta interrogante requiere una visión integral del sujeto. Esto implica incluir tanto la circunstancia acaecida (pérdida de salud, incapacidad para la actividad laboral...), como el tipo de vínculos del sujeto, así como sus ámbitos de relación (incluyendo la integración en el sistema de producción).

Una visión parcial de estos trastornos tiende a negar su complejidad. Un ejemplo puede ser quedarnos en una valoración predominantemente centrada en los síntomas; y orientar el tratamiento de forma exclusiva hacia dichos síntomas; esto implica la negación de aspectos relacionales o situacionales. En otro polo, podemos situar algunos diagnósticos de mobbing; el exclusivo centramiento en una situación de conflicto y su elevación a diagnóstico, puede llevar a un reduccionismo que evite la inclusión de otros factores institucionales, junto a la negación de la historia del sujeto y sus modos de vinculación.

Un acontecimiento vital precipitante puede tener mayor incidencia en función de “factores personales” que podrían denominarse factores predisponentes, en función del tipo y forma de vinculación del sujeto. En el caso, por ejemplo, de un acontecimiento vital estresante que suponga la ruptura de la actividad laboral la valoración de riesgo es mucho mayor en una persona en la que su identidad y autoestima dependan del reconocimiento de “los otros”. El acontecimiento vital, como puede ser la pérdida del trabajo y la incapacidad para realizarlo, adquiere el valor de situación catastrófica: La pérdida del trabajo, desde ahí, no significa sólo eso, sino la pérdida de factores afectivos imprescindibles para una adaptación personal al medio. La interrupción de la actividad se equipara a la interrupción de la vida, el sujeto queda sin fuente de valoración y autoestima, los aspectos de apoyo social (soporte social) quedan minimizados. Y la “supervivencia”, a partir de ahora pasaría por un reaprendizaje de los vínculos afectivos.

### Descripción del grupo

El grupo se inicia a mediados de 2002. Con dos fases diferenciadas: Hasta mediados de 2006. Y desde abril de 2007 hasta la actualidad. Los pacientes son derivados por los miembros del equipo.

Los **criterios diagnósticos** de adscripción son: pacientes con diagnóstico de trastorno de adaptación; con grave afectación a su adaptación personal familiar y social; con sintomatología depresiva-ansiosa; con factores de riesgo (ideas de autolisis o gestos autolíticos). Se excluyen los trastornos de personalidad.

### Nº de pacientes que han participado en el espacio grupal

Altas con valoración de mejoría	33
Altas por abandono *	21
No incorporaciones tras derivación a grupo	5
Derivaciones a otros tratamientos	7
Pacientes actualmente en grupo	8
TOTAL de pacientes	78

\* 14 son abandonos tras la 1ª a 3ª sesión

## Encuadre de grupo de psicoterapia para pacientes diagnosticados de trastornos adaptativos

Se trata de organizar un *dispositivo grupal permanente a nivel institucional*. Nos referimos a *dispositivos grupales* entendidos como oferta psicoterapéutica estable una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), como un espacio que permanece a lo largo del tiempo, donde pueden ser tratados pacientes que demandan una atención específica.

- **Tiempo.** El grupo funciona actualmente con una periodicidad quincenal. Siendo la duración de las sesiones 90 minutos. En la primera etapa las sesiones eran de frecuencia mensual, con una duración de 90 minutos.

Este tipo de grupos tiene la característica de estar organizado a modo de *corredor terapéutico*. Consideramos beneficioso mantener el criterio de que los pacientes permanezcan en la terapia grupal el tiempo que requiera su proceso personal.

La entrada y salida de pacientes se establece a partir de momentos de evaluación. La *evaluación* que antecede a una posible alta, se realiza en una sesión acordada previamente. En la evaluación se intenta tomar una decisión a tres bandas: cada paciente se evalúa a sí mismo; el grupo interactúa en dicha evaluación; y la coordinación participa desde su rol en el trabajo sobre los motivos de continuación o el alta. De esta forma la oferta grupal de la institución permanece, pero, a su vez, contempla la diferencia del tiempo que cada paciente necesita en su proceso.

- El **espacio:** lugar físico estable que contribuye a estructurar la permanencia terapéutica. Corresponde a la coordinación del grupo el cuidado de este espacio como parte del encuadre. Pero una parte de ese cuidado va a depender del propio equipo y del contexto institucional terapéutico.
- La **tarea:** se trata de reflexionar y analizar los conflictos y problemas que los integrantes traen al grupo; es un aprender a pensar sobre los procesos que llevan a la enfermedad y la posibilidad de salir del estereotipo.

La formulación inicial del objeto de trabajo que convoca al grupo la realiza el coordinador; es la tarea manifiesta. Y a partir de ahí se va construyendo sesión tras sesión la tarea grupal.

A nivel latente o implícito, la tarea es la elaboración de un esquema referencial común que permita el establecimiento de la comunicación dentro del grupo. En una identificación de los procesos que han llevado a la enfermedad (pérdida de salud, del trabajo...); así como de los pasos para salir del estereotipo.

Para esta ruptura del estereotipo, el grupo se configura así como un espacio para la movilización del conflicto. Mediante: poder hablar lo silenciado; y contener la angustia ante este afrontamiento. A partir de ahí el grupo podrá hacer una elaboración del conflicto, lo más integrada posible.

- El **secreto grupal**, es un elemento más del encuadre, que hace referencia, desde lo manifiesto, a una norma que el grupo se da para preservar la intimidad del trabajo grupal y junto con otros elementos del encuadre, posibilitar la organización del espacio interno.

### El proceso grupal

Los miembros del grupo, cada uno con su historia y su conflicto, comienzan a compartirlos. A participar con cada forma de entender la tarea que les convoca, mediante un intercambio de información y afectos.

*“Es de suponer que este movimiento psíquico de los participantes, esta confrontación y autoevaluación de datos y sentimientos, produce un clima en el cual las ansiedades cambian de color en función de los escalonamientos sucesivos, de las distintas interrelaciones entre estos participantes. Aparecen ansiedades persecutorias, confusionales y depresivas acompañando los momentos en los cuales, debido a la llegada de nuevas informaciones o de otros apareceres emotivos, los esquemas de referencia originales, aquellos con los cuales*

*se llegó al grupo, se van desestructurando en vías de las transformaciones que van sufriendo, para que, poco a poco (y en tiempos propios) se reestructuren sucesivamente” (Bauleo, 2005).*

Se describen a continuación algunos de los momentos del proceso grupal. Incluyendo emergentes de distintos momentos grupales.

## □ Momento de pretarea

En este momento se hacen presentes las ansiedades persecutorias y confusionales. Es el momento del “como si”. Habla el síntoma, no las personas.

En una primera fase, los miembros del grupo suelen situarse en una posición dependiente, con una depositación de la rabia hacia las circunstancias y las personas que han incidido en su trastorno.

En el proceso de este espacio grupal, aparecen (como de forma cíclica) momentos grupales en los que predomina: la búsqueda del culpable, la rabia se dirige hacia el afuera; son frecuentes las expresiones de agresividad...

- *“La responsabilidad ha sido de los médicos”* (por error supuesto o maltrato)
- *“La culpa es del sistema”* (aquí se expresa también la desconfianza hacia el coordinador: *“es parte del sistema”*; *“nos quiere adaptar, que no protestemos”*)
- *“Los médicos me dicen que haga una vida normal y eso es mentira: ¿cómo voy a hacer una vida normal?”*
- *“Me he sentido maltratado por el inspector”*
- *“La única solución es coger una pistola”*

En otra fase, la conciencia de su situación, la vivencia de las pérdidas, el comenzar a acercarse al conflicto, el poder empezar a hablar de ello, está asociado a ideas de muerte, de finalización, de catástrofe... Aquí la agresión es dirigida hacia uno mismo.

- Muerte. Finalización.
  - *“Al verme imposibilitado pienso en el suicidio”*
  - *“Me he vuelto un hombre peligroso”... “He estado dos veces en el puente”.*
  - *“Nos han eliminado de la faz de la tierra”*
  - *“Me han pasado cosas por la cabeza que me han llegado a asustar”*
  - *“El balcón parece que tiene imán para mí”*
  - *“Me tengo que crear una fantasía diaria para vivir”*
  - *“Si yo no puedo hacer lo mismo que antes, ¿para qué seguir aquí?”*
- Pérdida. Cambio drástico inexplicable.
  - *“Con la pérdida del trabajo se me fue la vida”*
  - *“No me resigno a lo que me ha pasado. Me he quedado sin lo que era mi vida. Quiero ser el de antes”*
- Incapacidad, impotencia.
  - *“Se me metió que no valgo para nada: No valgo para llevar mi casa. No valgo para el mundo”*
  - *“Yo no valgo para lo que valía antes”*
  - *“Yo antes me comía el mundo. Ahora soy el culo del mundo”.*

## □ Momento de tarea

En esta modalidad grupal se da la alternancia entre momentos de pretarea y de tarea. Es decir, momentos de elaboración y momentos defensivos. En el momento de la tarea, las ansiedades que se hacen presentes son las ansiedades depresivas,

- *“Soy capaz de asimilar lo que me ha pasado”*
- *“Puedo aceptar mis limitaciones, o al menos hablar de ellas”*
- *“Me doy cuenta de que soy más esclavo del interior que uno tiene, no sólo de lo que me ha pasado”*
- *“¿Cómo podemos reconducir esta rabia?”*

- “Quizás lo que me pasa es que callo las cosas”
- “Por mi forma de ser tapo los problemas”
- “Al primero que tengo que decir la verdad es a mí mismo”
- “Yo pensaba: si no lo cuentas, no existe”
- “Hay que cambiar. He tardado años en poder darme cuenta”

En la finalización del proceso grupal se ponen en juego diversos factores.

- Toma de conciencia del conflicto (no limitándolo a “lo externo”).
- Reestructuración de los recursos personales para afrontar la nueva situación.
- Aceptación de límites propios actuales. Elaboración de las pérdidas.
- Adaptación a nuevos roles.
- Aprendizaje de nuevos comportamientos y adaptación a nuevas situaciones.

Estos factores sirven de base para la evaluación previa al alta del grupo.

### **Apéndice: Hacia el grupo de autoayuda**

El germen de este nuevo espacio grupal, grupo de autoayuda, parte de la evaluación de los miembros, previa al alta. Tras valorar conjuntamente los cambios, la disminución de la sintomatología que acompañaba los periodos de crisis, el aumento de recursos personales para afrontar la nueva situación, y una vez trabajadas las dificultades ligadas a la dependencia, algunos miembros del grupo comienzan a compartir la posibilidad de poder continuar entre ellos un contacto tras el alta del grupo psicoterapéutico.

A partir de aquí se va construyendo un espacio grupal que se configura como un recurso de salud en un espacio comunitario.

La finalización del proceso terapéutico para los miembros del grupo en la fase inicial, supuso de esta forma el comienzo de un nuevo espacio grupal: un *grupo de apoyo*, fuera del espacio sanitario (Centro Cívico). El grupo de apoyo tiene como objetivo la preparación y dotación de recursos para el funcionamiento posterior más autónomo del grupo de autoayuda. Este grupo funciona durante un periodo de 6 meses, con un coordinador que acompaña en este proceso. La asistencia de antiguos miembros del grupo de psicoterapia oscilaba entre 4 a 7 miembros, pasando por el grupo un total de 12 personas, en su mayoría ya dados de alta del grupo psicoterapéutico.

Tras esta fase se inicia el *grupo de autoayuda*, con apoyo e intervención de profesionales de Servicios Sociales y Plan de Barrios. Se plantea como un espacio de encuentro y apoyo en la *búsqueda* de recursos personales y sociales. El pasaje del grupo de apoyo al grupo de autoayuda presentó dificultades. Entre otras variables hemos podido observar la relación de esta dificultad con la poca cultura asociativa, hecho que se evidencia más presente en hombres que mujeres. Estas recurren con más frecuencia a construir asociaciones y grupos de apoyo; pensamos que la educación y el papel social que se exige de sujetos de producción los hace más inestables en la búsqueda de espacios de encuentro.

El grupo de autoayuda fue finalizando con movimientos individuales de los pacientes que fueron buscando otros lugares sociales y otras alternativas.

Esta experiencia requiere de otros estudios y análisis, que no son objeto de este artículo, pero sí queremos señalar que la experiencia terapéutica grupal en estos pacientes les permitió buscar otros espacios en el contexto social y comunitario.

No se trata sólo de mejorar al paciente, sino de mejorar a su vez las condiciones y los recursos de la comunidad; de cómo la comunidad acepta y da respuestas a estas personas que, de alguna manera, se han sentido sin lugar en la producción social. La respuesta y apoyo que requieren, tal como nos hemos planteado en estas reflexiones, no pueden proceder sólo de la intervención clínica sobre el sujeto; deben abarcar otros ámbitos que permitan una reestructuración de los vínculos familiares y el acceso a nuevos recursos sociales y/o laborales.

## ANEXO:

Tras tres años de alta de los pacientes del grupo de psicoterapia nos planteamos realizar un seguimiento a algunos pacientes que estuvieron integrados en el grupo de autoayuda para conocer su opinión acerca de la experiencia terapéutica grupal. Para ello se realizó una entrevista grupal semidirigida, coordinándola un residente de psiquiatría. Vamos a presentar algunos de las reflexiones que realizan los pacientes:

*El aspecto positivo era hablar, no dejarte nada adentro, sincerarte.*

*F. nos metía los dedos para que nos descargáramos... Salías de la reunión como si te hubieras quitado una losa... Fuimos coincidiendo. Entre nosotros nos decíamos lo que nos parecía del otro.*

*Yo cuando fui a la consulta iba hecho polvo; iba con muchos medicamentos. Cuando me pasó lo del infarto me vine abajo total; me encerré en casa. Todo era un desastre para mí; yo pensaba que no valía para nada.*

*La primera entrevista que tuve con F. no podía ni hablar. Venga a llorar. Cuando me propuso la terapia de grupo yo no era receptivo; yo pensaba que cómo iba a hablar con gentes si no podía hablar ni yo sólo, ni conmigo mismo. Veía que había casos que eran peor que el mío. No me atrevía a hablar. Y después de varias sesiones empecé a hablar, llorando.*

*Yo al principio me centraba en la parte física; era activo, hacía deporte. Y no entendía por qué me pasaba esto.*

*Yo creía que no valía para nada. Poco a poco, empecé aceptar que había cosas que no podía hacer, no podía subir escaleras o salir detrás de un autobús; pero otras cosas que sí. Y escuchaba a otros compañeros de grupo que hacían otras cosas, y buscaban salidas a su situación.*

*No podía hacer lo mismo que antes, pero no se acaba el mundo aquí. Eso lo empecé a ver poco a poco, porque antes sí sentía que el mundo se había acabado.*

*Lo que más me costó es que sin conocer a nadie, tienes que hablar. Yo pensaba: si ese hombre no me conoce a mí y dice todos sus problemas, yo me decía ¿cómo iba a poder yo sacar los míos? Lo complicado de sacar mis sentimientos.*

*Yo que no había sido capaz de contárselo a nadie, ni a mi hermano, ni... y que aquí no conocía a nadie... Nunca imaginé que podía hacer esto.*

*Lo que hizo que pudiera hablar con personas desconocidas, fue la confianza que se creó en los demás. Fue importante lo que dijo F.: que lo que se habla aquí se queda dentro del grupo.*

## Referencias

Bauleo, A., *Psicoanálisis y Grupalidad*, Paidós, Buenos Aires, 1997.

Bauleo, A., Monserrat, A., Suárez, F., *Psicoanálisis operativo. A propósito de la Grupalidad*, Atuel, Buenos Aires, 2004.

Bauleo, A., Duro, J.C., Vignale, R. (Coord.) *La concepción operativa de grupo*, AEN, Madrid, 1990.

Bleger, J., *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.

Bion, W.R., *Aprendiendo de la experiencia*, (1961), Paidós, México, 1987.

Bion, W.R., *Aprendiendo a pensar*, (1961), Paidós, Buenos Aires, 1975.

De Brassi, M., Bauleo, A. *Clínica grupal, clínica institucional*, Atuel, Madrid, 1990.

Devereaux, G., *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. 1967, Siglo XXI, México, 1977.

Fairbain, W.R.D., *Estudio Psicoanalítico de la personalidad*, 1952, Hormé. Buenos Aires, 1975.

Lagache, D., *La Unidad de Psicología*, Paidós, Buenos Aires, 1963.

Leal Rubio, J., Aproximación a una lectura institucional del malestar en los servicios de salud (mental). En J. Leal (Coord.) *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, AEN, Madrid, 1997, pág. 33-57.

Mannoni, M., *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, 1970, Siglo XXI, México, 1985.

Pichon Rivière, E., *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1978.

Taller "Grupo e institución: Los espacios grupales operando en las instituciones" APOP. Congreso Internacional de Grupo Operativo. Madrid. Febrero, 2006.

Vallejo Jiménez, F., Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En J. Leal (Coord.). *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, AEN, Madrid, 1997, pág., 59-89.

Winnicott, D.W., *Realidad y juego*, 1971, Gedisa, Barcelona, 1982.

Yalom, I. D., *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, FCE, México, 1986.