

Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos.

Arroyo Guillamón, R. y Del Palacio Tamarit, S.

Cita:

Arroyo Guillamón, R. y Del Palacio Tamarit, S. (2011). *Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. Area 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 15, 1-18.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/rafael.arroyo.guillamon/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pnrs/k4p>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 15 – Otoño-invierno 2011

Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos ¹

Rafael Arroyo Guillamón ² y Sara del Palacio Tamarit ³

INTRODUCCIÓN: GRUPALIDAD, PSICOTERAPIA Y ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Describimos en estas líneas lo acontecido durante un año (Abril de 2010 - Abril de 2011) en un grupo de psicoterapia que venimos realizando tres veces por semana en una Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica perteneciente a un hospital general de la red pública. El grupo se inició meses antes si bien, debido a problemas organizativos propios del comienzo de estas experiencias, no fue hasta los 6-7 meses previos al período descrito que pudo realizarse de forma más constante y con mayor orden en la participación del personal. Conforme la experiencia fue asentándose se añadió el registro por escrito del material de las sesiones.

Somos conscientes de lo limitado del proyecto, que se encuentra aún en fases iniciales. No obstante el trabajo realizado durante este año ha supuesto un escenario de observación-reflexión muy amplio sobre el psiquismo del paciente grave en momentos de crisis: realizamos 146 sesiones, en las que participaron 488 pacientes y 56 miembros del equipo (entre coordinadores, personal de apoyo y en formación). Ello nos ha permitido “jugar” a hacer inferencias sobre el desarrollo de la enfermedad; analizando fantasías,

¹ Agradecemos su participación en el grupo a los doctores Beatriz Gamo, M^a Carmen Garabito, Carolina Burillo, Luis Miguel Moreno y Juan Antonio Palacios; médicos psiquiatras del Hospital Infanta Sofía de Madrid. Todos ellos colaboraron en la coordinación de las sesiones durante este año. A aquellos otros compañeros que meses atrás iniciaron el grupo en la planta, estableciendo un esquema de trabajo que básicamente hemos continuado después. Al equipo de enfermería de la unidad y personal rotante en formación, sin cuya implicación no se habría instituido el grupo como un espacio terapéutico estable. Por último al Dr. Mariano de Iceta, jefe de sección, por su constante respaldo al proyecto.

² Médico Psiquiatra. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

³ Terapeuta ocupacional. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

angustias, defensas y relaciones interpersonales de los pacientes, que se reeditan transferencialmente en el vínculo entre ellos, con los terapeutas y la institución.

Nos proponemos varios **objetivos** con el relato de nuestra experiencia. En primer lugar favorecer el intercambio con profesionales que trabajan desde tiempo atrás, o quizás estén iniciando como nosotros, espacios psicoterapéuticos similares. Igualmente invitar a una reflexión sobre la necesidad de incluir el trabajo psicoterapéutico como pieza clave con el paciente mental gravemente afectado; y no sólo como algo deseable, accesorio o complementario a abordajes biológicos, que por desgracia polarizan el tratamiento de estas personas en nuestro medio. Por último alejar los fantasmas de que experiencias de este tipo, especialmente difíciles por el momento de crisis y la gravedad psicopatológica de los pacientes, no son factibles con los medios habituales o resultan insatisfactorias.

Respecto a las **fuentes** teóricas que respaldan nuestro trabajo, entre los coordinadores del grupo coincidimos profesionales con formaciones y bagajes teórico-clínicos diversos. En estos meses de trabajo conjunto, las interacciones entre nosotros en reuniones y discusiones clínicas, nuestra formación teórica y, en algunos casos, nuestro trabajo terapéutico personal, han ido estructurando un esquema referencial común y propio. No obstante es innegable que se destila un importante núcleo psicodinámico, reconocible en la especial atención sobre motivaciones inconscientes, el peso de lo histórico-familiar o el análisis del eje transferencia-contratransferencia, entre otros. Algunos nos sentimos muy influidos por las modificaciones teóricas y clínicas que sobre mediados del siglo pasado supusieron el triple salto de lo psicoanalítico, desde el campo de la neurosis, hacia las patologías graves, lo grupal y el análisis de niñosⁱ. No es difícil reconocer en nuestro posicionamiento conceptos derivados de la escuela inglesa (Klein, Winnicott, Bion y discípulos) y sus desarrollos en Latinoamérica y España (Pichon-Rivière, Badaracco, Bauleo y discípulos).

Globalmente partimos de una concepción de la enfermedad mental que, sin obviar lo constitucional, la define como una detención del desarrollo psicoemocional del individuo en fases muy tempranas, tanto más cuanto más pobreza yoica y gravedad sintomatológica. Así, a través del discurso de los pacientes y sus familias, otorgamos importancia a hilvanar la situación actual con un contexto biográfico y relacional intrafamiliar: el vínculo con figuras significativas tempranas, las dificultades para la individuación sana y el atrapamiento en identificaciones familiares no estructurantes, que conforman una trama propiciadora de un equilibrio, homeostático por un lado, pero estereotipado y patógeno por otroⁱⁱ. Desde luego son parámetros que nos guían para pensar la situación actual y para colocarnos en una posición de sostén y maternajeⁱⁱⁱ institucional adecuado, que favorezca el redesarrollo de

recursos yoicos sanos. Sin embargo no son desvelados directamente al paciente o sus familias, por la incapacidad para asimilarlos en estos momentos de grave angustia y el riesgo, aun con la máxima sutileza, de culpabilización y/o empeoramiento.

Observamos en muchas familias de pacientes graves, especialmente psicóticos, dinámicas relacionales conflictivas y ambiguas. Se establecen, aun con la mejor intención de ayuda y protección al paciente, vínculos muy intrusivos que inconscientemente dificultan su proceso de individuación. Es frecuente apreciar roles familiares poco definidos y confusos: uno de nuestros pacientes, un joven psicótico, comentaba en grupo indignado cómo los cajones de su habitación estaban ocupados con ropa de su madre. También que cuando ella venía a visitarlo le traía calcetines y zapatillas de ella para que él los usase durante el ingreso. Protestaba con vehemencia por estas conductas y reclamaba independencia, si bien estaba muy atrapado en una relación ambivalente, mostrándose para otras tareas absolutamente infantil y dependiente de ella. Su relato de ésta y otras muchas anécdotas nos hicieron pensar que quizás la única forma de diferenciarse de su madre era atribuirle intenciones malvadas respecto a él, en un delirio muy abigarrado que motivó su ingreso en nuestra unidad en varias ocasiones.

Nuestra **hipótesis de trabajo**: que es precisamente en estos momentos en que la crisis provoca una fuerte regresión a fijaciones infantiles cuando, en contra de los que priorizan otras medidas, más se necesita de un ambiente psicoterapéutico previsible, accesible y constante^{iv}; metabolizador de ansiedades, sobreviviente a actuaciones y que proporcione una experiencia, novedosa en muchos pacientes, de escucha y respeto a su padecimiento, desde la que poner en marcha la potencialidad sana detenida y atrapada por rígidas corazas defensivas. No creemos posible esta provisión ambiental sin la inclusión de espacios psicoterapéuticos de reflexión, reglados y organizados en la medida de lo posible, como el que describimos aquí, nuestra terapia de grupo, que sin duda vertebrá el breve pero emocionalmente intenso paso de los pacientes por la unidad.

EL GRUPO AMPLIO: AMBIENTE PSICOTERAPÉUTICO INSTITUCIONAL

El ingreso en una unidad psiquiátrica para pacientes agudos resulta habitualmente una segunda experiencia traumatizante añadida a la que provocó la crisis. La privación de libertad (se trata de una unidad cerrada) y los hábitos psicohigiénicos, para nosotros saludables pero para el paciente impuestos y en ocasiones muy distintos a los de su domicilio; transforman en su imaginario fácilmente la unidad en un entorno hostil. No digamos respecto a las fantasías y prejuicios que alberga el paciente acerca de lo que es una unidad psiquiátrica y el miedo a que se le asigne de por vida el rol de persona mentalmente insana.

En este contexto nos resulta obligado tratar de disminuir la ansiedad derivada de estas condiciones, prestando atención a la recepción del paciente en sus primeras horas, sin buscar exclusivamente la rápida mejoría psicopatológica y el restablecimiento funcional previo. Entendemos estos últimos como los objetivos finales, pero necesariamente a través de un proceso en el que hay primero otros aspectos que cuidar. Incidir en ellos, a menudo

relegados a un papel secundario, como la información que damos al paciente y su familia o el cuidado en los espacios extraterapéuticos; son los primeros pasos para intentar que una situación potencialmente catastrófica se transforme en una oportunidad de elaboración y aprendizaje.

Afortunadamente contamos con personal suficiente para llevar a cabo varias actividades grupales que, además de las valoraciones psiquiátricas al uso, pronto convierten la llegada del paciente en un ambiente de convivencia terapéutica donde proyecta su mundo interno, convirtiendo las terapias en repeticiones inconscientes de sus vínculos en la vida cotidiana. Desde los primeros momentos este clima, sobre todo en los pacientes de mayor fortaleza yoica, proporciona ya una mejoría en base a la identificación entre sujetos sufrientes: el reconocimiento de problemas en otros, psicopatológicamente más graves, les lleva a revalorar su situación y considerar los aspectos sanos propios que antes no podían apreciar. La experiencia de ayuda desinteresada entre ellos y a través del respeto y conductas no retaliativas del personal, resultan un factor fundamental. No nos cansamos de recordarnos, entre el equipo, lo inconsciente de la repetición compulsiva del síntoma, el pedido de ayuda que entraña y de estimular la necesidad, no sólo de desear que cese su comunicación, sino de legitimar el sufrimiento que supone y comprender su función. No resulta tarea fácil ya que nuestra propia condición humana trata de establecer diferencias con los pacientes, por miedo a identificaciones que reaviven nuestras partes más regresivas; y es frecuente entre el personal de distintos estamentos la búsqueda de la tranquilización rápida, adscribiéndose a protocolos bien sistematizados de actuación, a la premura por medicar o a establecer límites conductuales en los pacientes más alterados. Por supuesto que en determinados momentos son necesarios, pero sin que respondan a contraactuaciones. Invitamos a reconocer en nuestros propios sentimientos afectos negativos, en parte proyectados por pura necesidad por los pacientes. Por tanto, reflexionar dicha contratransferencia en vez de actuarla, resignificándola como un intento del paciente de medir las fuerzas de quienes finalmente, si resisten estos embates, funcionarán como potentes yoes auxiliares de los que la persona internalizará aspectos organizadores y sanos.

EL GRUPO DE PSICOTERAPIA

Los pacientes

Como corresponde al tipo de unidad que en que trabajamos, predominan los pacientes con crisis psicóticas, las personalidades límites, narcisistas y las depresiones graves. En menor medida, pero casi siempre con presencia, las dependencias a sustancias

y la patología neurótica, normalmente en relación a crisis vitales en las que la desesperanza y los deseos o intentos suicidas han irrumpido en la vida de la persona.

Los pacientes que ingresan, la mayoría en contra de su voluntad, exhiben con fuerza lo único que poseen y pueden controlar, el síntoma. De ese peculiar modo, rígido y repetitivo, solicitan ayuda y requieren la presencia de un otro que se haga cargo de su sufrimiento. En los más graves predominan angustias desintegrativas muy básicas^v, que comprometen enormemente su narcisismo y les procuran un miedo atroz a la fragmentación y consecuente muerte psíquica.

La dificultad para la integración y cohesión del sí mismo es especialmente notoria en los aspectos o cualidades que los definen como personas únicas y diferenciadas del resto: sus espacios íntimos (muchos se quejan de las intrusiones de su familia en su habitación, que simbólicamente representa su psiquismo) o su nombre:

Durante un grupo un paciente muy desorganizado se quejaba de que los miembros del personal se dirigían a él con diferentes nombres (distintos apócope o diminutivos). Exigía que lo llamasen X “necesito llamarme X para saber quien soy”, pero a su vez continuaba diciendo, de forma incongruente, que también le gustaban los otros nombres y respondería a ellos; dejando ver una todavía confusa y poco delimitada identidad.

En otra sesión una paciente gravemente psicótica tenía tal indiferenciación y borramiento de los límites entre el yo y los otros, que era incapaz de mantenerse callada y respondía cuando le preguntábamos a otra paciente que se llamaba igual; a pesar de nuestra insistencia en que había otra persona en el grupo con su nombre.

En tal desorganización mental es frecuente que en sus primeros días oscilen defensivamente entre el ataque y la fuga^{vi}. El primero en forma de defensas primitivas: la escisión y negación de dificultades, su identificación proyectivamente en el otro (pacientes-personal-institución) y el manejo omnipotente de las relaciones; que conllevan irritabilidad, protestas contra las normas o exigencias al personal. En el otro extremo quienes recurren a la retracción autista del mundo externo objetal, del que retiran su libido como única fuente de supervivencia; buscando el aislamiento o invistiendo con fuerza su fascinante mundo interno, que se desborda con la expresión irreductible de producciones delirantes. Ambas formas de comunicación les separan y protegen del otro con la misma fuerza con que le solicitan fervientemente auxilio.

Encuadre y características

En el grupo se invita a participar a todos los pacientes ingresados que lo desean (la media de pacientes por sesión durante este año ha sido 15'8). Se lleva a cabo en sesiones de una hora, de 10 a 11 de la mañana, cada lunes, miércoles y viernes. Se realiza en una de las salas de la unidad, habilitada al uso con sillas suficientes, mediante una disposición en un único círculo y con la puerta cerrada. Las características del dispositivo, con nuevos ingresos y altas cada día, obligan a que sea necesariamente abierto. Solemos estimular la

participación en él de forma no obligatoria, aunque la recomendamos encarecidamente. Las *contraindicaciones* para la participación son siempre relativas, ya que incluso en estados de aparente autismo o perturbación conductual nos parece importante la entrada. No obstante hay motivos clínicos que claramente obligan a la no inclusión: agitaciones o crisis maníacas graves y conductas marcadamente antisociales o de manipulación que impidan unos mínimos de interacción saludable. Algunas otras causas que pueden enturbiar la participación son: la realización de alguna prueba médica o visita de otros especialistas (que tratamos de avisar al inicio de la sesión para que todos entiendan la salida de un compañero), la hipoacusia grave o barreras lingüísticas en pacientes foráneos.

El *equipo terapéutico* ha experimentado algunas variaciones hasta llegar a una conformación estable. Ejercieron de coordinadores del grupo en cada sesión 2 psiquiatras: uno de ellos, designado responsable de la actividad, lo hizo de forma constante. El segundo coordinador cambió semanalmente (ciclos de 3 sesiones) ocupando dicho lugar alguno de los otros facultativos de la planta. De forma continua participó además una terapeuta ocupacional, que desempeñaba otras actividades grupales con los pacientes, en funciones de observadora participante y recogiendo la información de las sesiones por escrito. Como personal de apoyo siempre han entrado, según la disponibilidad que tuvieran en ese momento, al menos otras dos personas de la unidad: enfermeros, auxiliares o personal rotante en formación.

Como ya se ha descrito en experiencias parecidas a la nuestra^{vii}, un grupo de estas características conlleva elementos, a priori, poco atractivos para su iniciación: la alta rotación de pacientes supone una estancia media variable, participando algunos en una única sesión. Hay poca sensación de cohesión entre los participantes, muchos de ellos, incómodos, desmotivados y con una importante vivencia de desagrado ante la posibilidad de exponer (y ser juzgados por ello) su sufrimiento. No existe una selección ni preparación previa de los pacientes y éstos cubren una amplia y heterogénea gama de psicopatología. Respecto a este punto sabemos que otros dispositivos subdividen el grupo en función de la fortaleza del yo^{viii}. No podemos negar que en ocasiones hemos fantaseado con dicha posibilidad, sobre todo tras sesiones muy turbulentas o caóticas, donde se apreciaba una gran diferencia en el rendimiento reflexivo de los individuos. Diríamos que mediante nuestro fantasear actuamos la proyección de algunos pacientes, los más conservados, cuyo miedo a la escisión les hace sentir, y a veces verbalizar, que otros miembros no deberían estar allí (en el grupo o en la unidad), debiendo enviarse a dispositivos para enfermos crónicos. Repiten de esta forma la alienación que sus familias depositan en ellos o todavía la sociedad sobre la patología mental. No obstante la escucha atenta y el clima de esfuerzo por

comprender el mensaje oculto detrás de discursos/comportamientos agresivos, evitativos o psicóticos, sin duda mejora la cohesión, promoviendo identificaciones entre personas tan distintas y nos refuerzan en los beneficios de la heterogeneidad del grupo. Por último, aspectos que otros profesionales consideran como enturbiadore s en otros grupos, como la interacción entre los pacientes fuera del grupo o el que parte del equipo de terapeutas coordinen otras actividades, sean sus responsables de caso e incluso se encarguen de la prescripción farmacológica; diluye entre varios miembros la presión transferencial masiva y nos proporciona un amplio flujo de datos, complementado en las reuniones clínicas. Se recrea así un ambiente de comunidad terapéutica donde cualquier suceso ocurrido en la unidad es potencialmente trabajable y susceptible de extrapolar a la vida cotidiana del paciente.

Reuniones pre y posgrupo

Los miembros del equipo que entrarán en cada sesión (3 a 5 personas normalmente) se reúnen en espacios *pregrupo* de 10-15 minutos. El mantenimiento estable de este espacio, no siempre fácil por las otras tareas en las que está implicado el equipo, nos permite una preparación para la actividad a realizar. Solemos repasar los pacientes que entran por primera vez en el grupo, aquellos para los que será su última sesión (porque se marchen de alta en las horas siguientes) y debatimos acerca de la inclusión de otros cuyo estado clínico podría no permitírselo. Aunque el trasiego de pacientes no garantiza una continuidad en los temas como en los grupos cerrados, a menudo vemos que nos resulta útil recordar, mediante una lectura rápida, los principales emergentes de la sesión previa^{ix}. En este tiempo el personal de la unidad que no participará en el grupo realiza la importante tarea de recordar a los pacientes el comienzo de la actividad, los estimula a que vayan acercándose a la sala y preparándose para aquél.

Al finalizar la sesión dedicamos 15-20 minutos a una reunión *posgrupal* entre los miembros del equipo que han participado, a la que frecuentemente se suman otros miembros del personal. Se trata de un espacio muy importante en el que pueden ser ventiladas y comentadas las fuertes emociones a las que habitualmente estamos sometidos en la sesión. Intentamos analizar intuiciones y compartir puntos de vista. Predomina la atención sobre la evolución de los pacientes y las dinámicas grupal y extragrupal. Ocasionalmente podemos enlazar algo de lo sucedido con algún aspecto teórico o técnico, convirtiéndose la reunión, aunque no diseñada a tal fin, en un espacio de formación para todos, gracias al cual con el paso de los meses se va creando una visión compartida de lo que representa el grupo. Siempre que es posible intentamos reflexionar sobre el papel de la

coordinación o el personal de apoyo en la sesión, no sólo a efectos técnicos, sino en tanto personas humanas que asisten a la experiencia de la fragmentación psíquica o la culpa y las fuertes angustias depresivas. Pensar sobre los sentimientos despertados en la sesión nos resulta una experiencia de incalculable valor diagnóstico y mejora la calidad y coherencia de la interacción terapeuta-paciente en otros espacios intra y extraterapéuticos.

Desarrollo de las sesiones

La sesión da comienzo con una breve *introducción* de uno de los coordinadores del grupo. Se explican el encuadre, la estructura de las sesiones, la importancia en el plan de tratamiento, las normas básicas (puntualidad, confidencialidad entre los profesionales y mantenimiento de unos mínimos de interacción saludable) y se presenta al personal del equipo que asiste en la sesión actual. Insistimos, en estos primeros momentos tan importantes para la ubicación de los recién llegados, en que el grupo constituye un espacio donde tramitar a través de la palabra, el sufrimiento que de otra forma, no asimilado, se actúa mediante actitudes o síntomas. Señalamos la importancia de una participación paralela a las posibilidades de cada cual, desde la escucha atenta hasta la intervención espontánea para relatar aspectos propios o ajenos con los que se hayan sentido identificados.

La introducción da paso a las *presentaciones* de los pacientes (o miembros del equipo) recién llegados al grupo. A veces llevan ya algunos días en la planta pero por diferentes motivos no han participado. Se les invita a darse a conocer de la manera que prefieran, sin incidir específicamente en aspectos de su patología (que dadas las circunstancias salen a relucir en la mayoría). Intentamos otorgarle al recién ingresado la máxima atención, una escucha cálida de bienvenida, sin interrupciones de los compañeros y respetando, cuando así lo desea, la negativa a explicar detalles de su padecimiento. Ya estas primeras actitudes nos aportan información muy útil para comprender su estar en un grupo y algunos detalles de la presente crisis.

En su primer día un chico joven con una grave crisis maníaca, comienza las presentaciones sin esperar a que se le de paso, con un tono acelerado y chillón. Su discurso es desorganizado, mezcla distintos temas sin aparente conexión. Cuando termina interrumpe varias veces durante la presentación de sus compañeros y ante un comentario de uno de ellos abandona enfadado la sala. En los siguientes días seguimos dándole la oportunidad de entrar al grupo. A pesar de que no le correspondía, iniciaba siempre el diálogo, igual de acelerado y con una mezcla aparentemente incomprendible de ideas donde explicaba proyectos futuros grandiosos y poco realistas. Parecía no querer escuchar ningún comentario de los otros, pues el mínimo inciso hacía que abandonase la sala. “*No me importa lo que piensen los demás, sólo lo que pienso yo*”. Seguimos invitándole a entrar y explicarse, al menos para que sus compañeros entendieran la dificultad de su crisis y cuidaran mucho sus interacciones con él en los espacios comunes de convivencia. Paulatinamente dejó de necesitar hablar el primero y pudo tolerar algunos comentarios a su conducta. Cada vez aguantaba más minutos en la sesión antes de salirse. Progresivamente pudo realizar crítica de este comportamiento y pidió perdón por lo ocurrido en días previos. Su discurso fue más

coherente y organizado y en sus últimas participaciones ya afirmaba: “*Tengo una enfermedad, sentía que no encajaba y llegar a tener un diagnóstico y un tratamiento me hace renacer y plantearme mi vida... tengo metas...ha cambiado mi vida el estar aquí, muchas gracias a todos*”

La idea de proceso terapéutico nos parece fundamental para trabajar con pacientes como este, que en base a las duras vivencias de su biografía y ante el miedo al hundimiento melancólico, responden con defensas maníacas; entendemos que desplegando así una compensatoria hipertrofia narcisista del yo, en la que la autogratificación y obviar el deseo del otro son elementos claves en su supervivencia psicológica.

Una vez finalizadas las presentaciones se pasa al *desarrollo* del grupo, que abarcará aproximadamente unos 40 minutos. A diferencia de otros grupos en que se propone a los pacientes un tema a tratar, o bien ellos mismos se organizan para elegirlo; el equipo adopta aquí una actitud no directiva, tratando de favorecer la asociación libre grupal; acompañando en la reflexión al grupo pero, siempre que avance el discurrir grupal, sin interferirlo. Muy escasas veces se genera un silencio que resulte incómodo en estos primeros minutos y cuando ocurre basta señalarlo de un modo natural o incluso bromeando (“Vaya, parece que nos hemos quedado sin palabras” o “¿Qué nos estará pasando?”). Suele ser suficiente para que surja algún comentario o gesto con el que fácilmente continúe la conversación, sin que se instaure un clima persecutorio.

Comenzando el diálogo hemos corroborado que la herramienta terapéutica fundamental con este tipo de pacientes es el clima proporcionado por el equipo terapéutico. Se trata de transmitir un respeto e interés genuino por la persona, incluso en los difíciles momentos en que el paciente se muestra esquivo, reticente a su participación, delirante, irascible o boicoteador. Para muchos es realmente nueva la sensación de que se les acepta, comprende y reconoce sin responder mediante el reproche o la culpabilización. Esto incluye señalar a veces que las experiencias que describen, por graves que resulten, son inherentes a la condición humana y susceptibles de aparecer en cualquier persona en determinadas circunstancias. Por tanto se potencia el trato desde la igualdad, ya instituido desde el momento en que se crea un espacio grupal de escucha reflexiva. Esto suele contrariar la idea de muchos pacientes, sobre todo respecto a los psiquiatras, que son imaginados como figuras paternales que tratan de corregirlos, exigiéndoles un modelo de comportamiento que los enfrenta con un ideal del yo inalcanzable y frustrante, acrecentando los aspectos superyoicos más persecutorios y culpabilizadores. Por tanto, estimulamos la comunicación libre de sus sentimientos, sin confrontación ni crítica, incidiendo en señalar y fomentar aspectos maduros, su virtualidad sana^x.

Resulta fundamental minimizar el rechazo o la incomprendión que generan algunos pacientes, sobre todo los que interrumpen, los que muestran actitudes agresivas o en quienes predomina un discurso desorganizado y psicótico. A veces el grupo se polariza con intervenciones de este tipo y funciona en base al proceso primario^{xi}, primando la satisfacción

pulsional propia, sin tener en cuenta al otro ni la realidad grupal en que está inserto. Especialmente cuando predominan elementos psicóticos se instauran momentos de caos, que conectan con los aspectos más primitivos de cada uno y nos hacen sentir a todos el miedo a la desintegración. Algunos pacientes se levantan y tratan de irse diciendo que no aguantan, quieren fumar, tienen sed o necesitan ir al baño.

Entendemos que en estos momentos de intensas angustias tan básicas, tienden al confort regresivo que ofrece la oralidad o simbolizan, con la micción y la defecación, la fantasía de expulsión agresiva de lo malo para no sentirlo dentro.

Otros pacientes no entienden nada. Es fácil que contratrasferencialmente el equipo vivencie la proyección de estos aspectos arcaicos, sintiendo irritación, que la sesión se les escapa o miedo a la interrupción brusca de la misma. Resulta difícil pensar y estructurar intervenciones mínimamente organizadas. La mejor ayuda en estos momentos es resistir con calma y hacer un trabajo constante y repetitivo de traducción del discurso del paciente, explicando el miedo, sufrimiento o la petición de ayuda que trata de transmitirnos. Reiterar en el señalamiento de estos aspectos, desapercibidos para la mayoría, permite aclarar la situación dilemática y actuadora y devolverla muy progresivamente a lo dialéctico y más organizado.

Al día siguiente de ingresar en la planta un paciente comienza el grupo muy angustiado y vociferante:

Paciente: *¡12 formas de matar, el fuego, 12 apóstoles, el ejército, el guerrero muerte que fue el que mató a mi padre, soy el pescis guardián de la puerta del fuego y el infierno...!*

[Sonríen varios pacientes, otros se angustian, dicen que no lo entienden, se preguntan si por eso está ingresado, "a mí no me ha dado por eso" dice un compañero]

Terapeuta: *Aunque no lo entendamos del todo, es importante escucharlo, quizás ha sufrido mucho por cosas que le han pasado en la vida, como la muerte de su padre, y ahora tiene miedo y quiere proteger su vida, por eso habla de matar, la guerra, el ejército... (El paciente asiente y se muestra más calmado).*

Sobre todo si las situaciones turbulentas son protagonizadas por personalidades límitrofes o narcisistas que generan gran rechazo, tratamos de mostrar al resto que son aspectos no controlados voluntariamente, modos de funcionamiento a los que se recurre en momentos críticos. Tratamos de rebajar así la tensión generada en los compañeros que fácilmente los ven como mal educados o les atribuyen una intención malvada. A medida que pasan las sesiones, los pacientes van incorporando que las mismas personas del equipo que promueven una escucha atenta y tratan de ayudarles son los que, llegados otros momentos, establecen con rotundidad límites a su conducta, no retaliativos sino protectores. Esto les ayuda a integrar en la misma persona aspectos buenos y malos, favoreciendo las relaciones de objeto total más maduras y disminuyendo la escisión tan típica de las caracteropatías.

La protección del grupo frente a las actitudes destructivas se hace, por tanto, con autoridad pero sin autoritarismo. Lo cual no significa que en muchos momentos tengamos que interrumpir activamente estableciendo límites de seguridad, pidiéndole al paciente que permanezca callado o, finalmente, solicitándole que salga si no permite el diálogo. No sin hacer un trabajo elaborativo posterior con el resto del grupo acerca de esta conducta, para que puedan entenderlo desde la dificultad que entrañan los primeros días de ingreso (situación repetida casi siempre en estos casos) y la identificación con su sufrimiento.

Un paciente inicia la sesión francamente irascible:

Paciente A: *¡mi madre quiso clavarse un cuchillo en la tripa, el lunes pasado, se merece una camisa de fuerza!... ¡me parece injusto que yo esté aquí, por tener trastorno bipolar y nada más!*

Paciente B: *Yo no creo que estuvieses tan tranquilo... ¿no te encontrabas mal? ¿nervioso?*

Paciente A: *Noooooooo!!!! (muy enfadado)*

Paciente B: *¿Ves?*

Paciente A: *¡rompí una lámpara... no me toques los cojones tu también!*

Terapeuta: *¡A, no vamos a consentir una falta de respeto hacia tus compañeros!*

Paciente C: *Conmigo A se porta muy bien...*

Terapeuta: *O sea que no es todo malo, con algunas personas A se porta bien.*

Paciente C: *el problema es con su familia... a lo mejor le rechazan.*

Terapeuta: *es decir que el fondo A cuando se muestra tan agresivo es que tiene miedo a que le rechacen, por eso lo vemos así... además ahora que en estos días nos hemos convertido en su familia.*

No siempre el ambiente de la sesión es tan complicado. Hay otras sesiones, o incluso otros momentos en la misma sesión, de mayor capacidad de elaboración. Generalmente cuando predominan pacientes con más madurez yoica o hacia la mitad-final de las sesiones, cuando los aspectos más primarios se han metabolizado correctamente, esa fase inicial de caldeamiento o pre-tarea da paso a la verdadera tarea o grupo de trabajo^{xii}. Existe un cambio en las angustias básicas, pasando de la preocupación por salvase uno mismo e identificar enemigos en el entorno, a la preocupación por el otro y el miedo a la pérdida de los objetos buenos internalizados. Una posición depresiva, pero más avanzada madurativamente, en la que es posible abordar cuestiones relacionales del aquí-ahora del grupo y trasladarlas a la interacción con su entorno fuera. En ocasiones, sin que se busque dicho objetivo, surgen en algunas personas aspectos biográficos que permiten contextualizar el síntoma actual y señalan caminos sobre los que el paciente no había podido pensar.

Por tanto la función del equipo terapéutico como modelo de contención y respeto al sufrimiento, es una baza imprescindible para que el paciente pueda identificarse e internalizar funciones auxiliares de su yo, en esos momentos tan poco delimitado.

Ya hemos mencionado algunos ejemplos del debilitamiento del yo, apreciables en los aspectos que los diferencian del otro como individuos únicos. A veces inferimos esta escasa integración de algunos comportamientos del paciente en la unidad: un paciente joven durante sus primeros días de ingreso no paraba de tocar y chocarse con otros pacientes y miembros del personal, mientras paseaba por los pasillos. Provocaba repetitivamente el contacto físico. Jugaba con otros a pegarse, le tocaba el pelo a una chica o daba alguna colleja, despertando la irritación de los otros que no pocas veces le respondían con

hostilidad verbal o física. Con el paso de los días pudo contar la dureza de algunas de sus vivencias infantiles: pasó su infancia en una gran soledad, desprovisto de cuidados adecuados de su madre, a cargo de varios familiares, con varios padres sustitutivos, e incluso en países distintos. Pudimos entender que la reviviscencia de estas traumáticas situaciones en la crisis actual, le hacía comportarse así: era su forma de solicitar y sentir la presencia constante del otro, y que le devolviesen, aunque a través del enfado o la violencia, una imagen integrada y cohesionada de sí mismo.

La devolución sincera desde el afecto y no mostrarse destruido ni mucho menos destructivo, permitiendo hasta límites de seguridad la expresión de lo agresivo y tratando de resignificarlo, ayuda a delimitar en los pacientes más graves las fantasías internas de realidad exterior^{xiii}. En otros, más conservados, supone una experiencia de reflexión y aprendizaje sobre sí mismos y sus vínculos con el entorno, que podrán continuar, casi siempre con ayuda terapéutica, una vez terminado el ingreso.

El grupo finaliza, en los últimos 10 minutos, despidiendo a aquellas personas que no participarán en la siguiente sesión porque se marchan de alta. Normalmente por muy desgradable que les haya resultado el ingreso, suelen ser emotivos momentos de agradecimiento a otros pacientes y al personal, donde señalan la diferencia respecto a los primeros días y los logros conseguidos.

Si bien en muchos de los pacientes, sobre todo los ingresados involuntariamente, la fantasía expresada en sus primeros días es de vivir “en una cárcel”; en estas despedidas con frecuencia se ha hablado de “un hotel”, donde además de proporcionarles comodidad se les ha brindado la escucha y el cariño que necesitaban. Otro paciente estableció una bonita metáfora al explicar que a nuestra unidad se le denominaba “planta” porque se intentaba que las personas crecieran y brotaran de ellas aspectos sanos.

Estos comentarios resultan de gran ayuda para el recién llegado. Le anuncian que su paso por la unidad, vivido como castigo en muchos casos, finalizará y que incluso podrá incorporar aspectos gratificantes en su estancia. Tras estas palabras de despedida del paciente, los compañeros y el equipo suelen recordar algunos momentos de su paso por la unidad, le desean buena suerte y se finaliza con un cálido aplauso.

El equipo. Instrumentos técnicos.

El personal de apoyo (auxiliares, enfermeros o personal en formación) ejerce importantes funciones. Ya sólo su mera presencia en la sesión legitima el grupo como un espacio al que otorgamos suma importancia durante el ingreso y en el que se transmiten al paciente las bondades del trabajo compartido. Su disposición física en el grupo es a veces acordada en las reuniones previas. Si es necesario suelen situarse cerca de pacientes con dificultades para contenerse, frenándolos si interrumpen continuamente, invitándolos a escuchar u ofreciéndoles contacto físico, muy necesario en algunos. En la medida en que se sientan cómodos procuramos favorecer, si lo desean, que puedan intervenir con espontaneidad, estimulando que los pacientes sigan hablando o que intervengan pacientes

silenciosos. Solemos repetir al personal de apoyo, habitualmente con menos formación psicoterapéutica, el que esto no se convierta en una limitación, y que intervengan enfatizando más que en el contenido de lo dicho, en cómo se dice. Siempre que se hace desde la sinceridad, el afecto y el intento de comprensión empática, por lo general la mayor parte de intervenciones son bien recibidas.

Respecto al equipo coordinador, se da por supuesto que en un grupo de estas características las intervenciones más frecuentes son las llamadas de mantenimiento del encuadre^{xiv} (mediar para que los pacientes no se interrumpan, dar paso a unos y otros, recordar las normas básicas...). Asimismo aunque el objetivo del grupo no sea psicoeducativo, algunas preguntas directas de los pacientes son respondidas mediante intervenciones pedagógicas (acllarar el sentido de alguna norma de convivencia, derivar las dudas sobre medicación o aspectos individuales del tratamiento a las entrevistas con su psiquiatra...). En relación a la gama de intervenciones puramente técnicas^{xv}, ya hemos mencionado cómo los coterapeutas adoptan una actitud de participación activa pero sin dirigir ni imponer los temas. Es importante mantenerse flexible y saber captar en qué momentos mostrarse como acompañante y en cuáles abandonar esta pasividad, en aras de una modificación técnica necesaria con algunos pacientes. Creemos importante conocer los conceptos psicoanalíticos de abstinencia y neutralidad^{xvi}, pero para saber cuándo necesariamente deben ser abandonados, si no queremos crear un clima de exigencia y persecución del que la mayoría de estos pacientes no puede hacerse cargo. Obviamente predominan intervenciones de apoyo: afirmaciones y validaciones empáticas que sirven de acompañamiento y guía del discurso del paciente. En pacientes con menos capacidad sugerencias o refuerzos de actitudes maduras. Aunque en menor medida, también intervenciones expresivas o profundas como clarificaciones y confrontaciones, para reformular con otras palabras lo expresado o puntualizar aspectos importantes que están siendo obviados. A pesar de la gravedad psíquica y las dificultades de abstracción en algunos pacientes, no creemos que en estos grupos deba olvidarse por completo la interpretación. Es cierto que a veces la interpretación más útil es la que se formula en la cabeza de los terapeutas y no es verbalizada en sesión, sino comentada en los espacios pre y posgrupales; la cual da sentido a nuestra visión del paciente y perfila la manera posterior en que nos relacionamos con él.

Otras veces la experiencia grupal despierta vivencias que permiten un trabajo interpretativo posterior en las sesiones individuales. Una paciente con rasgos muy dependientes, gran inestabilidad anímica y autolesiones, se mostró en el grupo muy molesta por ciertos comportamientos de algunos compañeros, para los que nos solicitaba reiteradamente límites y sanciones. En las entrevistas individuales pudimos reflexionar sobre cómo dicha situación le resultaba muy similar a interacciones familiares muy antiguas y traumáticas, que condicionaron enormemente su desarrollo psicoemocional

posterior. Así pues, esos límites que nos solicitaba eran los mismos que años atrás había clamado a su familia, sin sentirse atendida. La reflexión sobre estas hipótesis y su "entrenamiento" en las sesiones de grupo permitieron una mayor tolerancia a dichas situaciones y una notable mejoría de su capacidad de autobservación, que ella misma solicitó seguir desarrollando en otros encuadres grupales al alta.

No obstante, sin ser ni mucho menos predominante, si el momento lo requiere podemos intervenir verbalmente interpretando. Eso sí, tratamos de que sean señalamientos concisos y poco ambiguos; invitaciones a la reflexión y no verdades rotundas que desnuden el mundo interno del paciente. En ocasiones aun cuando tengamos la sensación de que han resultado demasiado alejados de lo que muchos pacientes podrían digerir, sirven para que otros entiendan algo del acontecer grupal o de sus compañeros más necesitados, lo que sin duda favorece la cohesión y pertenencia al grupo. Y para nuestra sorpresa aunque muchos de los pacientes con más dificultades en apariencia no entiendan o rechacen como erróneos estos señalamientos, con el paso de los días es fácil apreciar cómo los han incorporado, por cómo se comportan en los espacios extraterapéuticos o por sus comentarios en sesiones posteriores.

Durante el transcurrir grupal nuestras intervenciones no son dirigidas exclusivamente al individuo o sólo al grupo como un todo. Ambas modalidades se entrelazan, si bien aunque en momentos la sesión se centre en la historia individual de una persona, intentamos conectar su relato con la situación grupal y hacer partícipes al resto de vivencias parecidas dentro y fuera de la planta. Así, cuando el diálogo lo permite, intervenimos con recapitulaciones amplias, frecuentemente hacia el final de la sesión, en las que se recogen sentimientos y vivencias de lo hablado con los que pueden sentirse identificados casi todos los miembros.

CONCLUSIONES

De forma creciente la atención a la patología mental grave va incorporando abordajes integradores, en los que la convivencia terapéutica y la inclusión del entorno familiar se convierten en factores centrales, como avala el aumento de unidades de rehabilitación y hospitales de día. Nuestra experiencia corrobora el beneficio de incluir dichos enfoques lo más tempranamente posible y no sólo tras la crisis. Para ello el espacio de terapia de grupo nos ha resultado un eje fundamental del paso del paciente por la unidad. Sin embargo en nuestro medio, en relación al gran número de unidades de agudos, proyectos como éste son todavía minoritarios. Suponemos que no por falta de formación en los profesionales sino, en parte, por motivos organizativos; ya que hemos comprobado que se requiere la implicación y participación coordinada de muchas personas, y que el grupo esté legitimado por todos como igual de importante que otros tratamientos; tareas nada

fáciles. Probablemente tampoco ayude la creciente presión gestora y de ofrecer respuestas medibles que corre paralela a ciertas ideologías; sobre todo la insistencia en clasificar y protocolizar el sufrimiento, en búsqueda de un cientifismo que orienta la atención hacia enfoques más biológicos.

Nuestro breve recorrido nos refuerza en la idea de que a mayor desorganización sintomática, mayor regresión a aspectos primarios y mayor necesidad, además de la necesaria ansiolisis farmacológica, de una provisión ambiental saludable que genere una minisimbiosis sana con la madre-institución. Desde ahí intentar partir poco a poco hacia una integración y diferenciación de aspectos maduros, recibiendo y metabolizando las angustias proyectadas por los pacientes, sin contraidentificarnos con ellas, pudiendo gratificar y frustrar en los momentos oportunos, y sin la búsqueda apremiante de la mejoría rápida, que normalmente nos conduce a decisiones precipitadas y fracasos terapéuticos. Todo un proceso gradual, en miniatura, de re-parentalización, que debe imbricar espacios grupales como el descrito para permitirles un “seguir siendo ellos” a la vez que promueva el cambio progresivo de vivencias y actitudes muy arraigadas en su psiquismo.

Nuestra experiencia no está exenta de dificultades, bien conocidas por quienes coinciden en que los equipos terapéuticos repiten los mecanismos defensivos de la patología que atienden. Aún así ha resultado muy satisfactoria y nos anima a creer que pueden conjugarse factores a priori muy temidos: la patología mental grave, un intento de comprensión profunda del psiquismo y la red pública de salud mental.

Quizás necesitemos variables más tangibles acerca de los beneficios del grupo descrito. Sin embargo por ahora nos conformamos con el agradecimiento de estos pacientes, que bien instruidos algunos en itinerarios psiquiátricos, saben que no son frecuentes estos espacios de escucha. Muestra de ese agradecimiento entendemos el deseo de algunos de poder visitar a los ingresados o de participar en el grupo una vez de alta. En la misma línea, algunos de los proyectos futuros que han verbalizado muchos pacientes incluían iniciar voluntariados o trabajar en puestos de ayuda al prójimo (obviamente enriquecidos por la intensa experiencia de haberse sentido ayudados en momentos tan difíciles y la fuerte identificación con el equipo terapéutico).

Ocasionalmente inferimos este agradecimiento en elementos no conscientes del discurso del paciente. Una joven paciente pasó una larga temporada en la unidad, con una grave desorganización conductual y de pensamiento, de origen psicótico. La recuperación fue lenta pero muy satisfactoria. En una de sus últimas sesiones de grupo, ya muy mejorada, relató haber tenido “una pesadilla”: se encontraba feliz sosteniendo dos manzanas en sus manos. De pronto se le caían al suelo, pero enseguida notó la mano de alguien por detrás, en la espalda, que la sujetaba “me protegía”. Durante la sesión interpretamos el sueño en relación a su entrada en la unidad: cuando se le cayó aquello que la mantenía feliz y la nutría, surgió alguien que pudo ayudarla, protegerla. No obstante una reflexión posterior nos desvela otro significado quizás más oportuno, relacionado con el alta próxima: quizás aquello que la nutría eran los cuidados que le habíamos provisto en la unidad y la caída simbolizaba el miedo a que

desaparecieran una vez fuera. Puede que esa mano que la sostenía fuera la suya propia; tras el largo internamiento había alcanzado la capacidad de sostenerse ante nuevas caídas.

El calificar el sueño como una pesadilla, cuando lo relataba sonriente y teniendo un final agradable, lo creemos en relación a la dificultad que hemos observado en muchos pacientes de experimentar la ayuda desinteresada y el cariño brindados (improntas a veces no inscritas en su psiquismo) como algo positivo; temiendo entonces que se les exija algo a cambio y reaccionando algunos paradójicamente con actitudes de protesta y resistencia.

NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ⁱ Grinberg L, Langer M y Rodrigué E. *Psicoterapia del grupo. Su enfoque psicoanalítico.* 4^a edición. Buenos Aires: Paidós; 1974.
- ⁱⁱ Badaracco ha dedicado toda una vida a la comprensión de las dinámicas familiares del paciente mental grave y la importancia, confirmada posteriormente por muchos otros, de la inclusión de la familia en el tratamiento. Ha creado y desarrollado el Psicoanálisis Multifamiliar partiendo de su obra principal: García Badaracco J. *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid: Tecnipublicaciones; 1990.
- ⁱⁱⁱ Utilizamos dichos términos en el sentido de Donald W. Winnicott que, a lo largo de toda su obra, enfatizó el papel de las funciones maternas para el desarrollo psicoemocional del bebé; y cómo las fallas en esta provisión de cuidados a edades tan tempranas están íntimamente ligadas al desarrollo de la patología mental grave. Véase: *Desarrollo emocional primitivo* (1945). En: Winnicott DW. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis.* Barcelona: Paidós; 1999. También: *La teoría de la relación entre progenitores-infante* (1960) y *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso* (1960). Ambos en: Winnicott DW. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.* Buenos Aires: Paidós; 1996.
- ^{iv} Características descritas por Margaret Mahler como necesarias en la madre para favorecer un grado razonable de aceptación emocional del bebé, que instaure una simbiosis inicial pero, a su vez, permita la autonomía progresiva del niño hacia una sana individuación (compañerismo comunicativo). *Consideraciones sobre el desarrollo y la individuación* (1963). En: Mahler M. *Estudios 2 Separación-individuación.* Buenos Aires: Paidós; 1984.
- ^v El psicoanálisis kleiniano se ha ocupado con detenimiento sobre el origen, en relación al concepto de instinto de muerte, de estas angustias primitivas de desintegración y los mecanismos defensivos a que dan lugar. Véase por ejemplo: *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides* (1946) y *Los orígenes de la transferencia* (1952). En: Klein M. *Obras completas. Tomo 3 Envidia y gratitud.* Barcelona: Paidós; 1988. O bien: Ogden T. *La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico.* Madrid: Tecnipublicaciones; 1986. También: Salzberger-Wittenberg I. *La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano.* Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
- ^{vi} Tal y como Bion ha descrito que ocurre frecuentemente en los grupos humanos. Bion W. *Experiencias en grupos.* Barcelona: Paidós; 1980.
- ^{vii} Martín Cabrero B y Martínez Rodríguez JM. *Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos.* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, nº 103. Donde hace referencia a Yalom ID. *Psicoterapia existencial y terapia de grupo.* Barcelona: Paidós; 2000.
- ^{viii} Percepción y adaptación a la realidad, conservación de procesos reflexivos y de relaciones interpersonales. Goldstein WN. *Iniciación a la psicoterapia.* Madrid: Alianza Editorial; 2001.
- ^{ix} Sobre la noción de emergente y otros aspectos de la concepción operativa de grupos véase la obra de Pichón Rivièvre y discípulos. Para este trabajo han sido consultados: Pichon-Rivièvre E. *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I).* Buenos Aires: Nueva Visión; 1999. También: Bauleo A, Monserrat M y Suárez F. *Psicoanálisis operativo: a propósito de la grupalidad.* Buenos Aires: Atuel; 2005. Y también: Bauleo A. *El grupo operativo. [monografía en internet].* Santiago de Chile: Psicología grupal. Análisis institucional. Disponible en: <http://www.psicologigrupal.cl/documentos/articulos/gope.htm>
- ^x La importancia del clima proporcionado por los terapeutas y la noción de virtualidad sana son conceptos ampliamente trabajados en la obra de Badaracco.
- ^{xi} *La interpretación de los sueños. Capítulo VII* (1900) y *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911). En: Freud S. *Obras completas.* Buenos Aires: Amorrortu; 2007.
- ^{xii} Conceptos de Pichon-Rivièvre y Bion respectivamente. Véase bibliografía mencionada más arriba.

- xiii A diferencia de otros grupos donde los comportamientos o contenidos agresivos son desviados e incluso sancionados. Winnicott señaló el componente estructurante de la agresividad tanto en el bebé como en la reactivación de lo infantil en crisis mentales graves. Véase: *La agresión y su raíces* (1939). En: *Winnicott DW. Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós; 1991. También: *La agresión en relación con el desarrollo emocional* (1950-1955). En: *Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós; 1999. También: *Dozza de Mendoça L. La agresividad en los grupos. Winnicott y la intersubjetividad. El silencio, el silenciar y el callar*. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Nº 9 Primavera 2003. Disponible en: www.area3.org.es/htmlsite/productdetails.asp?id=11
- xiv Casas Rivera R. *Psicoterapia de grupo en la Unidad de Agudos de un hospital psiquiátrico*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. V. Nº 15. 1985.
- xv Sobre habilidades técnicas en los terapeutas hemos consultado principalmente: *Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder; 1987 y *Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
- xvi Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]). En: *Freud S. Obras completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu; 2007.