



Facilitando espacios de encuentro comunitario

Belén Arambilet Merino
Vanessa Lebrón Novo
Rosa María Reyes Rodrigo

En el presente trabajo queremos recoger algunas reflexiones que venimos realizando desde nuestra experiencia en dos recursos de Rehabilitación Psicosocial: el Centro de Día y el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Parla. Ambos recursos están gestionados por la Fundación Manantial y pertenecen a la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Comunidad de Madrid (Consejería de Asuntos Sociales, Dirección General de Servicios Sociales). Esta red se dirige a las personas (de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años) de la Comunidad de Madrid que sufren enfermedades mentales graves y duraderas (esquizofrenia, trastornos maníaco-depresivos graves y recurrentes, trastornos paranoides, otras psicosis, trastornos de personalidad) y que tienen discapacidades y dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración comunitaria.

Nuestro esquema de referencia (conjunto de experiencias, conocimientos y afectos, con los que un individuo piensa y actúa) va a determinar la manera en que nos posicionamos ante nuestra tarea, cuáles van a ser nuestras expectativas, cómo va a ser nuestra mirada, cómo entendemos el proceso rehabilitador.

En el trabajo en equipo nos encontramos ante la tarea de articular la construcción de un esquema de referencia común junto con la necesidad de que cada profesional pueda desarrollar su propia singularidad. Tarea costosa pero imprescindible.

Dentro de nuestro esquema de referencia, en nuestro trabajo común compartimos dos referentes teóricos fundamentales: la Concepción Operativa de Grupo y el Acompañamiento Terapéutico, desde una perspectiva psicoanalítica, con Fundamentos de Winnicott, y con el fundamental aporte de Leonel Dozza de la Clínica de lo Cotidiano.

Además, en nuestro trabajo con familias constituye un fundamento básico el Modelo Multifamiliar de García Badaracco.

A continuación presentamos relatos de tres textos ligados a este campo de experiencia y de elaboración. Los tres trabajos se presentaron conjuntamente en las jornadas de APOP de mayo de 2013.

Facilitando espacios de encuentro

Belén Arambilet Merino
Psicóloga del Centro de Día de Parla.

Hemos nombrado a Winnicott. Para este autor, en todo ser humano hay una tendencia innata al crecimiento y la maduración. Pero esto por sí solo no es suficiente, es también necesaria la interacción de esta tendencia con un “ambiente facilitador” satisfactorio.

Desde la concepción operativa de grupo, partimos de que el ser humano sólo puede constituirse a través de la relación con otro y que su singularidad se irá conformando a través de su paso por los distintos grupos vitales. El ser humano es por tanto un ser grupal, que se relaciona con el mundo desde su historia previa de vínculos, desde su propia experiencia acumulada en forma de recuerdos, temores, necesidades, prejuicios. Cuanto más carente sea esta historia, menos recursos tendrá para relacionarse con la realidad y para poder adaptarse de forma enriquecedora con nuevas situaciones.

Las personas con las que trabajamos llegan a los recursos con grandes losas: diagnóstico de enfermedad mental, depositaciones masivas, el conocido rol de enfermo, la nula expectativa de cambio. Todo esto petrifica a la persona e inmoviliza sus recursos. En muchos casos esta es la trayectoria que se ha seguido en los últimos 20 o 30 años.

En un artículo llamado “Lo social es un lugar que no existe”, Leonel Dozza habla de que los pacientes graves están insertos en lo “social psiquiatrizante” (el enfermo de la familia, el loco del barrio, el paciente de determinada institución) y no en “lo social socializante” donde podría desarrollar diferentes roles.

En nuestra tarea nos encontramos con personas en esta situación, lo estereotipado, lo repetitivo, la necesidad de que todo sea siempre exactamente igual porque no se dispone de recursos que posibiliten vivir algo diferente. Esta manera de estar en el mundo también invade la relación del usuario con el profesional.

El usuario llega con esta historia de vínculos previa, y desde ahí se coloca, se relacionará con los profesionales desde esta historia y seremos objeto de depositaciones masivas de estas tramas vinculares, que generan en nosotros intensos sentimientos de impotencia y frustración.

La dificultad de cambio está sostenida por el rol de enfermo. Rol asumido y adjudicado, en forma masiva. Al mismo tiempo es lo conocido, que defiende frente a la ansiedad que despierta lo desconocido.

Ante ello pensamos en buscar otras maneras, en la relación con los usuarios, otros espacios, encuadres, tareas, grupos, actividades, roles, formas de coordinación, etc., que permitan romper con esta solidificación. Buscamos crear posibilidades, facilitar espacios de encuentro.

¿Creemos en que las personas con las que trabajamos pueden adquirir otros recursos?, ¿creemos en que pueden cambiar? Y si pensamos en que tal usuario no puede cambiar, ¿no será que tenemos miedo a confrontarnos con aspectos nuestros que no nos gustan, o que nos obligan a tener que cambiar en primer lugar nosotros mismos? ¿Estamos dispuestas a dar lo que estamos pidiendo?

Es fundamental que nos preguntemos en qué modelo/s se basa nuestra forma de intervenir. La mirada y la forma de colocarse del profesional son determinantes en la posibilidad de que se dé un proceso.

A la hora de intervenir, y aquí nos acercamos al Acompañamiento Terapéutico, es necesario establecer un **vínculo significativo** con el usuario, un vínculo que ofrezca contención, sostén, confianza. Sólo desde un vínculo significativo y la convicción en la posibilidad de cambio, el proceso puede ponerse en marcha. Y por supuesto el tiempo, el ritmo será el que marque el propio proceso en el caso por caso.

Desde la perspectiva de la Clínica de lo Cotidiano, nuestro acercamiento a los usuarios no se centra en abordar cuestiones sobre la enfermedad mental, lo patológico. Por el contrario lo que pretendemos “es desenfocar la identidad de persona con enfermedad mental, debido a que estos pacientes suelen estar todo el tiempo hablando de su enfermedad o estableciendo relaciones desde este lugar. Y cuando se enfoca

demasiado esta parte de la identidad de la persona, lo que se pone en juego son sus modos de funcionamiento más deficitarios y dependientes” (L. Dozza).

Priorizando el establecimiento de un vínculo que posibilite que el profesional se constituya en una persona significativa, la búsqueda del canal que permita el establecimiento del vínculo, el respetar los ritmos del usuario, el dar tiempo a los procesos, la creación de un contexto de confianza, todos son factores necesarios para que pueda producirse el proceso de cambio.

Una de las herramientas más potentes para favorecer el cambio es el grupo, y en concreto los grupos basados en la tarea, o grupos operativos. Pichon afirma que la enfermedad mental es siempre grupal, y que toda conducta es la más adaptativa que el sujeto puede dar en el aquí y ahora con los recursos de que dispone. También el concepto de salud es grupal y procesal. Habla de un grupo familiar enfermo, en el que el paciente adquiere la calidad de portavoz de la enfermedad grupal, el portavoz de un grupo que es igualmente considerado en crisis, que está enfermo.

El paciente sería el depositario de las ansiedades y tensiones del grupo familiar. Se hace cargo de distintos aspectos patológicos depositados en él por los otros miembros. Estamos ante un interjuego de roles adjudicados y asumidos, los familiares adjudican pero el paciente asume. La situación comprometerá tanto a los depositarios como a los depositantes.

Creemos que es importante mantener esta perspectiva de la enfermedad mental como procesual y vincular porque en el campo de la enfermedad mental y sobretodo en el de la enfermedad mental grave, la cronicidad, la persistencia y el aislamiento pueden obturar nuestra visión.

Pichon-Rivière sitúa estos conceptos de Salud - Enfermedad en términos de Adaptación Activa o Adaptación Pasiva a la realidad. Una Adaptación Activa, es una adaptación sana en el sentido en que la persona pueda adaptarse a ciertos aspectos de la realidad que son muy difíciles de cambiar, que no están sujetos sólo a su voluntad y al mismo tiempo poder operar sobre aquellos en los que sí tiene capacidad para modificar. Incluso en aquellos aspectos que no puede modificar lo que sí será una adaptación más activa y sana es el que internamente pueda procesarlos de una manera más saludable.

La Adaptación Activa a la realidad y el aprendizaje están indisolublemente ligados. La Salud Mental llevaría a ese proceso de aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, el manejo y la solución integradora de los conflictos. La enfermedad emerge como intento fallido de la resolución de los conflictos.

La Adaptación Activa nos lleva a un concepto dialéctico, en el sentido de que en tanto el sujeto se transforma modifica al medio y al modificar al medio se modifica a sí mismo. El sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada, nada operativa ni funcional.

Pero para movilizar algo, cambiar algo, es clave que hay que confiar, y vemos que la resistencia al cambio disminuye cuando el otro, los otros, se convierten en algo significativo para uno, dando confianza... Y sabemos que hay experiencias que transforman, que dan apoyo, confianza, seguridad, como es el sentir que te escuchan, que te entienden, que te puedes expresar sin ser juzgado, ni rechazado. Y vemos que hay instituciones, contextos, vínculos, que enferman, enloquecen, y otros que sostienen, motivan y facilitan el crecimiento de las personas.

En los grupos buscamos establecer un ambiente facilitador satisfactorio. Procuramos que la ansiedad no sea elevada porque no ayuda a la tarea. Es importante, para todos, pero sobre todo, para las personas más dañadas que puedan sentirse en un entorno seguro.

En estos contextos de confianza, de seguridad, a través de vínculos significativos, y al ritmo en que cada uno pueda, será posible, que aparezca lo genuino, el gesto espontáneo de la persona y el despliegue de su subjetividad.

En todo esto la capacidad de escucha de los coordinadores es fundamental, posibilitando y potenciando en el grupo la capacidad de escucha, la comunicación y la elaboración de las ansiedades que sufren los

pacientes. Generalmente vemos que estas personas viven en grupos familiares donde resaltan los malentendidos y la falta de comunicación con la palabra.

En el grupo, el poder hablar, expresarse y comunicarse unos con otros les permite compartir y salir de las experiencias de aislamiento que sufren. Uno de los objetivos centrales del trabajo grupal es situar a los usuarios en un lugar donde se pueda hablar... y ser escuchados... experimentar que el grupo contiene, apoya, que posibilita un sentimiento de pertenencia y favorece el reconocimiento de cada uno y de los otros, que el grupo individualiza.

Nos planteamos utilizar los grupos como herramienta frente a la cronicidad, como dispositivo que posibilite el cambio, como un espacio para el juego y la exploración. Para poder ser y encontrarse. A través de los grupos buscamos ofrecer posibilidades para explorar otras maneras de estar.

El grupo permite dar cabida a lo emocional y esto posibilita que se realicen procesos de aprendizaje, el cambio siempre implica un aprendizaje. Y el aprendizaje precisa de la integración entre lo racional y lo emocional.

A través del paso por los grupos, el individuo vuelve a poner en edición sus modos de vinculación y así es posible someterlos a revisión. Esto posibilita el cambio. Cada nuevo grupo constituye, una nueva oportunidad para la realización de algo nuevo.

En los grupos centrados en la tarea, el hecho de la tarea implica una acción. Para Pichón la tarea es la marcha del grupo hacia su objetivo, es un hacerse y un hacer dialéctico hacia una finalidad, es una praxis y una trayectoria.

Se distingue una tarea explícita, la que convoca al grupo y la tarea implícita, que tiene que ver con resolver las dificultades y obstáculos que se oponen a la realización de la tarea explícita.

Podemos entender la tarea como brújula, nos posibilita intervenir. ¿Para qué se reúne ese grupo?

La técnica operativa de grupo, sean cuales fueren los objetivos que se propongan (el aprendizaje, la rehabilitación, etc.) tiene por finalidad que sus integrantes aprendan a pensar.

En el proceso grupal es necesario poder pensar. Y esto es una de las cosas más difíciles en nuestro ámbito de trabajo. Favorecer las condiciones que permitan pensar. Tanto a los participantes del grupo como a los coordinadores. Muchas veces en las situaciones grupales vemos como resulta muy difícil poder pensar y tendemos a actuar.

Poder pensar para tomar conciencia y no estar condenado a la actuación y a la repetición. Ni los usuarios ni nosotros.

El terapeuta ocupacional como facilitador en los grupos

Vanesa Lebrón Novo

Terapeuta Ocupacional del Centro de Día de Parla.

En la universidad me dijeron una frase que a lo largo de los años de profesión he ido viendo que era cierto, la frase era “antes de atender hay que entender”, creo que nuestra primera tarea como profesionales tiene que ser entender lo que le pasa al otro, de ahí la importancia del vínculo.

Hablar del vínculo me recuerda al Acompañamiento Terapéutico en el que para crear un vínculo significativo y de confianza con el usuario es importante:

- Evitar situaciones que el usuario rechace.
- Evitar situaciones ansiógenas para el usuario, disminuyendo la ansiedad en los encuentros.

Estas dos consignas que vienen del Acompañamiento Terapéutico me sirven para pensar en la intervención en el Centro de Día en los grupos diseñados para perfiles donde la cronicidad está muy instalada, usuarios de difícil vinculación o que *a priori* tienen menor capacidad.

Desde el Acompañamiento se crea un vínculo positivo y de confianza con el acompañante que el usuario podrá generalizar con otras personas o relaciones. Esta idea también la traslado a la hora de pensar en un grupo. Los grupos facilitan el encuentro con otros y según vayan siendo significativas esas experiencias grupales el usuario podrá ir teniendo más herramientas en su vida para desenvolverse en situaciones de grupo: familia, comunidad, etc. En definitiva integrarse en su comunidad desde un lugar más sano y no desde el lugar del loco.

Al inicio de un grupo, al igual que en Acompañamiento, se establece un *vínculo de dependencia* con la coordinación, los usuarios hablan y miran al profesional y piden que les dé respuestas, el saber queda muy instalado en la coordinación. Por poner un ejemplo, citaré lo que escribí cuando empecé el grupo de Memoria del Centro de Día de Parla en el 2008 “...Al inicio del grupo uno como profesional se coloca en el ‘lugar del que sabe’ es en el que uno también en un inicio puede sentirse más a gusto y menos angustiado. El grupo también, en cierta forma, te lo pide, posiblemente porque también está angustiado. Creo que es una etapa por la que todos necesitamos pasar para encontrarnos bien, crear un clima de mucha confianza y contención...”.

Facilitadores

Mary Reilly es una terapeuta ocupacional americana que desarrolló el Modelo de Comportamiento Ocupacional de Terapia Ocupacional. Su premisa central era “*El hombre a través del uso de sus manos energizadas por su mente y su voluntad puede influir en el estado de su propia salud*”.

Me parece interesante reflexionar sobre esta frase. Pensando en la cronicidad, me viene continuamente la pregunta de qué pasa en aquellos casos donde la relación con el mundo externo es vivida como una amenaza y donde sentir demasiado y acercarse al otro es vivido con miedo. Es interesante el concepto de “acompañar en el hacer” porque creo que a través del hacer el usuario puede ir adquiriendo un significado de su persona y descubrir poco a poco quien es más allá de la enfermedad.

Para mí la ocupación es un facilitador para conectar de nuevo con el mundo externo. Pero, ¿cómo lo hacemos?

Mary Reilly afirmaba en sus investigaciones que existe una relación muy estrecha entre compromiso en actividades significativas y la salud. Estas actividades significativas se caracterizan por involucrarse e implicarse en las actividades que inicia la persona y que son vividas como productivas por ella aun cuando el producto sea la diversión y además contribuyan a otros. En este sentido pienso en los grupos que facilitan el encuentro con otros a través de una tarea, por ejemplo, contar una historia, hablar de salud, hacer pilates, radio.... Muchos usuarios de nuestros dispositivos enganchan en estos grupos precisamente porque se involucran, pasando a ser espacios significativos para ellos que les hace encontrarse mejor e ir descubriéndose más a allá de la enfermedad.



¿Por qué el uso de facilitadores? Las personas muy cronificadas han pasado por experiencias de mucho sufrimiento. La cronicidad les ha protegido frente al dolor por lo que la premisa central a la hora de trabajar es **“ante todo no dañar y evitar la ansiedad”**. A partir de esta premisa me paro a pensar en los distintos contextos que desde Terapia Ocupacional tenemos para trabajar. Me centraré en **“el contexto exploratorio”**.

Gary Kielhofner, Terapeuta Ocupacional, creador del Modelo de la Ocupación Humana en un artículo del año 1983 habla de este contexto. Empieza haciendo referencia al *juego* como una herramienta muy importante en nuestra profesión y yo diría que incluso en la vida de los seres humanos. Cuando pensamos en espacios en los que vamos a trabajar con personas muy cronificadas me parece que hay que tener muy presente esta **zona de juego** de la que también se habla en Acompañamiento Terapéutico.

A la hora de crear un grupo es importante tener un contexto exploratorio donde la zona de juego sea lo que invada el grupo. Lo que debe reinar en este contexto es la curiosidad y las acciones deben ir dirigidas únicamente a la tarea de averiguar. La exploración es quizás una de las pocas situaciones en las que **no existe posibilidad de fracaso**. La exploración es auto-validadora en el sentido de que es el propio hecho de explorar el que determina lo que gusta y lo que no.

Se trata de un contexto libre donde los usuarios pueden descubrir aspectos de su mundo interno y de su relación con el mundo externo. Los elementos que utilicemos en este contexto facilitan o inhiben la posibilidad de explorar del grupo. De aquí nace la idea de la utilización de “facilitadores en los grupo” definiendo los facilitadores como “elementos que la coordinación utiliza en el grupo para favorecer la exploración de los participantes con la intención de que se apropien de la tarea con la menor de las ansiedades”. Elementos que pueden ser una mesa, un mural, un papel, una palabra, actitudes corporales como un abrazo o una sonrisa. La actitud del profesional debe ir siempre encaminada a facilitar, por eso hay que tener en cuenta lo que se dice y lo que se hace. Colocándonos siempre en disposición de ser usados por el grupo.

Facilitando un espacio de encuentro en familia

Rosa María Reyes Rodrigo

Psicóloga del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Parla.

El origen de este espacio

Este espacio de encuentro en familia parte principalmente de la observación de dos factores que nos encontramos hace ocho años, al intervenir en el ámbito de la Rehabilitación Social (Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario) con Familias que padecen una Enfermedad Mental Grave en su seno:

- La dificultad de que estas familias acudan y participen activamente en el proceso de recuperación, en grupos destinados a este fin. Por lo general, hasta dicha fecha, eran de grupos de familiares por un lado y grupos de pacientes por otro, grupos de Psicoeducación.
- El gran aislamiento, en muchos casos, no sólo del paciente, sino también de su familia, su origen y consecuencias.

En muchos casos los pacientes pueden llevar aislados diez o quince años, teniendo relación sólo con sus familiares, apenas sin salir de casa y en consecuencia, sin salir tampoco de sus respectivos roles de enfermo y familiar de enfermo, lo que implica haber perdido muchos aspectos de una identidad más global, más allá de la enfermedad, girando todos sus intercambios en torno a ésta.

Dadas estas circunstancias, nos planteamos encontrar una alternativa para estas familias, que facilitaran su participación en este proceso y ¿qué mejor forma que fuera realmente así?, ¡un espacio para Familias! Curioso, pues cuando se propuso y durante muchos años ha costado, a pesar de las teorías tan asumidas al respecto, que se ubique que cuando hablamos de familias nos referimos a familiares y pacientes, no sólo a familiares.

También nos planteamos que fuera un espacio que facilitara la incorporación de estas familias, que en muchas ocasiones son reticentes tanto por malas experiencias como por las dificultades, resistencias comprensibles a la hora de iniciar dicho proceso, sobre todo cuando hablamos de tantos años de evolución, silencio y aislamiento. Para ello pensamos en basarnos en el Acompañamiento Terapéutico y en concreto, como hemos dicho, en la Metodología de lo Cotidiano.

Esto me hace pensar también que en aquellos tiempos, 2006-2009, hablábamos en términos de Enfermedad Mental Grave y Crónica y Procesos de Rehabilitación, ahora se ha cambiado el adjetivo de Crónico por Duradero y el de Rehabilitación por Recuperación. Lo que facilita que estas familias puedan también plantearse que puede haber una mejoría, un cambio, lo que esperanza y moviliza, con todas las posibilidades que ello implica.

Lo mismo se podría comentar respecto a los profesionales, como diría J.L. Atienza, hablando de Multifamiliares pasar de “Ver para creer” a “Creer para ver”. Lo cual tiene mucho que ver con el Esquema de Referencia del que partimos y se hacía alusión al comienzo de este artículo.

Influencias teóricas

Comenzamos nuestro “Espacio de familias y Allegados” en enero del 2009. Lo que conseguimos con la fórmula que resultó de estos tres modelos:

- Modelo Multifamiliar (García Badaracco), de donde recogemos la idea de invitar al grupo a familiares y pacientes, de forma libre (en el sentido de que no se impone la asistencia obligatoria) e independiente (puede acudir el paciente sin su familiar y viceversa), pues esto permitirá a los participantes observar a otros, que no tienen por qué ser sus propios familiares, lo que facilitará cierta toma de conciencia de aspectos que tendrían más dificultad para observar en sí mismos. Se pone el acento en lo vivencial, compartido, en las relaciones de interdependencia y en la creación de un clima de respeto y confianza.

- Acompañamiento Terapéutico (Winnicott) y dentro de este marco, la Metodología de lo Cotidiano (Leonel Dozza) desde donde se rescata el trabajo desde lo cotidiano, la acción interpretativa como una de las principales herramientas y el vínculo como punto de partida. Todo ello favorece la participación de familias tan dañadas y disminuye la angustia persecutoria.
- Grupo Operativo (Pichon-Rivière), desde donde se recoge la importancia de que el grupo se apropie de la tarea, siendo el coordinador el que vela por el encuadre y el cuidado del espacio, pero manteniéndose en lo posible en el mínimo de protagonismo.

Grupo Operativo y Multifamiliar: Ambos autores, Pichon-Rivière y García Badaracco, pusieron el acento en lo grupal, la influencia de lo cotidiano y la importancia del vínculo, su interiorización y su reflejo en sus nuevas relaciones (relaciones de interdependencia, enfermo depositario, etc.).

Pensamos que nuestro Espacio, aunque está muy influenciado por ambos modelos, se diferencia de ambos especialmente en la técnica. En todos se rompen estereotipias de roles y se favorece la autonomía, el crecimiento psico-emocional, la entrada en otro rol más sano en familias. Sin embargo, desde el espacio que proponemos, todos estos procesos se sostienen más desde la metodología de lo cotidiano, desde actos terapéuticos, especialmente de la acción interpretativa, no tanto desde interpretación verbal, y se proporcionan facilitadores, tales como plantear una situación cotidiana, tomar un café, en una mesa, etc., de forma que facilita que se disminuya la resistencia y la angustia persecutoria.

Se crea así un Espacio Intermedio, a modo transicional, que facilita la expresión de uno mismo, de su Ser, más allá del rol de enfermo o de cuidador, siendo así una experiencia compartida por sus seres significativos, lo que potencia sus efectos.

Objetivo e inicio

Se crea este Espacio con el objetivo de que las familias participantes puedan tener una mirada más global sobre cada uno de sus miembros, más allá de la enfermedad, de forma que puedan salir de su identificación (tan parcial), de sus roles de enfermos o de familiares de enfermos. Recuperando así otros aspectos de su identidad, contemplar y ser contemplados desde aspectos más sanos, en presencia de sus seres significativos.

Destacar la importancia, dadas las características de la enfermedad mental grave, del hecho que sea "en presencia" de sus "seres significativos", para que se pueda constituir así una experiencia vivencial que posibilite nuevas inscripciones que faciliten el poderse posicionar de otra forma, desde un lugar propio que le conecte más a sí mismo y al mundo.

Para ello desde la coordinación se velará por un clima de confianza, respeto y seguridad que posibilite otra mirada y otra comunicación, desde esos otros aspectos más sanos de su personalidad, así como del sentido que tienen muchos aspectos, que hasta ahora se quedaban sólo en sintomáticos.

El grupo se inició invitando a pacientes, familiares y allegados a que participaran en este espacio. Se parte de un hecho cotidiano, tomar un café, con el objetivo de estar con sus seres significativos como tales, más allá del tema de la enfermedad.

Siempre partiendo, por supuesto, de la conformidad del paciente en primer lugar para realizar esta invitación a sus seres significativos, lo que no supone estrictamente que tengan que acudir todos, pueden acudir juntos o independientemente, como en el modelo multifamiliar.

Es un espacio abierto también respecto a frecuencia y asistencia. Aunque se motiva y fomenta la asistencia desde los beneficios que cada uno pueda aportarle, así como al grupo.

¿Qué beneficios hemos podido observar, viendo la evolución del grupo?

Vemos que las familias empiezan a acudir a la convocatoria, a pesar de su aislamiento. El hecho de que sea un espacio de libre asistencia hace que sea algo que destaquen al final del año, como algo positivo que

favoreció su regularidad. El grupo comienza a aumentar gradualmente hasta duplicarse el número de participantes. También observamos que posibilitar a los asistentes permanecer el tiempo que realmente puedan en cada convocatoria, facilita que gradualmente puedan estar el grupo entero (una hora), ya que se ha respetado su ritmo.

Gradualmente los participantes-pacientes comienzan a tener más presentes a los otros miembros del grupo y dejan de buscar la atención exclusiva de los profesionales, pasan a buscar la atención por subgrupos con los que se identifican, hasta llegar a reconocer al resto de participantes, como interlocutores válidos de los cuales puede obtener una experiencia enriquecedora. Para ello, antes el grupo se ha hecho con la consigna, de forma que no se centra en la enfermedad y quién es enfermo o no, incluso ese tipo de comentarios quedan fuera de lugar. Esto se refleja también en que muchas veces los integrantes del grupo no saben quién es el enfermo y quién no, con las consecuencias positivas que este hecho tiene en la disminución de prejuicios y de la desesperanza. Así, por ejemplo, se sorprende un nuevo miembro del grupo, cuando alguien que ha hecho un comentario culto o una reflexión bastante inteligente, al rato hace un comentario respecto a su proceso. La pregunta, del nuevo miembro es inmediata: ¡ah, pero usted¿no es?.., tras lo cual no puede seguir la frase. De esta forma, se abre la posibilidad de abrir el abanico de temas y lo más importante, al no hablar de lo que le pasa al otro, se ve abocado a hablar en primera persona, sobre cualquier tema cotidiano, pero ¡propio! y al margen de la enfermedad mental.

Esto supone, que tras tantos años de aislamiento e identificados ya casi en exclusividad, en sus respectivos roles de familiar de enfermo y enfermo, los participantes en el grupo tengan que buscar otros aspectos de su identidad para hablar. Partiendo de algo aparentemente tan sencillo y que a la hora de la verdad, resultaba tan complicado, como el hecho de presentarse, pasar de “soy la madre de” a decir su nombre. Y así comienzan a experimentar, a disfrutar otros aspectos de su identidad, que ya tenían olvidados. Se trasluce por los temas que traen, que ya son propios.

Las familias no sólo reconocen salir así un poco de su aislamiento, que en muchos casos es considerable, sino que se ven en un papel distinto al de cuidador. Descubren que en muchas ocasiones no hace falta ejercer este papel o cuando sí es necesario otros se encargan de dicha labor (no solo los profesionales, también los pacientes entre sí). Es decir no sólo están como familiar sino también como persona, algo que en muchos casos se había olvidado y había contribuido a un mayor aislamiento. Estos participantes relatan cuando dejaban de ir de visita o les dejaban de invitar familiares y amigos, por este hecho. Por tanto, comienzan la rotación de roles, el cuidado resulta que es cuidador. Además de recibir desean compartir, dar. En casi todos los grupos alguien trae un postre para compartir, por intención personal, sin que nadie se lo propusiera.

Muchos participantes descubrieron que podían ser partícipes en conversaciones sobre diferentes temas cuando creían que no iban a tener de qué hablar, disminuyen las angustias, empiezan a confiar en sí y a poder pensar que tienen algo que decir propio y a expresarlo. Unos miembros, señalan, refuerzan las capacidades de los otros y animan a que las pongan en práctica fuera del grupo. Se potencian y devuelven una imagen bastante diferente a la que están acostumbrados en casa, lo que facilita que haya una mirada menos parcial, entre los miembros de la familia.

A lo largo de los encuentros también disminuye la simbiosis en el grupo, pudiendo sentarse separados familiares que no podían hacerlo en un principio, comienzan a hablar con los demás. Se observan cambios en el vínculo con familiares durante los grupos, menos crítica, más empatía, más cercanía. Pueden generar otro clima emocional entre ellos, donde empieza a aparecer la empatía, la valoración y disminuyendo la crítica, la hostilidad en las familias.

Destacable como experiencia emocional compartida es ver cómo los invitados, *motu proprio*, hacen presentes a través de fotografías a otros familiares que por circunstancias no pueden estar.

Los hombres fueron ganando terreno y presencia real, siendo a estas alturas igual en número y protagonismo. Con las implicaciones que esto tiene que se haga presente un tercero, que tenga un efecto sobre la simbiosis.

Por último quiero destacar la importancia de la aparición del humor en el grupo, como forma de facilitar el clima y mantener el encuadre. También, permite que los participantes vayan sumando experiencias inscritas en lo placentero con otros. Los integrantes cuentan anécdotas divertidas, incluso relacionadas con su enfermedad,

pudiéndose reír sanamente de ciertas cosas que les han pasado, junto con otros, que lejos de juzgarles van a empatizar y contar otras situaciones del estilo (enfermos y no enfermos).

BIBLIOGRAFÍA

ATIENZA, J.L. y BLAKAJIS LÓPEZ, M. I. (2010-2011). *Patología mental grave y tratamiento en grupos multifamiliares*. Curso de formación continuada de la Fundación Omie.

BLEGER, J. (1985). *Grupos operativos en la enseñanza*. De Entrevista y Grupos. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión. (56-75).

BLEICHMAR, H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Hacia una técnica de intervenciones específicas. (1997). Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

BUZZAQUI ECHEVARRIETA, A. (2001). *En el campo grupal: grupo, tarea y coordinación*. Madrid. ÁREA 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Nº 8.

GARCÍA BADARACCO, J. E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid. Tecnipublicaciones, S.A.

GARCÍA BADARACCO, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar*. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires. Paidós, Psicología profunda.

DOZZA, L. (1992). *Acompañamiento Terapéutico: consideraciones históricas, ideológicas y prácticas*. ÁREA 3- Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 3º, 29-40, Madrid, Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales.

DOZZA, L. (1994). *Función materna y función paterna en el Acompañamiento Terapéutico de pacientes psicóticos*. Conferencia 3 presentada en San Paulo organizada por el equipo del hospital –Días a casa. También presentado en CEAP (Centro de estudios y aplicación del Psicoanálisis en este mismo año).

DOZZA, L. (1999). *Lo social es un lugar que no existe*. Papeles del Psicólogo. Febrero, nº 72.

DOZZA, L. (2011). *Clínica de lo cotidiano en el Acompañamiento Terapéutico*. (Trabajo presentado en el VI Congreso Internacional, VII Congreso Iberoamericano, VIII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico, noviembre 2011).

KIELHOFNER, G. (1983). *Health Trough Occupation*. Philadelphia: Davis Company.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1971). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

WINNICOTT, D. W. *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires. Horme.

WINNICOTT, D. W. *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa. (1992)