

TESI DOCTORAL

**Estudio observacional de ayuda interactiva
en el postratamiento de cáncer de mama:
reuniones Gafa**

MARINA ROUSTAN

Índice

Índice	1
Resumen	4
- Español	4
- Català	5
- Inglés	6
- Francés	7
Prólogo y agradecimientos	8
0. Introducción	12
0.1. El cáncer de mama y la intervención psicosocial	12
0.2. La intervención grupal	15
0.3. La apuesta por GAFA	16
0.4. Objetivos de GAFA y planificación del trabajo	18
PRIMERA PARTE: CONCEPTUALIZACIÓN	21
1. Revisión de los métodos de grupo en el campo de intervención con pacientes de cáncer	21
1.1. Los grupos terapéuticos	21
1.2. Los grupos experienciales	26
1.3. Intervención con pacientes de cáncer	27
1.4. El lugar de la resiliencia, la perspectiva de futuro y la conciencia interpersonal en la intervención grupal con pacientes de cáncer	30
1.5. Parámetros estructurales en los grupos terapéuticos y experienciales	35
1.6. Parámetros funcionales en los grupos terapéuticos y experienciales	38
1.7. Investigación en terapia grupal	48
2. Definición del Grupo-Analítico-Formación-Apoyo (GAFA)	52
2.1. Referente psicoanalítico	53
2.2. Referente psicoeducativo	59
2.3. Referente social de apoyo	61
2.4. El vértice de ayuda en la intervención y la dinámica interactiva	65
3. El método GAFA	70
3.1. Objetivos centrales de las reuniones	70
3.1.1. Potenciación de la resiliencia	70
3.1.2. Potenciación de la perspectiva de futuro	75
3.1.3. Potenciación de la conciencia interpersonal	78
3.2. Modelo interactivo de comunicación	82
3.2.1. Niveles de interdependencia comunicativa	82
3.2.2. Criterio de deseabilidad según el modelo interactivo de comunicación	87
3.3. Aspectos técnico-profesionales	90
3.3.1. Rol del terapeuta-analista GAFA	90
3.3.2. Reglas grupales de GAFA	101
3.3.3. Medidas éticas	102
3.3.4. Espacio físico, temporal y duración de las sesiones	104
3.3.5. Constitución del grupo	105
3.3.6. Presentación y conducción de la actividad grupal	106

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	108
4. Observación sistemática de las reuniones GAFA	108
4.1. Justificación de la metodología observacional	108
4.2. El problema de observación	111
4.3. Objetivos específicos del estudio	115
4.4. Diseño observacional	116
5. Método	119
5.1. Participantes	119
5.2. Instrumentos	122
5.2.1. Instrumentos de registro audiovisual de las reuniones	122
5.2.2. Instrumentos de observación	124
5.2.2.1. Sistemas de categorías del instrumento GAFA	127
5.2.2.2. Códigos asignados a las categorías del instrumento GAFA	130
5.2.2.3. Código de deseabilidad	132
5.3. Procedimiento	133
5.3.1. Lugar de la reunión y sus características	133
5.3.2. Transcripción de las grabaciones	134
5.3.3. Entrenamiento de los observadores y la guía de codificación	136
5.3.4. Control de la calidad de los datos	138
5.3.4.1. Acuerdo intraobservador	138
5.3.4.2. Concordancia interobservadores	140
5.3.5. Análisis de datos secuenciales: patrones de ayuda interactiva	143
5.3.5.1. Medidas descriptivas	143
5.3.5.2. Técnica de retardos de tiempo (<i>lag</i>)	144
5.3.5.3. Técnica de coordenadas polares	145
6. Resultados e interpretación	148
6.1. Sesiones con rodaje menor	151
6.1.1. Análisis descriptivo	151
6.1.2. Patrones de retardo de la situación de actividad	155
6.1.3. Mapa conductual de la secuenciación de la participación	158
6.2. Sesiones con rodaje mayor	162
6.2.1. Análisis descriptivo	162
6.2.2. Patrones de retardo de la situación de actividad	166
6.2.3. Mapa conductual de la secuenciación de la participación	171
6.3. Discusión general de los resultados bajo la condición rodaje	174
7. Valoración de la experiencia GAFA	179
7.1. Introducción	179
7.2. Evaluación de las participantes	179
7.3. Evaluación de la terapeuta	190
7.4. Valoración general de la experiencia	201
8. Conclusiones y propuestas de futuro.	203
8.1. Introducción	203
8.2. Resultados empíricos obtenidos	204
8.3. Camino hacia la efectividad de las reuniones GAFA	208
8.4. Aplicabilidad social	210
8.5. Propuestas de futuro	213
8.5.1. Desde el punto de vista clínico profesional.	213
8.5.2. Desde el punto de vista de la investigación.	214
Referencias	217

Índice de figuras	242
Anexos (En CD adjunto)	244

Anexos de la investigación

1. Manual de codificación
2. Esquema resumido de codificación
3. Historia del grupo: Vaciado psicoanalítico de las sesiones
4. Transcripción y codificación de la sesión 9
5. Codificación en SDIS de las sesiones impares
6. Tablas descriptivas de resultados

Anexos de la intervención

7. Cuadernillo de trabajo
8. Ficha entrevista previa
9. Hoja permiso de colaboración y protección de datos

Resumen

- Español

Esta tesis doctoral es una investigación aplicada a la comunicación en un grupo psicoterapéutico con mujeres que han superado un cáncer de mama. Se diseña una matriz terapéutica, GAFA (Analítica, Formativa y de Ayuda social), que combina las potencialidades de las tres modalidades de intervención, y propicia un proceso de ayuda interactiva basada en la implicación de las participantes, desde la escucha y el habla dialogada, y en el señalamiento y la elaboración discusiva de los nudos biográficos a través de la comunicación grupal. El funcionamiento del grupo, cuya primera convocatoria ha contado con siete mujeres participantes y la terapeuta, se ha estudiado utilizando la metodología observacional que incorpora el análisis cuantitativo y cualitativo de la interacción. A lo largo de nueve sesiones de noventa minutos de duración se ha codificado la conducta interactiva verbal y no verbal en el contexto de la tarea GAFA. Comprobado el grado de concordancia entre observadores (>80%), los resultados confirman la utilidad del método GAFA (implicar a las mujeres curadas de cáncer de mama en un proceso de normalización de la propia vida), y apoyan la idea de que el esfuerzo por sobrevivir (resiliencia), que se alimenta de esperanza (perspectiva de futuro) y sensibilidad relacional (conciencia interpersonal), necesita ser verbalizado como entrega que se abre a la palabra (crítica) del otro. Los procesos interactivos vinculados a los movimientos de fase, dentro de cada reunión, y a la experiencia acumulada (número de sesiones rodadas) de las participantes, se identifican y se describen como patrones secuenciales (análisis secuencial). El carácter descriptivo de esta investigación nos autoriza a mantener, mejorar, modificar y complementar la arquitectura del método GAFA, de acuerdo con el estudio realizado.

Palabras clave: curación del cáncer de mama, psicoterapia de grupo, análisis de la interacción, patrones de ayuda, análisis del contenido referencial.

- Català

Aquesta tesi doctoral és una investigació aplicada a la comunicació dins un grup psicoterapèutic amb dones que han superat un càncer de pit. Es dissenya una matriu terapèutica, GAFA (Analítica, Formativa i d'Ajuda social), que combina les potències de les tres modalitats d'intervenció i propicia un procés d'ajut interactiu basat en la implicació de les participants, des de l'escolta i la parla dialogada i la indicació i l'elaboració discussiva dels nusos biogràfics mitjançant la comunicació grupal. El funcionament del grup, la primera convocatòria del qual ha comptat amb set dones participants i la terapeuta, ha estat estudiat fent servir la metodologia observacional que comporta l'anàlisi quantitativa i qualitativa de la interacció. Al llarg de nou sessions de noranta minuts cadascuna, s'ha codificat la conducta interactiva verbal i no verbal dins el context de la tasca GAFA. Un cop comprovat el grau de concordança entre els observadors (>80%), els resultats confirmen la utilitat del mètode GAFA (implicar dones curades de càncer de pit en un procés de normalització de les seves vides) i recolzen la idea que l'esforç per sobreviure (resiliència), que es nodreix d'esperança (perspectives de futur) i sensibilitat relacional (conciència interpersonal), necessita ésser verbalitzat en tant que entrega que s'obre a la paraula (crítica) de l'altre. Els processos interactius vinculats als moviments de fase, dins de cada reunió, i a l'experiència acumulada (nombre de sessions rodades) de les participants s'identifiquen i es descriuen com a patrons seqüencials (anàlisi seqüencial). El caràcter descriptiu de la present investigació ens autoritza a mantenir, millorar, modificar i completar l'arquitectura del mètode GAFA, d'acord amb l'estudi portat a terme.

Paraules clau: curació del càncer de pit, psicoteràpia de grup, anàlisi de la interacció, patrons d'ajuda, anàlisi del contingut referencial.

- Inglés

This doctoral dissertation is an applied research for communication in a psychotherapeutic group with women who have undergone breast cancer. A GAFA (analytic, formative and social aid) therapeutic matrix is designed, which combines the potential of the three modes of intervention in order to encourage a process of interactive help, based on the involvement of the participants -through listening and speaking dialogue-, and on the identification and development of discursive biographical knots involved in group communication. The group functioning, whose first call has counted with seven women participants and the therapist, has been studied using observational methodology which incorporated quantitative and qualitative analysis of the interaction. Over nine sessions of ninety minutes, the verbal and nonverbal interactive conduct in the context of GAFA task has been encoded. Checked the degree of agreement between observers (>80%), the results confirm the utility of the method GAFA (involving women cured of breast cancer in a process of normalization of life), and support the idea that the effort to survive (resilience), which feeds on hope (future perspective) and relational sensitivity (interpersonal conscience), needs to be verbalized as a delivery released to other's judgement. The interactive processes related to stages movements within each session, and experience (number of rolled sessions) of the participants, are identified and described as sequential patterns (sequential analysis). The descriptive distinctiveness of this research allows us to maintain, improve, modify and complement the architecture of GAFA method, according to the study.

Key words: breast cancer cure, group psychotherapy, interaction analysis, help patterns, analysis of referential content.

- Francés

Cette thèse doctorale est une recherche appliquée à la communication dans un groupe psychotérapeutique de femmes qui ont subi un cancer du sein. Une matrice GAFA (analytique, formative et d'aide sociale) est conçue, combinant le potentiel des trois modalités d'intervention, et favorisant un soutien fondé sur les processus interactifs des participants (participation à partir de l'écoute et du dialogue), sur l'identification et le développement de noeuds biographiques grâce à la communication de groupe. Le fonctionnement du groupe, dont la première convocation a compté sur sept participantes et la thérapeute, a été étudié utilisant la méthodologie observationnelle qui intègre une analyse quantitative et qualificative de l'interaction. Au long des neuf séances de quatre vingt-dix minutes chacune, la conduite interactive verbale et non verbale a été codée selon le cadre de la tâche GAFA. Une fois vérifié le degré de concordance entre observateurs (>80%), les résultats confirment l'utilité de la méthode GAFA (l'implication des femmes guéries du cancer de sein à un processus de normalisation de la propre vie), et soutiennent l'idée que l'effort pour survivre (résilience), qui se nourrit d'espoir (perspectives d'avenir) et de sensibilité relationnelle (conscience interpersonnelle), doit être verbalisé comme remise qui s'ouvre au champ de la parole critique de l'autre. Les processus interactifs liés aux mouvements de phases de chaque réunion, et à l'expérience accumulée (nombre de sessions rodées) des participantes, sont identifiées et décrites comme patrons séquentiels (analyse séquentiel). La particularité descriptive de cette recherche nous autorise à maintenir, à améliorer, à compléter et modifier l'architecture de la méthode GAFA selon l'étude portée à terme.

Paroles clé: guérison du cancer du sein, psychothérapie de groupe, analyse de l'interaction, patrons d'aide, analyse du contenu référentiel.

Prólogo y agradecimientos

La vida no es una suma de experiencias desconectadas, pero a menudo se necesita hilarla bajo forma de una historia y elaborar su índice. El cáncer es una de esas experiencias negativas pero fascinantes que, aparte de desplegar cuestiones de vida y muerte, permite arrojar luz sobre la manera de existir, vivir y gozar; muestra los efectos sintomáticos de un cierto funcionamiento familiar y social, y pone de relieve la posición subjetiva de un ser ante su enfermedad y ante sí mismo.

El campo del cáncer justifica un abordaje cualitativo en tanto estemos hablando de personas enfermas y no de una enfermedad, y cuantitativo en el sentido de la evaluación mensurable de los comportamientos y efectos que produce la enfermedad. El cáncer de mama en particular es una de las enfermedades de más relevancia por su incidencia, mortalidad e impacto psíquico, social, familiar y también económico; junto a otros tumores sigue siendo una de las primeras causas de muerte en España y, según los investigadores del sector, una enfermedad cada vez más común en los años futuros, debido al envejecimiento de la población y a los factores de riesgo relacionados con los malos hábitos de la vida, y, añadiría yo, a la infelicidad y al estrés psíquico. Así que, si existe una apuesta para la psicología, es precisamente ir más allá de los propios razonamientos predicativos para ir a buscar lo particular que hay en cada sujeto, que normalmente es impredecible, pero que se manifiesta.

El cáncer de mama se relaciona generalmente con factores psicológicos colaterales o etiológicos, factores de riesgo para su desarrollo, factores socioeconómicos, genéticos, de dependencias a sustancias y hábitos de conducta alimentaria y de vida. Basándonos en los aspectos positivos de una intervención psicológica con mujeres afectadas, pretendemos colmar parte del vacío actual existente en España en este sector y formar a otros profesionales en el manejo grupal de las afectadas, teniendo en cuenta que “tratar” a pacientes es pretender despertar en ellos su deseo de vivir, realzar su identidad narrativa, tejer palabra a palabra el sentimiento de felicidad, retomar el control, revisar las heridas, ayudar a otros desinteresadamente, hablar con ellos y contagiarlos de bienestar. Al mismo tiempo, las participantes del grupo se ayudan entre ellas y aprenden a ayudar comunitaria y desinteresadamente a otras personas. Con esos preliminares, se entiende que las estrategias en la lucha contra el cáncer incluyan la implantación de sistemas de prevención e investigación científica.

El espíritu que me animó a emprender este trabajo fue la suma de una serie de circunstancias, profesionales y personales, entre las cuales destaco mi pertenencia al patronato de una fundación contra el cáncer durante unos seis años, mi formación como terapeuta de orden psicodinámico, además de una formación en neurociencias completada por una experiencia formativa analítica grupal, que hicieron que creyera en la existencia de un lugar de interlocución entre la enfermedad, la psique y la inmunología, y en el que la comunicación, coronando estas tres, es el vehículo simbólico de nuestro inconsciente. Testigos de mi inquietud han sido varios familiares, amigos y pacientes que padecieron de cáncer y a quienes tuve el honor de acompañar y aprender de ellos; a la postre, por un golpe afortunado de esos azares que conforman los destinos, me encontré en el doctorado de la Psicología de la Comunicación (PCID), donde, amparada por un marco privilegiado de aprendizaje, mis intuiciones se transformaron primero en esperanzas y luego se concretaron en dos investigaciones: la de la suficiencia investigadora, construida sobre la figura de la mujer que sobrevive

porque “lucha”, y el presente trabajo, focalizado en la buena noticia de la “curación”. Así que esas premisas desembocaron en mi intento de contrariar la enfermedad con las armas de la intervención psicológica y de trabajar con el deseo de ayudar a los pacientes y a los curados, a **dialogar sus vidas** para asumir retos y embellecer la existencia.

Desde el ángulo perceptivo de la comunicación, entiendo que las ideas y/o las enfermedades fermentan poco a poco en el ser hasta abrirse camino a través del lenguaje, así que si ponemos la potencia lingüística al servicio de la terapia, tendremos en las manos el eje matriz del trabajo, la comunicación, que potencia el análisis propio, la formación, el apoyo y la adquisición de herramientas mentales, que, en un mundo cada día más solitario como el nuestro, devienen necesarias para afrontar el desconcierto provocado por la falta de referentes. Y en el panorama de nuestro trabajo y de mis propias motivaciones, unas palabras sobre la pasión: sin pasión es muy improbable transmitir nada. Los estratos de vivencias profundas de los pacientes necesitan de este vehículo para transmitirse y comunicarse a otros. Recordando al referente inevitable cuando tratamos de psicoanálisis, Lacan, podemos privilegiar con él las tres pasiones, el amor, el odio y la ignorancia, pero también añadirles la pasión de aprender y de saber.

Por ello creo adecuado, llegados a este punto, repetir las palabras del físico y biólogo Szilard (1992) que insiste en que si el pensamiento lógico y la capacidad analítica son necesarios para la ciencia, no son ni mucho menos suficientes para la obra de creación: los procesos creativos en los que se basa el progreso de la ciencia operan a nivel del inconsciente.

Desde la orilla de la investigación científica, creo que no se debería renunciar a las ideas de Sir Medawar, Premio Nobel en 1960 por haber descubierto la tolerancia inmunológica, y familiar mía por parte de mi abuela; desde el alma de la experiencia, nos da clases de compromiso especial e incondicional con la verdad. Para él, el científico debe tener un temperamento energético y dispuesto a resolver los problemas, aplicación en las tareas y una fortaleza que lo mantenga erguido ante muchas cosas que podrían tumbarlo, y, ante todo, perseverancia y un terco rechazo a desistir y a admitir la derrota. Dice Medawar (1986) que cada descubrimiento tiene su recompensa, al menos en forma de un avance de sabiduría. Al final del camino, el científico adquiere no sólo las posibilidades, sino también las capacidades para ser científico. Por otra parte, espero no haber traicionado las ideas del Dr. Perinat (2003), quien recuerda que todo conocimiento que se hace con las palabras tendría que redundar más o menos directamente, a corto o a largo plazo, en que los humanos vivamos una vida mejor. Y desde el lado de la investigación, “que la tensión entre lo que queremos significar y las palabras que insuflan vida a esos significados esté alimentada por la honestidad científica, por la sensibilidad ética que ha de orientar el quehacer de cada día” (p. 414).

A pesar de que el presente recorrido pretenda desgranar una vertiente de ayuda para la recuperación y la convalecencia de la enfermedad, no deja de ser un vestíbulo que conduce a adentrarse en un laberinto científico, social y clínico, si el objetivo es formar patrones estadísticos de un comportamiento promedio, sea del curso de la enfermedad, sea de la reacción de las personas afectadas por ella. Es cierto que las corrientes actuales tienden a buscar teorías unificadas y es cierto que el cáncer es una enfermedad que amenaza a la gran mayoría de las personas, pero si aceptamos que las historias de vida, la historia clínica del sujeto, el discurso del caso, uno por uno, son necesarios para

desmenuzar un comportamiento humano, será necesario aceptar igualmente las limitaciones estadísticas de este estudio. Efectivamente, el pensamiento científico no puede prestar atención solamente a los hechos empíricos con el objeto de obtener una teoría unificada, sino que debe basarse en redes de interacciones cuyos componentes son a su vez procesos; en este estudio se trata de paliar la limitación empírica con una ganancia vivencial, es decir, psicoanalítica. Bajo este llamamiento, uno se ve empujado a convocar lo más íntimo, su verdad, pero la encuentra en una experiencia; precisamente esta experiencia es una prueba singular, diferente del carácter reiterativo de la experimentación científica, aunque paradójicamente —o no— el psicoanálisis apunta a la ciencia en su esfuerzo de formalizar las condiciones de la creación de la experiencia del sujeto.

Cuando escuchaba a las participantes que se prestaron a colaborar en mi investigación, sentí que la historia de vida de cada una era también un poco la mía, la de otros pacientes que rozaron mi vida y la de otras vidas que se cruzan con las nuestras para formar un nuevo entramado de vínculos, de recuerdos y de combinación de destinos. Nunca expulsé de mi memoria sus discursos, llevados a terrenos íntimos, y aún hoy atestan que consiguieron recursos para orientarse en sus existencias; detrás de la aparente sencillez, trato de discernir cierta pluralidad en las condiciones necesarias y suficientes que las condujeron a destruir algo en ellas. Todas aquellas secuencias clínicas ponen de relieve un encuentro, único, con la causa analítica. La experiencia de la comunicación terapéutica —bautizada como reunión GAFA—, que es el objeto de esta investigación, intenta pensar, a través de esta unicidad del trabajo clínico analítico, elementos relacionados con la cura de un cáncer de mama, adquiriendo una resonancia biológica. Neutralizar la toxicidad de la amenaza de muerte y, paradójicamente, integrarla en la vida diaria deviene una función muy importante del trabajo grupal, que a su vez constituye un reflejo social.

Agradezco a los miembros del tribunal la revisión de mi trabajo y el tiempo invertido en su evaluación.

Por último, me faltan palabras para plasmar mi agradecimiento a todas las personas que colaboraron conmigo en la realización de este trabajo, directa o indirectamente. Sin su contribución o su afecto para sellar esta experiencia, mis ideas no hubieran encontrado asidero y seguirían deambulando en un laberinto de equivocaciones. El saber, al fin y al cabo, es una producción colectiva que empieza con un simple tartamudeo. En este caso fue el mío. A Conrad Izquierdo, que me dio soporte académico y humano continuado en el tiempo; me ayudó a desenredar las ideas, a expandirlas y a recogerlas. Sin su seguimiento incondicional y solidario, este trabajo no habría visto la luz. A M^a Teresa Anguera, que con sus sabias rectificaciones siguió todo mi periplo metodológico, para ayudarme a sacar conclusiones más contundentes. Al Dr. Gascón, que tuvo fe en mi proyecto, me dio la mano sin hacerse rogar a pesar de su escasez de tiempo y despejó el camino de acceso a la mayoría de las participantes. A todas las participantes en la experiencia grupal que se prestaron a ayudar, en un arranque de solidaridad desinteresada. A Raquel Marqués, filóloga y filósofa, quien con paciencia y perseverancia me ayudó en el texto final. A Juan José Cuervo, mi ayudante y observador en la terapia grupal, gracias por contar con tu asistencia. A Reda Boulos, por su ayuda con las presentaciones a pesar de la distancia física y su dificultad con la lengua castellana, y a Jaume Font por su valioso apoyo informático. A dos de las colaboradoras anónimas de esta investigación que han fallecido, y para acabar, a mis

amigos que ofrecieron su escucha y presencia incondicional a mis proyectos y, a menudo, a mis quejas.

Y desde otras latitudes, doy las gracias a todos mis pacientes, que depositaron en mí su confianza y que me enseñan cada día a mejorar y me animan a aprender más. A Àngel, Xifré, Àldric y Xènia, mi familia, que, ajena a mi tensión mental, hizo prueba de paciencia incondicional para dejarme estudiar y trabajar, y que me soportó los fines de semana, borracha de insomnio. Que sepan que no ha sido en vano. A todas las demás personas que me es difícil nombrar y que indirectamente colaboraron a la finalidad de este trabajo. Pondría su nombre detrás de cada palabra.

Marina Roustan

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE AYUDA INTERACTIVA EN EL POSTRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: REUNIONES GAFA

0. Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha pronosticado que el siglo XXI sería el siglo de la angustia y la depresión, así que la cultura y la sociedad debe intentar proveer a las personas de soluciones frente a su sufrimiento subjetivo y a la adversidad colectiva. Desde Seligman y Maslow se demostró lo esencial que es para la salud el poder controlar mínimamente la propia existencia, y eso deviene muy difícil cuando se altera el equilibrio biopsíquico de una persona mediante una enfermedad física o mental, especialmente si la persona no llega a negociar el proceso o los efectos de la misma. El equipo dirigido por Oerlemans y Van den Akker (2007) de la universidad de Maastricht, ha llegado a la conclusión de que la depresión está relacionada con un aumento del riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer; esos investigadores revisaron los datos de 13 estudios, de Europa y de EEUU, con un total de 127.000 pacientes, y según 8 estudios de los 13 revisados, el riesgo general de cáncer aumentaba un 12 % en las personas con depresión (9 de los estudios fueron exclusivos al cáncer de mama). Cuando se consideran el subgrupo de estudios con no menos de 10 años de seguimiento, las personas con depresión tienen 2,5 veces más de riesgo de desarrollar cáncer de mama que los pacientes sin depresión. Aunque todavía no se pueden traducir estos resultados en acciones preventivas, puesto que es difícil identificar los efectos posibles de la depresión y de los antidepresivos sobre la aparición del cáncer, son conclusiones que no deben pasarse por alto.

0.1. El cáncer de mama y la intervención psicosocial

El cáncer de mama es una de las enfermedades de más relevancia por su incidencia, mortalidad e impacto psíquico, social, familiar y también económico; junto con otros tumores sigue siendo una de las primeras causas de muerte en España, y un factor de riesgo importante para los años futuros según los investigadores del sector, debido al envejecimiento de la población y a los factores de riesgo relacionados con los malos hábitos de vida, y, añadiría, a la infelicidad conyugada con el estrés. En Europa, se diagnostican casi 3 millones de casos nuevos anualmente, con el factor de riesgo calculado en una curva ascendente para el futuro, aunque haya una ligera tendencia descendente respecto a la mortalidad por algunos cánceres según el informe de la AECC del 2007.

Con el doble objetivo de difundir las emociones de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, y favorecer que el entorno les ofrezca cuidados apropiados a su necesidad, la Federación Española de Cáncer de Mama, FECMA, elaboró y publicó un trabajo que se centra en las actitudes y pensamientos de esas mujeres desde el momento del

diagnóstico hasta la etapa posterior al tratamiento. Las conclusiones ponen en evidencia que el alto nivel de satisfacción asociado con la atención médica convive con un bajo nivel de satisfacción cuando se pregunta a las pacientes por el apoyo emocional recibido (Azprensa, 2007). Un reciente estudio (Thornton, Andersen, Crespin y Carson, 2007) ha aportado evidencias estadísticamente significativas sobre la llamativa relación entre la disminución del estrés percibido, a efectos del diagnóstico/tratamiento e intervención quirúrgica de las pacientes con cáncer de mama, y el incremento de las defensas inmunológicas. En cambio, el mismo estudio señala que el componente de sufrimiento emocional agudo (*distress*), con los datos disponibles, no está relacionado con la función inmunológica, elemento a tomar en consideración si aceptamos trabajar con la hipótesis de que este sufrimiento es resultado de la enfermedad misma y no de la pre-enfermedad.

Este estudio fue el primero, hasta la fecha de su publicación, en investigar las trayectorias entre el estrés subjetivo y la inmunidad durante la recuperación de un factor estresante mayor como lo es el cáncer. El estudio probó que la mejora en estrés subjetivo (percepción cuantificada de la sensación de imprevisibilidad y falta de control, impotencia y desbordamiento) durante el periodo de seguimiento correspondía con la mejoría en la inmunidad (calculada por la cuantificación de las células inmunitarias, la toxicidad de las células NK, y la respuesta blastogénica a las PHA o fitohemaglutinina y concanavalina A (*ConA*)). Los análisis de seguimiento probaron que la mejora en la inmunidad estaba influenciada por la mejora en el estrés subjetivo, pero no estaba directamente influenciada por la disminución de aspectos estresantes como el agotamiento. Esos fascinantes resultados pueden ser interpretados en el contexto de los estudios experimentales que intentan alterar el nivel de estrés y inmunidad en los muestreos “estresados”, predicando que una intervención preventiva o que minimiza el pico de estrés subjetivo, seguidamente a una enfermedad devastadora como puede llegar a serlo el cáncer, sería más efectiva para el impacto en la inmunología (*T cells blastogenesis*); así que las intervenciones antes o durante el periodo estresante dan mejores resultados que la intervención cuando el estrés ya se haya acabado. En este contexto de necesidad de apoyo socioafectivo a las mujeres, durante los procesos de intervención, antes, durante y después del tratamiento, es pertinente la implementación de estrategias psicosociales de conducta comunicativa a nivel relacional (profesional/paciente) y de intervención grupal (Carrato Mena, 2007).

Para encuadrar la intervención psicosocial oncológica, es necesario precisar que cada paciente de cáncer es un mundo aparte, de modo que no se puede comparar el proceso por el que pueden pasar dos personas que sufren un mismo diagnóstico clínico, porque sus síntomas, sus reacciones a los tratamientos, y su evolución seguirán un curso distinto. Dependen de una multitud de factores como la cualidad del tumor, el organismo del paciente, sus reacciones psíquicas, sus ganas de vivir, su inmunología, el apoyo que recibe y una multitud de variables a veces difíciles de controlar, pero que no deben llegar a ser manifestaciones degenerativas.

El Dr. Germá Lluch, jefe del servicio de oncología médica del Hospital General de Cataluña, dice que incluso frente a dos tumores exactamente iguales, descubiertos en un estadio idéntico, las diferencias bio-psico-inmunológicas de los cuerpos en que anidan hacen que su comportamiento pueda ser completamente diferente (Germá Lluch, 2007). Del mismo modo que cada paciente es un mundo, Germá Lluch afirma que la respuesta del cuerpo médico a cada paciente también es un mundo aparte. Sostiene convencido

que la medicina personalizada comienza con la primera visita del enfermo, cuando surge la decisión crucial y tan difícil en muchas ocasiones de decidir arriesgar la vida en aras de un tratamiento menos radical que permita al paciente conservar la voz, la vejiga o el recto. Porque hoy en día, quien tiene la última palabra es el propio paciente, aunque su médico esté para asesorarlo, y para poner todos los medios en conseguir los mejores resultados posibles. Germá Lluch lamenta que la medicina personalizada esté reducida sorprendentemente a aquella que procura administrar al enfermo fármacos diseñados contra una diana biológica que posee el tumor, con el objetivo primordial de inducir la respuesta del cáncer sin dañar las células sanas del paciente. Para él, la medicina personalizada posee un sentido más amplio, ya que personalizar es tratar a cada paciente como un ser humano integral, con los matices que le otorgan su esencia.

En esta línea de consideraciones, el Dr. Pere Gascón, director del Servicio de Oncología Médica y coordinador científico del Instituto Clínico de enfermedades hemato-oncológicas (ICMHO) del Hospital Clínico de Barcelona, opina (Roustan, 2008b) que las personas que han sido afectadas un día por el cáncer no dejan de ser una población de alto riesgo cuando superan las enfermedad. Un oncólogo en nuestro país llegará a seguir a su paciente afectada de cáncer de mama durante 10 años; entonces a nivel oncológico España es un país *moderno*, pero a nivel psicológico las cosas no van por el mismo sendero. La psicooncología forma parte del tratamiento integral y personalizado del paciente pero, a pesar de la conciencia de ello entre los oncólogos, faltan recursos de todo tipo para implementarla. El papel del psicooncólogo, afirma, es un soporte necesario para que el enfermo no haga una ruptura con la sociedad y que siga con su vida como un lugar habitable y válido en lugar de colocarse en un paréntesis. Los efectos físicos afectan a los psíquicos y hacen que el paciente se meta en un hoyo del cual es difícil recuperarlo. A veces el paciente está tan mal que hasta el mismo oncólogo, sin ser psicólogo, se da cuenta de su mal estar y lo manda al psicólogo, pero hay muchas depresiones más discretas en su manifestación que pasan desapercibidas, y que dificultan la adherencia al tratamiento o a la cura.

El grueso de los estudios oncológicos está de acuerdo en que nos tenemos que concienciar de la importancia de “vivir sano”, siendo esta condición la única vacuna contra esta temida enfermedad. “Vivir sano” no es sólo dejar de fumar, sino mantener una dieta equilibrada, hacer ejercicios físicos, protegerse de los rayos solares, y evitar los factores de riesgo reconocidos, pero también implica vivir una vida psíquica poco turbulenta y con poco sufrimiento, o si es inevitable, al menos otorgarle algún significado; son aspectos a tener en cuenta para encuadrar la intervención psicosocial oncológica: Ya que no podemos elegir las avenidas de nuestras vidas, podemos aprender a escoger los mejores caminos para afrontar sus piedras; y por el lado del profesional, apostar por el estudio y la búsqueda de lo que hay de particular en cada sujeto, que usualmente es impredecible pero que se manifiesta.

El Dr. David Servan Schreiber, neurólogo de origen francés, psiquiatra e investigador en EEUU (Pittsburg), tuvo un tumor cerebral a los 30 años y dedicó los 15 años siguientes de su vida a investigar los factores que fortalecen el organismo contra el cáncer. Servan Schreiber (2008) propone cultivar una “mente anti-cáncer”. Sus estudios parten de la observación sistemática de sus pacientes y del análisis de sus relatos; prestando su escucha percató la presencia de recuerdos de infortunio que los estuvieron consumiendo durante un período más o menos largo, particularmente cargado de estrés, antes de recibir el diagnóstico confirmatorio de la enfermedad. Aunque, como explica

Servan Schreiber (2004) en un estudio anterior, esas situaciones estresantes no causan necesariamente un cáncer, sí que parecen estar relacionadas con un desarrollo más rápido de la enfermedad.

Como buen resiliente, Servan Schreiber postula desde una mirada pedagógica: “si ya se nos ha diagnosticado un cáncer, tenemos la oportunidad de aprender a vivir de otra forma, sabiendo que eso nos ayudará a recuperarnos” (Servan Schreiber, 2008, p. 219). En concreto, propone cuatro objetivos básicos: 1- Aprender a protegernos de los desequilibrios medioambientales que propician la actual epidemia de cáncer. 2- Ajustar nuestra alimentación con el fin de reducir el consumo de sustancias cancerígenas, y añadir el mayor número posible de las sustancias fitoquímicas que combaten activamente los tumores. 3- Comprender y sanar las heridas psicológicas que refuerzan los mecanismos biológicos del cáncer y 4- Crear una nueva relación con nuestro propio cuerpo, que estimula el sistema inmunológico y que reduce la inflamación que hace que crezcan los tumores (Servan Schreiber, 2008, pp. 23-24).

Servan Schreiber sostiene que a menudo es la propia enfermedad la que nos lleva a aprovechar mejor los recursos de nuestro cuerpo. Frente a la imagen de que el cáncer representa una amenaza tal que nos ciega, cabe admitir que la enfermedad también posee un potencial creador, mezclando el peligro con la oportunidad, pilares de un concepto de crisis con crecimiento positivo. Así pues, junto con el aprendizaje de las conductas de autocuidado, la atención terapéutica psicosocial va contribuir a liberar los propios recursos afectivos, cognitivos y pragmáticos (Antoni y Goodkin, 1988, Grossarth-Maticsek, Eysenck et al., 2000), cuyos efectos positivos, con pacientes de cáncer de mama, han sido probados en estudios experimentales (Yalom, 2000, Keicolt y Glaser, 1992).

0.2. La intervención grupal

En este encuadre personalizador del sufrimiento-tratamiento y potenciador de la capacidad de lucha contra la enfermedad, las intervenciones grupales con enfermos de cáncer han demostrado que la terapia de grupo, con lo que ofrece de apoyo interpersonal y de permisividad de manifestar emociones, estimula la función inmunitaria del paciente y prolonga su vida (Antoni y Goodkin, 1988; Pert, 1999; Imai et al., 2000; Spiegel, 2007; Ginsburg, K. et al., 2008; Servan-Schreiber, 2008;). Además, Irvin Yalom, el terapeuta grupal padre de los “factores terapéuticos”, llevó grupos de pacientes con metástasis de cáncer de mama y publicó los increíbles resultados de sus grupos: vivieron el doble de tiempo que las mujeres de los grupos control (Yalom & Greaves, 1977). Aunque este optimismo debe ser relativizado cuando se trata de relacionar la intervención psicológica con la supervivencia, lo cierto es que los beneficios psicosociales son reconocidos por los profesionales (Goodwin, 2004).

Se dispone de diferentes vías de intervención grupal con líder profesional, practicadas con enfermos de cáncer: la terapia de grupo y los grupos de apoyo (Massie, Holland y Straker, 1989). La diferencia más importante reside en que la terapia de grupo se centra en las experiencias afectivas de los pacientes, mientras que los grupos de apoyo se centran en los efectos de la enfermedad. La segunda discrepancia consiste en que las

terapias ponen en cuestión los mecanismos de defensa nocivos o inútiles de los miembros y los interpretan, y por el contrario, los grupos clásicos de apoyo refuerzan y apoyan las defensas. El tercer punto de diferencia radica en que en los grupos terapéuticos hay una apertura hacia temas existenciales y un permiso para exponer desacuerdos, centrándose así en las experiencias afectivas y facilitando la catarsis, y sin embargo en los de apoyo se evita el desacuerdo dentro del grupo y se potencian las actitudes de enfrentamiento hacia la enfermedad. El cuarto punto llega desde el lado del terapeuta grupal, quien en el grupo terapéutico interviene con comentarios y dirige al grupo hacia los temas emocionales que los pacientes evitan, mientras que el conductor de grupo de apoyo permite que los miembros establezcan el tono emocional del grupo.

Existen otras iniciativas como la utilización de los grupos de presión, *Dynamic Pressure for Growth*, que propone el profesor Gascón (Roustan, 2008b). Los grupos de *lobbying*, o grupos de presión, conocidos por su uso en políticas sociales, están orientados a la consecución de objetivos sociales. *To lob*, significa dirigir, provocar una respuesta. Gascón explica que los enfermos en un grupo son un espectro de la sociedad: todo el mundo es igual ante la enfermedad que es democrática por definición, así que en un grupo de enfermos de cáncer de mama por ejemplo, todos los estratos de la sociedad pueden estar representados. Un grupo de presión pretende velar por los intereses del propio grupo; ese percibe sus propias necesidades, les pone voz, y aprende a movilizar recursos para conseguir su satisfacción. Si se suman las energías de los participantes, hay más probabilidad que se acepte lo que piden, sea una ayuda en recursos, en asistencia o lo que sea, incluso necesidades psíquicas. Cuando se forma un grupo de presión, no se pretende especificar de antemano las necesidades que surgirán en el mismo; esas emergen por la naturaleza de los intercambios en función de la actividad del mismo grupo y de las condiciones de vida de sus participantes.

0.3. La apuesta por GAFA (Grupo Analítico-Formación-Apoyo)

Stella Maris Maruso (2008), terapeuta en psico-neuro-endocrino-inmunología, habla de una tercera revolución de la medicina cuando dice que la “remisión” es un efecto colateral en enfermos que han abrazado las fuerzas de la salud, la vida, y que han dado este abrazo sintiendo que la enfermedad enriquece su vida y que morir no es un castigo, ampliando el círculo de lo que les importa, liberándose de su historia pasada y del temor por la futura.

¿Pero, qué pasa con los “curados”? Los pacientes que se curan del cáncer se encuentran desembarazados de un diagnóstico pero anublados de un pronóstico incierto, dónde domina la sensación de cansancio, y lo que es peor, la creencia venenosa y depresora del sistema inmunológico de que estarán sumisos a su angustia, su miedo y a veces la desesperanza, la rabia, la soledad, culpa y otras emociones bioquímicas que no favorecen su proceso de salud.

El Dr. Josep Baselga, jefe de servicio y catedrático del Hospital Vall d’ Hebron, en el *Magazine* del diario *La Vanguardia* (13 de abril del 2008, p. 46); dice: “Es como los soldados que vienen del frente vivos, pero heridos. Hemos estado tan obsesionados en curar el cáncer, que hemos olvidado la vida de los que se curan. Hace falta un estudio sistemático de las problemáticas del superviviente para poder ayudarle, porque su

propio historial oncológico asusta al ya sobrecargado médico de primaria. (...) ...los pacientes oncológicos que acaban el tratamiento se encuentran desprotegidos porque les han dado de alta y se piensa que tienen que estar agradecidos por estar vivos, pero continúan con graves problemas psicológicos, cognitivos, sexuales y muchos síntomas residuales”. Se deduce, por tanto, que la mujer superviviente percibe con mayor o menor claridad que le faltan recursos para hacer frente a los problemas señalados. Como señala Bayés (2009), si persiste la amenaza y disminuye la expectativa de poder para hacer algo para salvar la situación, se genera sufrimiento.

A la luz de esta descripción, la comunicación intra y interpsíquica, alias psicoanalítica, una de las tres apuestas de GAFA que atiende a la singularidad del sujeto, es necesaria para cruzar fronteras bloqueadas; efectivamente, uno de los paradigmas sobre el cual descansa GAFA es el psicoanalítico que procura dar con las claves de lo que causa sufrimiento, y procura encontrar una solución propia satisfactoria y que no sea una simple adaptación. La vertiente analítica buscará no solamente los sentidos ocultos del sufrimiento, sino igualmente dónde radica la satisfacción y, para despejar el camino obturado por las quejas, busca utilizar las fuerzas del amor y del odio para generar una energía positiva de crecimiento. Sin embargo habrá que contar como han demostrado De Maré y sus colaboradores (1991), que en los grupos con supervivientes de cáncer se puede generar odio debido a la frustración que los pacientes experimentan; ese odio se basa en la amenaza narcisista y en la constatación de que el equilibrio psíquico se encuentra en peligro, y está enfrentado a la imposibilidad de alimentar sus fantasías o sostenerlas mediante los demás miembros. Sin embargo, ese odio sirve de herramienta para desencadenar los intercambios verbales, para contenerlo y convertirlo en comunicación, clarificando sus causas intrapsíquicas y produciendo un cambio positivo. La consecución de esos efectos exige poder contar con la competencia del terapeuta de grupo convenientemente entrenado en los campos de la escucha activa, la facilitación de la participación, la alimentación relacional, y el análisis profundo del sufrimiento manifiesto o enmascarado.

Frente al odio habrá que contar con el papel del amor en los grupos con mujeres supervivientes de cáncer de mama. Amar y trabajar, los dos criterios que nos dejó en herencia Freud respecto a la evolución de una cura, no son siempre suficientes aunque sean bastante tranquilizadores. En el seminario sobre las formaciones del inconsciente, Lacan (1999) recuerda su teoría sobre este complejo concepto del amor: **es el don de lo que no se tiene**. Su perspectiva entonces se inscribe sobre lo incondicional de la demanda y eso refleja un punto de vista muy pragmático del amor. El amor, que se dirige al saber, puede llenar el campo del ser.

Los males de amor, *maladies d'amour*, están en la retaguardia de muchas patologías somáticas y mentales. Un fallo en el amor recibido, un agujero en la función del más profundo y misterioso de los sentimientos, produce un cortocircuito entre los registros de la necesidad, la demanda y el deseo, cuyo resultado puede ser tanto una respuesta física como una tentativa sintomática de restaurar la articulación entre esos registros. Los malentendidos amorosos cobran sentido si entendemos el malentendido fundamental entre una demanda que grita y una oreja sorda que no la escucha; peor aún, de aquella sordera sale a gritar otra demanda, la suya propia, la cual por supuesto también será cortocircuitada. Deseo, pulsión y amor son tres puntos lacanianos en juego, pero a su vez también sacuden muchos organismos como causas de males. Las heridas afectivas y desamores generan una especie de absceso psicológico que el cerebro

intenta aislar y esquivar pero a veces en vano, provocando lo que llama Punset (2007) un refuerzo vital contrario.

De ello proviene la complejidad extrema del amor así como su grandeza. Las pasiones pueden ser simples; pero el amor es el punto donde se encuentran y coinciden los sentimientos más inconciliables: el placer y el dolor, la ternura y la crueldad, la sinceridad y la mentira, el egoísmo y el altruismo, la exaltación de la vida y el miedo a la nada. Todo en el amor es desproporción. ¿Cómo explicar esos contrastes sin perderse en el intento? El deseo por sí solo no puede dar cuenta de toda la trágica fuerza de la pasión, y para augurar una buena respuesta hay que conjugar los tres elementos. En *Al principio estaba el amor*, Lacan (2001) ratifica que en la relación analítica, lo que le falta al sujeto, lo aprenderá amando. La transferencia que se da en la relación analítica grupal pone en juego al amor al haber introducido su ambivalencia, y sus elementos juegan tanto entre sus miembros como con el terapeuta-analista. GAFA apuesta por abordar la clínica desde los síntomas individuales y no desde el trastorno general que los agrupa.

El espíritu de ayuda que da vida al método de intervención grupal observado realiza el segundo paradigma de apuesta de GAFA, el de ayuda social, y sienta sus raíces en el llamado nuevo altruismo, término acuñado por Ornstein y Sobel (1999) que, en materia de odio/amor o de sufrimiento/felicidad, nos convierten en personas dialógicas, alter-céntricas, comprometidas con la realidad del otro, es decir, con el valor de felicidad que tiene la vida de cada persona y su necesaria auto-estima. Rojas (Rojas y Fuster, 2008), ratifica el concepto de altruismo voluntario explicando que cada día más, se acumulan datos científicos que demuestran que esas tendencias altruistas están programadas en nuestro equipaje genético y alimentan el motor imparable de la evolución; Yalom y Greaves (1977) enfatizaron el valor de los factores curativos del altruismo, la catarsis, la cohesión grupal, la universalidad y los factores existenciales. GAFA adquiere una resonancia de ayuda fomentando la reciprocidad en el dar y recibir, la escucha, el diálogo y la estima social que amortigua la soledad en la cual normalmente se sumergen los pacientes y contribuye a la supervivencia del grupo.

Las reuniones GAFA apuestan por el tercer paradigma, el de formación psicoeducativa, y pretenden contribuir a que las mujeres supervivientes descubran y tomen conciencia de sus fortalezas y posibilidades, basadas en lo que tienen y pueden hacer en el aquí y ahora, al tiempo que la individualidad de cada una de ellas pone al descubierto sus debilidades, incertidumbres, encrucijadas y desánimos. Esta formación psicoeducativa incluye el aprendizaje vicario de las demás participantes y la ganancia en resiliencia y perspectivas de futuro.

0.4. Objetivos de GAFA y planificación del trabajo

La puesta en común del sufrimiento y la esperanza, relacionados con el diagnóstico, tratamiento y superación de la enfermedad, la evolución de la ayuda que la situación grupal genera a través de la escucha, la sensibilidad social, el *feedback* acumulativo, el *insight* de las representaciones, son los aspectos que van a ser observados como un tipo de conversación grupal que interesa describir, tanto desde un punto de vista del

contenido como de la relación, y evaluar algunos de sus efectos desde la perspectiva de los participantes y de la terapeuta.

En concreto, el objeto de estudio será el proceso de interacción comunicativa en las reuniones. El objetivo general o propósito consiste en explorar la generación de ayuda (niveles personal, interpersonal y grupal) a partir de las experiencias compartidas sobre el diagnóstico, tratamiento y superación del cáncer de mama. La hipótesis exploratoria que dio vida a nuestro trabajo es averiguar si existe relación entre la expresión, directa o indirecta, de malestar y la generación de un estilo dialógico acorde con los beneficios terapéuticos y educativos perseguidos. Los objetivos específicos referidos a la construcción del marco conceptual y su análisis empírico son:

- 1-Revisar el uso terapéutico de la comunicación grupal con pacientes de cáncer, y reunir en una visión de conjunto los parámetros estructurales y funcionales que conforman prácticas profesionales y son objeto de investigación.
- 2-Desarrollar el concepto de Grupo-Analítico-Formación-Apoyo (GAFA).
- 3-Proponer el protocolo de intervención GAFA para pacientes de cáncer de mama en fase de superación.
- 4-Justificar la elección metodológica, observación sistemática de la interacción oral, y elaborar el plan empírico de acuerdo con las fases y las reglas de la metodología observacional.
- 5-Analizar el proceso de comunicación de ayuda interactiva, y evaluar la experiencia de implicación desde el punto de vista de los “actores” implicados: participantes y psicoterapeuta.
- 6-Extraer conclusiones descriptivas y optimizadoras de la práctica profesional observada en su primera edición.
- 7-Plantear GAFA como línea de investigación.

De acuerdo con los objetivos señalados, el trabajo se divide en dos partes íntimamente relacionadas: **la primera es la parte conceptual**, dividida en tres capítulos: El primer capítulo revisa los métodos grupales en general y en particular los aplicados a los pacientes de cáncer; el segundo capítulo define los tres referentes de nuestro método: el analítico, el formativo y el social, y recoge el vértice de ayuda que se genera de los tres. El tercer capítulo es el protocolo GAFA, dónde se presentan nuestros objetivos generales de trabajo, el modelo de comunicación que utilizamos y los aspectos técnicos y profesionales del grupo. **La segunda parte de la investigación es el estudio empírico**. Incluye 5 capítulos: el capítulo 4 presenta y justifica la metodología utilizada, desglosa los objetivos generales y específicos y presenta el diseño seleccionado. El capítulo 5 explica el método aplicado, los instrumentos, el procedimiento y acaba con los métodos de análisis utilizados. El capítulo 6 calcula y expone los resultados empíricos, y discute los mismos en base a la teoría. El capítulo 7 responde a los resultados valorativos de las participantes y de la terapeuta-analista que comparten sus evaluaciones de la experiencia. Para acabar, el capítulo 8 concluye el trabajo y propone algunas propuestas futuras.

Como el material es muy extenso, se eligió agrupar la guía o manual de codificación, la historia relatada del grupo, el material transcrito, las codificaciones de las sesiones impares, las tablas descriptivas, el cuadernillo de trabajo entregado a las participantes, la ficha de la entrevista previa, y la hojas de permiso y protección de datos en **un anexo** a

parte, grabado en un CD que se adjunta a la tesis. Se entrega además, la *separata* “Manual de codificación GAFA” para facilitar la lectura de la parte empírica.

PRIMERA PARTE: CONCEPTUALIZACIÓN

Capítulo 1

1. Revisión de los métodos de grupo en el campo de intervención con pacientes de cáncer

Las modalidades de terapia de grupo se han multiplicado y diversificado desde la segunda mitad del siglo pasado, incorporando variables corporales, como ejercicios o *rol-playing*, y variables energéticas, como el Orgón, la meditación, la confrontación y la sugestión. Y, a día de hoy, debemos añadir las nuevas posibilidades de la terapia online (Vaimberg, 2010). Mirando al pasado, diversas corrientes influyeron sobre las terapias de grupo, desde el psicoanálisis, el psicodrama o los grupos rogerianos de encuentros, pasando por los grupos existencialistas, los grupos del *hic et nunc* (aquí y ahora), los de la *ecceidad* (presente vivo), hasta los movimientos de *training*. La terapia también se interesó por el lenguaje corporal bioenergético y los grupos de tratamiento institucionales. Por lo tanto, intentar clasificar todas las modalidades de grupo trascendería del límite del presente trabajo, pero como preámbulo es necesario exponer ciertos puntos importantes acerca del tipo de grupo que se utilizará con personas afectadas por el cáncer. No obstante y pese a la diversificación, por lo general, se tiende a inducir a que el paciente participe activamente en el tratamiento, frente a la pasividad de la clásica camilla de la consulta médica.

1.1. Los grupos terapéuticos

A pesar de sus trabajos sobre las masas, Freud no realizó sugerencias en cuanto a la eventualidad de una terapia de grupo. Para él, los jefes de las masas representarían el ideal del yo, mientras los miembros constitutivos sometidos al jefe-padre sublimarían las pulsiones de su libido haciendo tareas sociales y trabajando para la cohesión del grupo.

A finales de los años veinte, Trigant Burrow se interesó por la aplicación del psicoanálisis individual a grupos reducidos. Su método, que él bautizó *group analysis*, consistía en animar a los pacientes a analizar sus relaciones mutuas en términos de interacciones inmediatas más que en relación con su historia personal (Guimón, 2003).

El abordaje científico psicosocial de las dinámicas de grupo fue brindado por Lewin. En varios trabajos a lo largo de la década de 1940, Lewin insistió en deducir leyes inherentes a la vida grupal mediante la observación estricta de la misma. Lewin saca a la luz factores diversos como el liderazgo, las redes de comunicación, las características grupales, la competición y la cooperación, y delinea los efectos grupales sobre un miembro aislado (Munich, 1998).

Estas observaciones suscitaron un cierto interés, pero fue a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando la atención se volcó en las terapias de grupo. Efectivamente, durante la segunda mitad del siglo, la aparición de comunidades terapéuticas como eventos de psiquiatría social recalca la importancia de la comunicación y de las relaciones interpersonales, y brinda a los pacientes la posibilidad de participar en su propio cambio.

En el Reino Unido se desarrollaron tres experiencias comunitarias pioneras. Dos de ellas fueron en Northfield: la primera corrió a cargo de Bion y Rickman, y la segunda fue llevada a cabo por Foulkes con Main y Bridger; de hecho, el término «comunidad terapéutica» fue propuesto por Main. La tercera tuvo lugar en el *Mill Hill Neurosis Center* y fue conducida por Jones. El objetivo era demostrar que el potencial terapéutico del grupo no provenía del hecho de hacer resurgir material del pasado, sino de la resolución explícita de la dinámica intragrupal mediante la experiencia del *hic et nunc*. Esta permite al individuo explorar el impacto de su comportamiento sobre los demás y modificar sus relaciones en tiempo real (Guimón, 2003).

Uno de los pioneros de la terapia de grupo, Wilfred Bion, paciente de Klein, propuso ideas muy innovadoras en el hospital militar de Northfield y en la clínica Tavistock de Londres (Bion, 1979). Bajo la influencia de las teorías de psicología social que Kurt Lewin enunció en 1935, Bion organizó grupos sin líder en los años cuarenta. Su trabajo germinal aclaró los procesos de ambivalencia de cada miembro del grupo hacia los demás participantes y hacia el conductor –el «terrible padre primitivo», según la celebre denominación freudiana–. Bion opinaba que esa índole ambivalente es producto de la regresión de los miembros cuando se ven amenazados por la pérdida de su individualidad en el seno del grupo. Bion postulaba supuestos básicos grupales como la evolución grupal. Cualquier grupo para este psiquiatra pasa por fases evolutivas que se inician con un estado “protomental” dónde el grupo muestra una unión entre lo biológico y lo mental, y dónde un pensamiento mental acaba siendo representado verbalmente o de alguna u otra manera. A continuación vienen las fases de dependencia, de emparejamiento, de ataque fuga (*flight or fight*) y de fusión. El grupo pasa a ser un continente que integra y transforma los elementos Alfa no metabolizados en elementos Beta accesibles a la mente. Para él, la definición de la terapia de grupo tiene dos vertientes: puede referirse al tratamiento de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas, o al esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa.

Otro pionero grupal de origen psicoanalítico fue Foulkes, quien reconoció y utilizó la naturaleza esencialmente social del ser humano, y aportó su experiencia con grupos pequeños para iniciar la aplicación de la psicoterapia de grupo en las instituciones mediante su técnica, que, igual que Burrow, denominó *group analysis*. La definición que da a dicha técnica es la siguiente: «Es el análisis del grupo hecho en conjunto por el grupo y por el conductor» (Foulkes, 1975). Su concepto teórico más original es el de la matriz grupal, esto es: cualquier espíritu individual no es más que una especie de ilusión o una consecuencia derivada del diálogo entre dos o más miembros del grupo. Para Foulkes, la enfermedad psíquica proviene de una perturbación en la comunicación y de un apego excesivo a la familia. Foulkes dejó en herencia una herramienta grupal muy útil con personas tanto sanas como enfermas: el *setting*. El marco o *setting* que se establece en el grupo proporciona un entramado dentro del cual cada miembro puede descubrir y elaborar las incompatibilidades provenientes de su grupo de origen (la

familia, básicamente) que se han ido repitiendo. El grupo sostiene esas percepciones en una atmósfera de realidad realzada por la transferencia, que permite no sólo verlas, sino revisarlas y también modificarlas. Es una nueva experiencia adaptada a la realidad del día a día, y permite que cada miembro del grupo la pueda utilizar según su necesidad, en un momento dado y durante el contexto particular en el cual se encuentre, sea en su vida privada, sea en el contexto grupal.

La experiencia británica tuvo una resonancia internacional importante y estuvo a la raíz de la formación de muchos psiquiatras y terapeutas de grupo.

En Francia se dio a los abordajes terapéuticos grupales el nombre de psicoterapia institucional. La orientación era a la vez sociológica y psicoanalítica. Es importante resaltar que la interpretación psicoanalítica era raras veces formulada, ya que esta sólo interesaba al conductor del grupo.

La aventura grupal francesa está muy bien resumida por Guimón (2003) cuando presenta el trabajo de René Kaës quien acuñó el término de “grupalidad psíquica” (Kaes, 2000) y de Didier Anzieu con su “tópica proyectada” (Anzieu, 1999). Las hipótesis que estructuran los trabajos grupales en los años sesenta pueden ser resumidas en tres propuestas básicas:

- Primero, el grupo pequeño se considera en su valor de objeto psíquico, según la tesis de Pontalis formulada en 1963. El grupo es un objeto de investidura pulsional y de representaciones inconscientes.
- Segundo, el grupo es el medio y el lugar de la realización imaginaria de los deseos inconscientes infantiles o insatisfechos. Esta tesis de Anzieu, enunciada en 1966, propone un modelo grupal como entidad inteligible a partir del modelo del sueño, en el cual un contenido manifiesto deriva de unos contenidos latentes. Igual que en el sueño, los procesos primarios, camuflados por una fachada de procesos secundarios, son determinantes. Un «fantasma» subyace al debate que mantiene el grupo, y ese mismo debate es el escenario de proyección de tópicos internos. Como en el sueño o en el síntoma, el grupo es la asociación de un deseo inconsciente que busca su vía de realización imaginaria, así como la defensa contra la angustia que ello suscita. Anzieu afirma que un grupo posee su propia psicología, diferente de la de los miembros que lo componen; organizadores psíquicos inconscientes lo conducen –como, por ejemplo, la ilusión grupal, el grupo-boca, el grupo-máquina, la resistencia autodestructora–, los cuales son, a su vez, «fantasmas» que estructuran el imaginario grupal (Anzieu, 1999).
- Tercero, el grupo es el lugar de una realidad psíquica propia, producida, contenida, transformada y gestionada por un aparato psíquico grupal. Es el modelo de Kaës de 1970, que supone estructuras imaginarias inconscientes descritas como grupos internos, y que está centrado en las articulaciones entre el sujeto y el grupo, precisamente en los nudos que enlazan los efectos grupales con los efectos del inconsciente.

Otro trabajo muy fecundo, también en Francia, fue llevado a cabo por un seguidor de Rogers, Max Pagès, quien en 1968 tuvo el mérito de reconocer la presencia del afecto y

de la angustia en el grupo. Según su perspectiva, los miembros del grupo viven una experiencia intensa de comunión afectiva que les permite encontrar el vínculo original entre los seres humanos, porque cada miembro devuelve al grupo su experiencia emocional de una situación. Después de la angustia perseguidora que al principio emerge en un grupo, los participantes tienden a buscar la matriz protectora grupal como el seno materno (Pagès, 1977). Sin embargo, críticos ulteriores de su magnífico trabajo, como Pontalis y Anzieu, le reprochan que percibir la angustia grupal no es suficiente si no se percibe el fantasma que la subyace. Para ellos, la angustia emana fundamentalmente de la desintegración del yo ante los demás miembros presentes, aún desconocidos y preservados por la oscuridad de su anonimato. Pagès clasifica la angustia grupal en latente (cuando la conciencia de la separación está casi ausente); emoción (de pánico, frío, calor, etc.) y sentimiento (cuando el sufrimiento corporal se transforma en dolor moral). La angustia es un fenómeno inmediato y primario (Pagès *dixit*); sin embargo, junto al amor, constituye una experiencia de la unidad, no del conflicto. El grupo es el lugar de los fenómenos de relación, que son también primarios e inmediatos, como la angustia, y esos no se explican sino que se comprueban. La frágil frontera entre el rechazo del amor por miedo a la separación y la unión en la solidaridad constituye una ambivalencia muy delicada de llevar en el seno grupal.

En Norteamérica, la línea grupal tuvo un gran arranque con Trigant Burrow, miembro fundador de la Asociación Psicoanalista Americana, quién mostró desde el principio de su carrera un gran interés por la psicología experimental. Durante años se dedicó a la práctica clásica del psicoanálisis y mantuvo una correspondencia con Freud, pero en el año 1915 empezó a abandonar la práctica freudiana para dedicarse a la investigación científica de los factores sociales que están en el origen de las neurosis. Su método de estudio por excelencia era el grupo.

Otra figura grupal de referencia es Schutz (1989), sociólogo y filósofo austriaco de origen judío que llegó en 1939 a Estados Unidos, y cuyo nombre está asociado internacionalmente con la creación y difusión de los llamados grupos de encuentro, siendo uno de los padres de esa modalidad terapéutica. En el presente estudio, se utiliza a las ideas de Schutz para plasmar la valoración del terapeuta-analista (*Vid. Cap.7*).

Schutz comenzó a especular teóricamente sobre el ser humano y sus necesidades a partir de su celebre comentario *People need people*, convirtiéndose en un postulado básico de necesidades interpersonales, cuya insatisfacción genera en el organismo la misma sensación de ansiedad que la insatisfacción de una necesidad fisiológica.

Para ilustrar sus ideas, este investigador recurrió a metáforas espaciales delimitando tres zonas en las que se expresan las necesidades interpersonales: **la zona de inclusión, la de control, y la de afecto**. La primera insiste en la necesidad de ser considerado como significativo y válido para otras personas; es una necesidad de ser incluido sin ser despersonalizado por un grupo referencial en el que se busca la integración. La zona de control es como un territorio virtual en el que predomina la necesidad de ser reconocido por el otro como competente y responsable, y dónde puede llegar a darse una lucha por este reconocimiento hasta una posible aniquilación del otro. En cuanto a la tercera y última fase, la zona del afecto, es la que define la necesidad de amar y ser amado por el otro, suscitando en el otro un deseo que va desde el grado de iniciar una relación personal, o por el contrario, hasta el grado de no querer suscitar nada en él. Schutz (1989) propone que en la fase final se aborden los problemas residuales irresueltos,

procurando que la experiencia grupal sea metabolizada por los participantes de tal modo que no queden en ellos emociones residuales que se descargarían en otros ámbitos. También advierte que la frustración de un ciclo en la vida de un grupo suele producir inquietud generalizada y hasta inclusive tensiones corporales.

En América Latina, fue Jorge García Badaracco quien llevó a cabo las primeras experiencias relevantes con comunidades terapéuticas, trabajando con grupos multifamiliares. Dice García Badaracco (1999) que la repetición de experiencias de situaciones traumáticas produce la incorporación sucesiva de vínculos frustrantes, lo cual hará que el sadismo primitivo se exprese bajo forma de relaciones sadomasoquistas con los objetos introyectados. Esos vínculos internos patológicos devendrán patogénicos, ya que empobrecen el crecimiento yoico del sujeto. Añade que toda enfermedad mental sirve para neutralizar patológicamente una exigencia igualmente patológica.

Por lo que se refiere a nuestro país, a lo largo de los últimos treinta años **en España** se han hecho grandes esfuerzos para utilizar la psicoterapia dinámica grupal como un elemento esencial del tratamiento psiquiátrico. Guimón (2003) cualifica este acercamiento como «descafeinado», ya que si se observa el espíritu de las comunidades terapéuticas, se ve que la aplicación de la dinámica grupal ha sido a veces adoptada en dispositivos a medio camino o en unidades de cuidados diferentes. En Bilbao y en Barcelona, gracias a Guimón, Ayerra, Barenblitt, Sunyer y otros terapeutas grupales, tenemos la experiencia de trabajar con grupos en varios contextos distintos. Todos ellos ponen a disposición del paciente recursos y técnicas personales diferentes en marcos determinados. Se ponen en común significados distintos para que emerjan otros que están escondidos. Cito a Sunyer al respecto:

«En el preciso momento en que dos o mas personas se encuentran e inician una relación, comienza el encuentro entre varios universos. Universos cargados de relaciones con personas y situaciones, cargados de recuerdos acumulados y retenidos en la memoria y vinculados con afectos con los que esos recuerdos se nos hacen presentes, y universos de estructuras de relaciones, de comportamientos y conductas asociados que aluden a afectos variados en intensidad y color. Este universo no es una copia de la realidad, sino una representación de la misma que ha perdido su dimensión y ha quedado modificada, deformada por los afectos, y ha adquirido la entidad suficiente como para, como si de la inercia se tratase, dificultar la dirección del yo» (Sunyer, 2005, p. 114-115).

En el presente punto acudo a Lacan para precisar que justamente, en el amor, se ama al propio yo, pero al propio yo realizado a nivel imaginario. Es el fundamento del enamoramiento: la coincidencia del propio objeto con la imagen fundamental. Con Freud, el objeto amado es, mediante la captación que él opera sobre el sujeto, estrictamente equivalente al ideal del yo. Este ideal del yo (*Ich Ideal*) es lo que Lacan (1953) define en el *Seminario I* como el guía que dirige al sujeto. Estos puntos son importantes si miramos el funcionamiento de la terapia grupal y pretendemos su progreso, ya que cada miembro formará su propio ideal del yo, emergente, nuevo, a partir de una construcción de varios ideales de los demás miembros. El broche de oro sobre el tema nos lo da Sunyer (2005), quien afirma que el proceso de autonomización del paciente conlleva una reactualización de los planteamientos de las cosas, a pesar de haber tenido varios procesos de identificación, incluso con el propio conductor del grupo. Con los útiles de la identificación proyectiva, lee los trabajos de Ivey, Bradford y Morgan en 1997, y confirma que los pacientes acaban exponiendo las cosas según el lenguaje del conductor, en virtud de los procesos de identificación (p. 182). Por lo tanto, es necesaria la imposición de códigos éticos y la obligación de considerar todos los

elementos al alcance del terapeuta cada vez que está ante una situación conflictiva o simplemente difícil.

Dentro de este apartado que revisa los grupos terapéuticos cabe señalar la importancia del estadio del espejo en los grupos. El ser humano existe como sujeto si tiene la sensación de unidad de cuerpo y de psique. Muchos estudiosos del tema, como Dolto y Lacan, han demostrado la importancia de este estadio en la constitución del individuo social y grupal. Una situación grupal devuelve al individuo a una fase muy temprana de su desarrollo, cuando aún no estaba constituido como sujeto. Efectivamente, ante una pluralidad de personas distintas y desconocidas, el riesgo de desintegración primaria aumenta, y en cada miembro se despierta la angustia del yo perdido. Contribuye al tema Anzieu (1999) al decir que un grupo no se constituye como grupo si no procede a salir de esta etapa con éxito. Es el primer trabajo de grupo sobre el grupo. Los elementos de autorregulación existen en todos los grupos y funcionan bastante bien sin que estos tomen conciencia de aquellos. Aclara Anzieu que entre el grupo y la realidad, entre el grupo y sí mismo, hay algo más que una ecuación entre fuerzas reales. Existe primordialmente una relación imaginaria que explica los fenómenos y los procesos grupales. El grupo sería algo así como un espejo con múltiples facetas que devuelve una imagen de uno mismo deformada y repetida hasta el infinito. La situación grupal despierta esta imagen del cuerpo desintegrado, desmembrado. El «qué soy yo para el otro y qué quiere el otro de mí» son dos preguntas clave que emergen y reclaman una respuesta válida, o quizás varias.

1.2. Los grupos experienciales

La literatura sobre psicoterapia empezó durante la última década a agrupar las terapias centradas en el paciente como la de Rogers, con terapias de corte humanista como la terapia interpersonal, denominando esta agrupación terapias experienciales (Burlingame, Kapetanovic & Ross, 2005). Como lo explica su nombre, están enfocadas en la misma experiencia grupal, sea ésta clínica, educativa u de otro índole. Las mismas dimensiones que se utilizan en los demás grupos clasificados por los especialistas en terapia grupal siguen de vigor, así que esos mismos grupos se pueden categorizar según las 5 dimensiones delineadas por la ASGW, *Association for Specialists in Group Work*. (Waldo y Barman, 1998) y que son: los objetivos del grupo, sus procesos, sus miembros, su encuadre y el tipo de liderazgo. Miraremos más de cerca las dos vertientes de los grupos de experiencia:

a) **Los grupos de terapia no-directivas**, centrada en el cliente como la denominó en su origen Carl Roger en los años 40, está basada en la creencia de que cada persona tiene una tendencia innata para crecer y realizarse, una vez los obstáculos con los cuales tiene que lidiar desaparecen; a nivel terapéutico, eso implica que el desarrollo personal ocurre cuando las personas son capaces de dejar caer sus defensas personales, a veces patológicas o enfermizas; asegurando el clima adecuado o privilegiado para ello, la terapia y su conductor que es tradicionalmente muy poco activo en su liderazgo, tienen que proveer a los participantes con empatía, autenticidad y aprecio incondicional (Rogers, 1970). En realidad es una perspectiva de cambio que se dibuja en el horizonte más allá del propio individuo, es decir el grupo es la regla y la individualidad la

excepción: el ser humano experimenta la vida experimentando el grupo familiar y social en el cual crece y se desarrolla, y construye su identidad dentro de un grupo. Es el cambio de la persona “dentro” del grupo, por ello se denomina terapia centrada en la persona, pues concibe al otro en sus dimensiones relacionales y substanciales (Schmid, 2007), y se circunscribe en un marco dialógico.

b) La otra vertiente de los grupos de experiencia tiene su raíz en **las terapias orientadas hacia el proceso** cuyo pionero fue Sullivan, pero que se puso de moda de la mano de Yalom (1985). El modelo interpersonal que designó Yalom está basado en la idea de que las psicopatologías de las personas están inevitablemente reflejadas en sus relaciones interpersonales, así que si enfocamos las interacciones que se dan en un grupo, en el *hic i nunc* de la matriz grupal, los acontecimientos inmediatos de alguna sesión adquieren prioridad sobre los acontecimientos del pasado pero al mismo tiempo evocan a esos, o los traen al grupo de alguna manera u otra, y es el terapeuta que tiene que manejar este proceso mediante la interpretación. Así, que el grupo visto por Yalom es el primer vehículo de cambio, una célula poderosa como lo denomina él (1985). Entonces, mientras el terapeuta enfatiza y explora las interacciones interpersonales, facilita la retroalimentación, la catarsis, la auto-exposición y la adquisición de técnicas sociales.

1.3. Intervención con pacientes de cáncer

En el presente estudio revisamos las intervenciones psicológicas a nivel de prevención terciaria contra el cáncer, las que se llevan a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado, y cuya finalidad es tratar con el paciente, no con su enfermedad. Este acercamiento es un elemento constitutivo que requiere la integración de la dimensión psicosocial en oncología, el empleo de métodos de observación y de análisis, de recogida de datos y de intervenciones de profesionales especializados en este campo y que aportan la especificidad de su competencia clínica. El campo de la intervención psicosocial identifica igualmente la necesidad de seguir entrenando a profesionales y a investigadores, como lo recomendó el comité del instituto de medicina de Washington y el grupo cooperativo centro Europeo, quienes subrayan la importancia de incluir el cuidado psicosocial en el manejo multidisciplinario contra el cáncer, y de considerarlo un elemento inherente al cuidado oncológico (Goodwin, 2004).

En España, se observó un nítido incremento en las producciones científicas en el campo de la psicología oncológica a partir del año 90. Los contenidos de las publicaciones, mayoritariamente de corte conductista o social-existencial, están dedicados a intervenciones psicológicas, a reacciones emocionales, y a la conceptualización y evaluación de la calidad de vida del enfermo de cáncer (Guerra Viadero, 2003). Otros estudios revisados se dedican a la evaluación de necesidades psicosociales, la rehabilitación psicológica y social, así como al apoyo a familiares si los enfermos ingresan en cuidados paliativos. En cuanto al cáncer de mama, la mayor parte de los estudios abordan a la paciente en sus primeras fases de la enfermedad, cuando recibe el diagnóstico y los primeros tratamientos, y contemplan la facilitación de un tipo de control sobre la enfermedad y la orientación emocional de la paciente y/o de sus familiares. Por otra parte abundan los grupos de duelo y de cuidados paliativos que

apuntan a ayudar a soportar los síntomas físicos y a acompañar a la paciente y a sus familiares en la elaboración del duelo. Sin embargo, se encuentran menos estudios sobre las fases de supervivencia, cuando la paciente está dotada del alta médica, y que se encuentra enfrentada a reincorporarse a su vida habitual y a la dificultad de normalizarla después del tsunami cancerígeno y sus secuelas. La corriente normalmente en boga en las instituciones públicas es la conductista-cognitiva, superando en cantidad el dispositivo analítico, y quedándose este último en la retaguardia, es decir solo formando parte de la preparación clínica del profesional.

Bárez, Blasco y Fernández Castro (2003) revisan de una manera exhaustiva las terapias psicológicas en pacientes de cáncer y su eficacia, y las desglosan bajo el criterio de las fases de la evolución del cáncer en las cuales está inmerso el paciente. Esos autores resaltan que a pesar de la disparidad de enfoques, las intervenciones psicosociales en pacientes de cáncer durante los 10 años anteriores al estudio se han mostrado eficaces; la gran parte de las intervenciones revisadas provienen de un enfoque cognitivo-conductual, y las estrategias empleadas cuentan con el apoyo emocional, el informacional-educacional y el instrumental; dentro de este espectro resaltamos los trabajos grupales de Fawzi en los años 90 que combina el apoyo socio emocional con el educativo con pacientes en fases I y II (diagnóstico y tratamiento) de cáncer, y los estudios de Spiegel, con pacientes con cáncer de mama en estado avanzado, también en los 90; ambas intervenciones redujeron el nivel de alteración emocional y aumentaron el uso de estrategias de afrontamiento. Otros estudios grupales pero de corte únicamente social, realizados por Cella, Sarafian y Sridher en 1993, con pacientes en fases diversas de la enfermedad, obtuvieron una mejora en la calidad de vida; Samarel, Fawcett y Tulman, a finales de los 90 estudiaron la mejora de las relaciones interpersonales 8 semanas después de un tratamiento educativo y de apoyo social, y dedujeron que esas no se mantuvieron al finalizar la terapia, aunque se haya ganado en estatus funcional. Otro estudio de nuestro interés es el grupal socio-emocional realizado por Feigin en el 2000 y que probó una mejora en las relaciones familiares, y una bajada en los índices de alteración emocional añadido a una mayor espíritu de lucha.

En España, Font y Rodríguez (2004) han estudiado la eficacia de la terapia psicoeducativa grupal en cáncer de mama. La evaluación de la intervención psicoeducativa se alinea con el criterio de **calidad de vida**, tomado como baremo para medir la eficacia de una terapia psicoeducativa de 20 sesiones, de hora y media cada sesión, que incluye la enseñanza de una variedad de técnicas cognitivo-conductuales para reducir las dificultades emocionales derivadas del diagnóstico, facilitar la adaptación y mejorar la calidad de vida, siendo los factores psicológicos los que más contribuyen a su pérdida. (La terapia psicoeducativa que ofrecen trabaja los temas de ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad). La evaluación llevada a cabo por los autores comparó un grupo terapéutico con un grupo control y reveló un aumento en la calidad de vida, observándose una mejora significativa en las subescalas relativas a la calidad de vida, y que incluyen: los síntomas, las dificultades familiares y sociales, el malestar emocional y la valoración negativa del día; en cuanto a la subescala de dificultades en los hábitos cotidianos, los resultados no dieron un aumento significativo.

En cuanto a los grupos experienciales con pacientes afectadas de cáncer de mama, Keyton, Rose, Dennis y Kunkel (2005) informan sobre grupos de soporte que se encontraban con una frecuencia de una vez a la semana, y durante 8 semanas.

Analizaron el proceso de interacción que se dio en el grupo para llegar a leer el manejo del soporte social y leer el rol del conductor-terapeuta. En el marco experiencial grupal, esos autores revisan la literatura sobre los grupos de soporte social y subrayan las 4 tradiciones que clasifican esos grupos en 1. sociales, 2. mentales, 3. interpersonales y 4. basados en la intervención. El soporte social está expresado por los procesos de comunicación, y se refleja en el grupo en tanto que cada participante se siente lícito de sentir o pensar cosas que antes pudieran parecerle prohibidas, y llegar a expresarlas ante los demás sin perder su auto estima. Esos grupos provén una sensación de pertenencia necesaria cuando otros referentes se difuminan ante los miembros que atraviesan una crisis.

Kissane, Bloch, Miach, Smith, Seddon y Keks (1997) diseñaron y estudiaron una terapia grupal de corte cognitivo existencial con pacientes de cáncer de mama en fase primaria (diagnóstico y primeros tratamientos), y nos entregan técnicas y temas para su implantación; el grupo, creado para durar 6 meses, apunta a desarrollar en las pacientes unas habilidades de afrontamiento, mediante la enseñanza de la solución de problemas y la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos automáticos. Los autores intentan responder a una pregunta pivote: ¿Cuál modelo es el más apropiado para las fases respectivas de cáncer de mama? Eligen el modelo cognitivo existencial como propuesta y lo aplican a 7 grupos con 48 pacientes en fase primaria; los autores indexan 6 objetivos que comprenden el soporte ambiental, la gestión del enfado, la alteración de patrones mentales inadecuados, el aumento de la eficacia en la solución de problemas, la intensificación de la sensación de control y la capacidad de priorizar temas futuros. Sin adentrarse en temas psicodinámicos, los autores reflexionan sobre los resultados satisfactorios obtenidos y argumentan que el enfoque existencial, avalado por los procesos terapéuticos desarrollados por Yalom, permite que las pacientes hagan revisiones personales que les otorgue fortaleza para afrontar la vida con más confianza, y que les permite consolidar la comprensión de sus logros. Argumentan que indexar una dimensión existencial sin facilitar una herramienta de afrontamiento adaptativo quedaría pobre, y que las técnicas de aprendizaje desprovistas de la mira existencial que recoge las necesidades personales ofrecería un resultado a corto plazo.

Desde otra latitud, la de la supervivencia después de un cáncer de mama, varios estudios longitudinales debatieron la conveniencia de una intervención psicosocial para prolongar la vida después de un ataque cancerígeno. Los estudios pioneros fueron realizados por Spiegel en el 2002 y ofrecieron resultados afirmativos que fueron relativizados por otros estudios ulteriores (Goodwin, 2004). Kissane, Love, Hatton et al. (2004) revisaron exhaustivamente el efecto de las terapias cognitivas existenciales sobre la supervivencia en pacientes con cáncer de mama en sus dos primeras fases, y implantaron una terapia cognitiva existencial con 303 pacientes (154 asignadas a la terapia y 149 al grupo control). Las pacientes recibieron 20 sesiones grupales semanales más 3 sesiones de relajación, y fueron seguidas a los 6 y a los 12 meses; los resultados fueron definitivos: no se pudo demostrar que la terapia cognitivo-existencia alarga la vida, aunque sí, demostró resultados positivos respecto a la reducción de la ansiedad y respecto a la mejora en las relaciones interpersonales.

En las intervenciones terciarias o de oncología psicosocial tienen prioridad la peculiaridad de las circunstancias personales de los pacientes, su propia palabra, sus dificultades psicológicas, que no dependen directamente de un trastorno psicopatológico, sino las que han aparecido antes de la emergencia de la enfermedad o

bien que han sido engendradas por la misma. Entendiendo que los aspectos sociológicos y psíquicos asociados al cáncer son variados y subjetivos, resulta imprescindible contar con dispositivos de intervención que permitan recogerlos. Dispositivos en el sentido amplio con el objetivo de hacer frente a la necesidad de las pacientes en su dimensión social pero con su dimensión de singularidad. Siendo las relaciones comunicativas por definición, el campo operacional privilegiado es el grupo; permite indagar el entramado entre lo psicosocial (intersubjetivo) y lo psicodinámico (intrasubjetivo). El punto de encuentro es la práctica de la experiencia en el mismo grupo, laboratorio de trabajo e interacción, y de construcción de resiliencia, perspectivas de futuros y de conciencia interpersonal.

1.4. El lugar de la resiliencia, la perspectiva de futuro y la conciencia interpersonal en la intervención grupal con pacientes de cáncer

Como conceptos clave en nuestro trabajo se merecerán un apartado aparte en el capítulo 3, pero en estos momentos es pertinente presentar el lugar que tienen, bajo nuestra perspectiva, en la intervención grupal con pacientes de cáncer.

La resiliencia es la capacidad que desarrolla el ser humano para sobreponerse a tragedias y traumas, sin que quede particularmente marcado o sin que se le quiebre la psique. Esta resistencia que nace frente a la adversidad se puede ir adquiriendo, dado que no es un atributo con componente genético. Como dice Boris Cyrulnik, el neuropsiquiatra francés que divulgó este concepto en Europa, una infancia infeliz no determina la vida. Desde su abordaje neurocientífico, Cyrulnik (2007) ha probado que las personas resilientes –como él mismo que escapó del holocausto– poseen un gen que facilita el transporte de serotonina, el neurotransmisor por excelencia que lucha contra las emociones depresivas, afirmando que si la biología condiciona nuestras emociones, *no* las determina. Incluso, en su libro *De cuerpo y alma...*, Cyrulnik, (2007) afirma que para ser inteligentes debemos ser amados. Para reflejar sencillamente que la lucha entre la biología y el psicoanálisis no tiene sentido, recuerda que todo el mundo habrá sentido alguna vez cómo una conversación verbal puede llegar a hacer sufrir. Ese sufrimiento, este dolor punzante, se refleja en las imágenes cerebrales: efectivamente se colorea la misma área en las imágenes cerebrales si se tiene un dolor físico o si se recibe una mala noticia. Para cernir la resiliencia, dice que lo que nos hace felices es ganar a la infelicidad (entrevista publicada en *La Vanguardia* el martes, 13 de marzo de 2007). Desarrollar e incrementar la capacidad de resiliencia no es un mito: mediante las terapias se aprende a potenciar la capacidad de responder y a hacer frente al estímulo agresivo de una manera más efectiva. De hecho, curiosamente, la resiliencia y la salida de la terapia tienen el mismo significado: mirar los problemas como un desafío, evitar el victimismo, el sabotaje y las huellas somáticas.

Desde la mira del presente estudio, la respuesta al cáncer que se considera eficaz es la resiliente. El cáncer ha estado asociado tanto a la muerte como al sufrimiento, a la separación, a la fortaleza, al coraje y a la valentía. Por eso, intentar comprender y estudiar este componente resiliente está justificado. Hacer hincapié en las posibilidades de vincular la terapia a la resiliencia para formar una alianza terapéutica contra el cáncer y su recidiva es acorde a la lógica de la cura así como a la del inconsciente vital, y suele

ser gratificante. Ese desarrollo particular posibilita que cada miembro de un grupo pueda beneficiarse de su propia enfermedad, beneficiar al grupo en el cual está y también quizás beneficiar a su entorno sociofamiliar. Articular lo individual con lo colectivo es complejo, ya que se debe transitar por el terreno dificultoso de lo personal, por los sufrimientos del pasado y los del presente, por experiencias vitales anteriores, luchar contra las fuerzas irracionales o los movimientos conflictivos, cuestionar decisiones de la infancia, luchar contra los elementos destructivos, propios y de los demás, e invitar a los constructivos a que formen parte de nuestra vida.

Bayés (1991) propone como estrategia preventiva contra el cáncer un adiestramiento con tácticas para afrontar las situaciones estresantes, y reducir así la vulnerabilidad propia; sin embargo señala unos obstáculos para la puesta en marcha de programas eficaces de prevención del cáncer; esos obstáculos son:

- El carácter placentero, reforzante, real e inmediato de los estímulos carcinógenos.
- La dilatación temporal entre el estímulo carcinógeno y la aparición clínicamente detectable del cáncer.
- El hecho de que, mientras los estímulos carcinógenos proporcionan siempre o casi siempre una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer es sólo probable.

Ruiz et al. (1998) investigaron factores como el estilo de enfrentamiento resiliente y la depresión en pacientes con cáncer, y encontraron que las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas con el espíritu de lucha, mientras que las otras presentaban una cierta indefensión y desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo, o bien una aceptación estoica. En la misma línea, Ortiz Jáuregui (1997) considera que los individuos que utilizan estilos de enfrentamiento desadaptados, alias, no resilientes, se muestran más ansiosos, enfadados o deprimidos al afrontar la enfermedad, lo cual lleva a un mayor uso de analgésicos, a una menor resistencia corporal y a un aumento de síntomas. Por el contrario, un tipo de enfrentamiento resiliente se asocia a una recuperación más rápida.

Los grupos generan nuevas **perspectivas de futuro** por inercia y capacitan para emprender acciones solidarias; muchos participantes en grupos de autoayuda por ejemplo, se convierten en voluntarios sociales para otras personas que pasan por una situación similar. De hecho, muchas acciones solidarias se basan en esas cadenas y forman grupos de duelo, de agorafóbicos, de padres de niños hiperactivos, etc.

El *impasse* al cual nos somete un síntoma analítico a través del cáncer parece no tener salida; el cuerpo, bajo el ataque del carcinoma, deviene un cuerpo pulsional. La praxis de la terapia analítica propone tratar lo real del cuerpo con lo simbólico de la palabra, manejando un enfrentamiento al tejido del inconsciente, y contrastando con el tratamiento de lo real por lo real, como la quimioterapia, por ejemplo. Las perspectivas de futuro cambian y las coordinadas de la vida propia, sacudidas por la turbulencia del cáncer alborean desde otros axiomas.

Bárez, Blasco y Fernández Castro (2003) proponen un posible mecanismo común para las intervenciones, que puede conseguirse de forma directa o indirecta mediante el abanico de actuaciones que desarrolla el terapeuta en cargo, y que probablemente es

responsable, según esos autores, de la eficacia que pueda obtenerse mediante la terapia; este aspecto común es la inducción de sensación de control en el paciente, mecanismo avalado por investigaciones anteriores que demuestran la importancia de este factor en el manejo de varios trastornos, básicamente la ansiedad. Encauzar mejor el afrontamiento y los recursos personales ante situaciones amenazantes se basa en mostrar que, a través de unos recursos, se pueden controlar determinados resultados, otorgando a la persona un “juicio de control” (autores-*dixit*), que puede ser positivo cuando el sujeto considera que un agente puede lograr unos resultados, y nulo cuando cree que un resultado no puede conseguirse, porque no existe un agente capaz de desarrollar los medios que darán lugar a dicho resultado. La relación significativa positiva entre el juicio de control y el bienestar se ha obtenido en diversos trabajos, que han estudiado la relación entre diferentes constructos de control y variables psicológicas en relación con la evolución de la enfermedad. Los autores justifican su propuesta con criterios-componentes del juicio de control, que son: la autoeficacia y la información que reduce la impredecibilidad, ambas piedras angulares para la construcción de perspectivas de futuro.

Desde una mirada psicoeducativa, Font y Rodríguez (2004) explican como una terapia llega a facilitar la reflexión sobre la propia vida, convirtiéndose la enfermedad en un punto de inflexión y de aprendizaje para el futuro, para planificar u realizar cambios en un sentido positivo como por ejemplo mejorar la alimentación, controlar el estrés, y disfrutar más de las cosas que verdaderamente importan, haciendo que la persona se fortalezca para afrontar dificultades futuras.

Las perspectivas de futuro se desarrollan y se elaboran en el campo de la intersubjetividad, siendo el encuadre común para ello la alianza terapéutica, con las emociones y sentimientos implicados; Damasio (2007) señala que esos dependen de dos procesos básicos: 1) La visión de un determinado estado del cuerpo, yuxtapuesto al conjunto de imágenes disparadoras y evaluativas que lo causaron. 2) Unos determinados estilo y nivel de eficiencia del proceso cognitivo que acompañan a los acontecimientos descritos en la visión, pero que funcionan en paralelo.

Yllá, psiquiatra y terapeuta grupal, dice que el grupo es una zona «intermediaria» o «intermedia». (Ylla, 2007, p. 123). Explica que es intermedia porque se representan a la vez la regresión y la progresión, dos fenómenos representativos de la adolescencia, en tanto que un grupo terapéutico es muy parecido a la fase de vida adolescente. Todas las interacciones y todas las re-escenificaciones infantiles se establecen en esta zona intermedia entre el interior y exterior, haciendo del grupo una zona real e irreal, cuya principal utilidad estriba en establecer un objetivo asequible para el futuro inmediato, abortar perspectivas psicopatológicas o impedir el disparo de crisis evolutivas o de duelos. Una perspectiva seleccionada implica planificar y activar las motivaciones propias sectoriales, el descuido y la atención selectiva.

Para explicar el paralelismo entre un grupo terapéutico con miras a perspectivas de futuro y la adolescencia, etapa intermediaria, entendemos que constituyen un ángulo de inflexión en la andadura fluida de la vida, un periodo donde el protagonista es la pérdida de referencias internas, y en el que los compromisos y las decisiones sobre uno mismo tratan de formalizarse más firmemente. Es un periodo sensible, donde la imagen del ego que se está formando dependerá radicalmente, a nivel cultural, psíquico y afectivo, de lo adquirido durante el desarrollo anterior. Al mismo tiempo, la imagen aún tierna del ego

en formación está bajo la influencia del contexto que la rodea, y depende grandemente de las personas y de los encuentros fortuitos que se hacen. La persona en proceso de cambio en su futuro trata de sustituir el entorno familiar por otro social, para posibilitar una salida adaptativa y constructiva. La resolución positiva de este codo de la vida es fundamental, puesto que las decisiones que se toman para el futuro, y sobre todo las imágenes de uno mismo devienen la apuesta que irá formando el capital psíquico con el cual la persona afrontará la vida. Dicho de otro modo: el ser que se forma se encuentra bajo la influencia terapéutica, en el punto estratégico y vulnerable de aprender a ser resiliente o sumiso, de nadar entre olas violentas o de naufragar; es una pasarela, exactamente como lo es una terapia.

El lugar de **la conciencia interpersonal** en la intervención grupal con pacientes salidos victoriosos en sus cuerpos después de haber agotado un cáncer, la relación comunicativa es una forma de aprendizaje en empatía y prosocialidad, es decir, en dar y ayudar sin esperar nada a cambio, en recibir ayuda y aceptarla con humildad, y una ganancia a nivel vincular (Roche, 1998). La comunicación que se instala o bien su falta, incluso los silencios y los conflictos, la adherencia o la rebeldía contra las normas grupales implican un espíritu de colectividad y de integración, traducido en cohesión grupal, una dimensión de eficiencia grupal (Nielsen, Sundstrom y Halfhill, 2005). Todos los procesos grupales están vinculados a la comunicación, de un modo u otro; Frey y Sunwolf (2005) abordan 5 procesos de la comunicación que se dan en grupos y desenredan esta relación de ayuda en todos:

1- La comunicación y el desarrollo grupal: El desarrollo grupal está caracterizado por los cambios comunicativos que se dan en el; por ejemplo un grupo puede pasar de una fase de dependencia a una fase de lucha, o puede llegar a tomar decisiones y a tener acuerdos colectivos con más facilidad.

2- La comunicación y la relación entre los miembros: Se identifican procesos grupales como resultados de la relación comunicativa en un grupo, como por ejemplo un buen clima, cercanía psicológica, sensación de cohesión y satisfacción de necesidades socio-afectivas.

3- Comunicación y cumplimiento de las tareas: La relación comunicativa cumple con los criterios funcionales de identificar un problema, marcar objetivos, evaluar los aspectos positivos y negativos de las elecciones posibles, generar nuevas ideas como creatividad grupal, y para acabar, entrenarse en el poder de la influencia social.

4- La comunicación y el liderazgo: Los interactuantes aprenden a liderar el grupo y manejar el turno de palabra; se identifican con el conductor o bien quieren liderar el grupo. Esta relación comunicativa es un tipo de entrenamiento al poder.

5- Comunicación y el manejo del entorno exterior: Gracias a la relación comunicativa, los miembros de un grupo vinculan al mismo una atadura emocional normalmente simbólica, que deviene una manera de ser cómplice con el grupo frente al entorno exterior o a otros grupos de otras pertenencias.

Las 5 dimensiones presentadas testifican que la comunicación crea relación en la matriz grupal.

Spiegel y Diamond, citados por Keyton, Rose, Dennis y Kunkel (2005) argumentaron en el 2001 el beneficio de grupos experienciales basados en el intercambio del apoyo social, con el hecho de que permiten a personas afectadas de cáncer encontrar el acompañamiento en los demás miembros y beneficiarse con conexiones sociales que mitigan su soledad. Efectivamente, un grupo de soporte tiene por premisa que al sumar luchas individuales en contra del mismo tema (cáncer de mama), se multipliquen las fuerzas. Como lo dice Yalom (1985), parece ser que esos grupos posean un poder terapéutico inherente en la retroalimentación que se da, y que es mucho más potente que la unilineal que opera verticalmente desde el terapeuta hacia un solo miembro.

Bales y Cohen ponen de relieve tres dimensiones básicas: Dominancia/sumisión, amistad/enemistad, control emocional/expresividad para evaluar el comportamiento interpersonal en un grupo y el patrón interactivo que se forma (Keyton, 1995). Desarrollaron en 1979 el SYMLOG (*self analytical group facilitation technique*), que, además de constituir un sistema particularmente útil para revelar las polarizaciones tensionales que se dan, aporta información sobre las relaciones entre los miembros, y llega a ser de gran utilidad para un terapeuta para reajustar las relaciones interpersonales en su grupo a medida que conduce el proceso terapéutico. En línea con la satisfacción de necesidades interpersonales a través de la comunicación interactiva (Schutz, 1989; Izquierdo, 1996), cabe señalar como los intercambios dirigidos a crear relaciones de mutuo apoyo no se construyen al margen de un delicado juego de tensiones que el terapeuta debe leer en cada momento.

Por otra parte, la comunicación interpersonal llega a ser un instrumento de cambio mediante la internalización de estrategias conscientes para la autorreflexión, haciendo que el paciente se convierta paulatinamente en su propio analista. Gabbard (2003) lo explica afirmando que las relaciones suponen alterar las redes asociativas que posee el paciente, e identificar paradigmas prominentes de transferencia-contratransferencia.

Otras facetas de la conciencia interpersonal son el apego y la empatía, que permiten comprender porque un duelo psíquico como el provocado por el cáncer puede modificar los circuitos cerebrales y con ello provocar enfermedades orgánicas, observándose una caída de los linfocitos, y una producción de anticuerpos, motivando muchas alergias inexplicables. El aumento repentino del cortisol y las catecolaminas alerta la amígdala rinoencefálica que es su receptor privilegiado y que recibe la información como señal de peligro (Cyrułnik, 2007). Por excelencia, un grupo es una manifestación primaria de humanidad donde el ser social está en compañía de otros seres con quien comunica y con quien construye un apego o aprende a empatizar; por ello el fin de un tratamiento puede movilizar ansiedades que deben de ser elaboradas.

Ab aeterno y ad infinitum, cuando nace el ser aún incipiente, se estrena como ser social en una relación con otro. La caricia cálida de la mirada del otro lo introduce a su destino como individuo que comunica, que quiere ser interpelado, que se relaciona y que se vincula. En un mundo donde las personas pierden sus puntales y sus pilares devienen borrosos, la pasarela grupal se vislumbra como la única salida firme y segura para volver a focalizar las energías dispersas. En otras palabras, la terapia pretende ser esa estrella de David hasta que cada miembro de grupo, resiliente, vuelva a encontrar su camino, y salga de la crisis triunfante, es decir, habiendo aprendido algo positivo de ella.

1.5. Parámetros estructurales en los grupos terapéuticos y experienciales

Los parámetros que se indexan a continuación se aplican generalmente a todos los grupos revisados, siendo además elementos estructurales comunes a la mayoría de las modalidades de terapias grupales.

a) Tamaño del grupo

Según una revisión bibliográfica realizada por Salvendy (1998), el tamaño de los grupos terapéuticos puede variar entre 4 y 15 personas, aunque la mayoría de los profesionales grupales considera que el número ideal de pacientes en un grupo es 8. Lo importante no es tanto el número exacto como el hecho de que los miembros representen una variedad completa en términos de expresividad emocional y de naturaleza de los problemas. También hay que tener en cuenta la probable tasa de abandono. Al respecto, Salvendy apunta que los terapeutas noveles tienden a angustiarse ante el abandono de los miembros y a poner en cuestión su propia capacidad, además de tender a detener al paciente a cualquier precio. Estos esfuerzos raras veces tienen éxito y pueden minar la confianza del resto del grupo. Lo ideal sería animar a los restantes miembros a expresarse libremente respecto al abandono para permitir la elaboración de los distintos sentimientos que este haya suscitado. Añade que, a pesar de que los pacientes que se marchan parecen victimizados y enfadados, generalmente están afectados por el proceso. Cuando algún miembro tiene dificultad para abordar directamente un tema, tiende a representarlo (*acting-out*) en detrimento de sí mismo y, evidentemente, del grupo.

En el presente trabajo se planteó formar grupos de 6 a 8 personas. El tamaño del grupo es el pequeño, y está considerado un grupo cerrado, lo que quiere decir en terminología grupal que los miembros que empiezan el grupo son los mismos a su final. Los miembros de un grupo mediano serían aproximadamente entre 25 y 35, y los de un grupo grande, más de 40. Un grupo mediano o grande se mueve en una esfera más racional que los grupos pequeños, mientras que en esos últimos los sentimientos y las emociones son los protagonistas. Los grupos grandes suelen ampliar los fenómenos sociales y promueven la exploración de las posiciones sociales y culturales (Sunyer, 2005), mientras que los grupos reducidos buscan que cada miembro explore su vida psíquica en relación con la vida psíquica de los demás miembros, a la vez que analiza su lugar dentro de la posición social del grupo en general y de cada uno de los que lo forman. Estos aspectos forman parte de la psicología social, pero aquí se combinan con el análisis individual.

b) Duración y frecuencia

Siguiendo todavía la revisión exhaustiva de Salvendy (1998) y de varios autores dedicados al estudio de los grupos, llegamos a la conclusión de que la mayoría de los grupos clínicos no internados se reúnen una o dos horas cada sesión (la media resulta en 90 minutos). Más de dos horas supone una debilitación de las defensas de los miembros, aunque el inconveniente es la disminución de la concentración y el cansancio de todos. La frecuencia de una vez a la semana sigue siendo la más común, por motivos de comodidad; en cambio, los pacientes internados llegan a reunirse a diario. A pesar de

que la duración de las sesiones deba responder a una conveniencia terapéutica, desgraciadamente se tiene también que ceñir a las posibilidades contextuales, sean del terapeuta, sean de los miembros del grupo. Algunas prácticas terapéuticas, como la lacaniana, aunque fuera con una mira individual, ni siquiera fijan una hora predeterminada de duración para no cortar la sesión cuando se produzca la elaboración de un significante. Lacan (1966) señala que la suspensión de la sesión no puede dejar de ser experimentada por el sujeto como una pausa en su progreso. En este sentido, Lacan sitúa el resorte de su práctica en la confrontación del sujeto con la dimensión a-semántica del inconsciente. Evidentemente, en un grupo con varias personas, eso no puede ser unificado, pero sí debe ser tenido en cuenta por el terapeuta.

c) Evolución del grupo y salida de la experiencia

Yalom (1985) destaca el papel central de la cohesión grupal para lograr la evolución del grupo. Yalom define la cohesión de grupo como un concepto que abarca la relación del miembro con el terapeuta, con los demás miembros y con el grupo como conjunto. Kelman, citado por Munich (1998), describió tres procesos a través de los cuales se influye sobre un grupo para su evolución: ceñirse a las normas, identificación e internalización. Estos procesos coinciden con los efectos sociales de la conducta de los miembros y hacen que esa conducta sea congruente con los valores del individuo. Afina su mira diciendo que el desarrollo de un grupo y la emergencia de una cultura común proporcionan: un contexto lleno de significados, un conjunto de formas a partir de las cuales calibrar a los miembros y al grupo en sí, y la seguridad necesaria para exponer, explorar y perder los propios límites. En resumen, y coincidiendo con Yalom, cuanto más cohesivo es el grupo, más probable es la influencia sobre sus miembros.

Con respecto al fin de un tratamiento, dice Balint (2006) que el odio, la agresión y la ansiedad disparadas por culpa de la ausencia de respuesta del analista son repeticiones de la historia del paciente. La resolución está reservada para el final del tratamiento. Esos sentimientos están originados por los desafortunados desencuentros que haya tenido la persona en su infancia. Las demandas primitivas de amor devuelven al sujeto a sus amores primitivos e incondicionales, haciendo que, según Balint, esos fenómenos sólo aparezcan al final del tratamiento, o en la etapa del re-nacer.

Klein (1950) sostiene la tesis de que la finalización de un análisis implica que las angustias depresivas que amenazan el objeto de amor y las persecutorias que amenazan el ego hayan sido reducidas suficientemente en el curso del análisis. Asimismo, la relación del paciente con el mundo externo debe haber sido reforzada para poderle permitir tratar satisfactoriamente con la situación de duelo que supondrá el final del análisis. Aunque Klein pensaba en el análisis individual, esas reflexiones son pertinentes a la situación grupal, incluso si generalizamos su uso al duelo derivado de la pérdida de algunos de los miembros del grupo. Para Klein, el mundo hostil se vuelve amistoso y la persecución –de uno mismo o del otro– llega a un punto final.

Más actual, pero no menos pertinente, es la exposición de la experiencia de Ayerra (1996), quien afirma, después de años de experiencia con grupos pequeños, medianos y grandes en España, que uno de los requisitos imprescindibles de cualquier proceso terapéutico es la integración. Ratifica la importancia de este eje diciendo que no basta con el conocimiento de las necesidades básicas del ser humano, del sufrimiento

inherente al fallo en la atención de estas necesidades y de la sintomatología individual como un lenguaje no articulado. Tampoco es suficiente el conocimiento de la organización familiar, estructurada en torno a la ley del incesto y caracterizada por la complementariedad en las relaciones; de las relaciones patógenas, más caracterizadas por odios primitivos y resentimientos que por encuentros afectivos y estructurantes; o de los diversos lugares en los que uno vive dentro de la familia y su repercusión. Sin la adecuada conjunción de las diversas piezas de un puzzle, evidentemente una imagen integradora no es posible; sólo son posibles sentidos parciales, sentidos equívocos posibilitadores de desentendimientos y malentendidos, presentes como componentes necesarios en la patología psíquica, personal y transpersonal. En el sentido que Ayerra le da, el grupo funcionaría como una sola persona integrada, con un nexo bien definido entre su psique y su cuerpo. Winnicott, en *Elementos positivos y negativos de la enfermedad psicosomática* (1964), ya decía que esos componentes desintegradores y despersonalizadores son la cara negativa de la moneda. La cara positiva es la tendencia a la integración (p. 140). Sus trabajos consideran los síntomas psicosomáticos como intentos de integración frente a experiencias de despersonalización. Y si la despersonalización ha ocurrido, entonces ha debido existir una inadecuación en el medio durante el periodo en que se han producido los procesos de integración. La enfermedad psicosomática deviene para el individuo una especie de «neurosis», pero en el presente. Esto equivaldría, en terminología de Bion (1979, 1980), a que los elementos Beta sólo se pueden evacuar a través del cuerpo, mediante lo que él bautizó *rêverie*, en lugar de ser transformados en elementos Alfa.

Autores como Hubbs Ulman (1998) postulan que, dada la amenaza para la vida que suponen algunas enfermedades, este tipo de grupos desarrolla una cohesión más temprana que otros grupos. Normalmente, los enfermos físicos acuden a un grupo sobre todo para aprender a enfrentar mejor su enfermedad, pero raras veces es para aprender sobre ellos mismos y explorar sus emociones, cosa que incluso podría aumentar la ansiedad del paciente si no se hace con cautela. La mayoría de los grupos de enfermedades físicas como el cáncer funciona de esta manera; sin embargo, no es este el proceso terapéutico que este trabajo pretende.

Toda dinámica grupal debe poner de manifiesto la evolución progresiva de cada miembro del grupo. Sin embargo, la salida de un grupo de apoyo no será la misma que la de un grupo terapéutico con un enfoque psicoanalítico. La diferencia básica se funda en, como en el psicoanálisis individual, el reconocimiento del inconsciente como base de trabajo. La proyección y elaboración de material intrapsíquico, la elaboración de entendimiento o *insight*, y el manejo de la transferencia forman parte del abanico del trabajo. Cada paciente, inmerso en la soledad y la protección de su inconsciente, aprende a salir de él y a poner boca arriba las cartas escondidas, o por lo menos gran parte de ellas. Kutash y Wolf (1998) explican al respecto que la terapia grupal no analítica plantea una interacción social superficial que puede perder de vista la psicodinámica personal del sujeto. Dicen que «el contraste, cuando se introducen recursos psicoanalíticos, es llamativo» (Kutash y Wolf, 1998, p. 137). Como ejemplo, exponen que en una terapia no analítica el principio de atención movetizada, bien puede ser útil al paciente, o bien puede convertirle en víctima: el paciente sobre el que se concentra demasiada atención puede agradecer que le den un respiro; otro, por el contrario, puede considerar que se le hace un *bypass* con demasiada frecuencia. Explican los autores que de poco sirve la terapia si no se dedica algún tiempo a estudiar la psicodinámica de cada uno de los miembros frente a una u otra respuesta, así como la

naturaleza latente de sus relaciones. Los autores consideran que «el paciente sobre el que se centra el grupo puede estar provocando masoquistamente el sadismo latente de los demás miembros. Manifiestamente, ese paciente monopoliza la situación, pero a un nivel más profundo puede estar intentando excluir a hermanos menores de la atención parental.» Este comportamiento podría ser una forma oral con un intento de incorporación, o podría ser que el sujeto estuviera recibiendo mucha atención debido a su narcisismo, despotismo fálico o exhibicionismo. En línea con esos autores, se entiende que la interpretación de los procesos inconscientes que se dan en la interacción entre los mismos pacientes y con el terapeuta es absolutamente necesaria. Sin ella, los pacientes no pueden llegar a comprender el significado latente de sus comportamientos, y entonces la ayuda terapéutica se limitaría sólo a actitudes manifiestas, como en un grupo de apoyo. Se tiene que elaborar el material inconsciente para enfrentarse saludablemente a sus dificultades y para no autoengañarse; hay que mirar de frente lo intrapsíquico, pero también lo interpersonal.

Lacan lleva el psicoanálisis más allá del Edipo porque no hay salida mientras sigamos en sus enredos. Superar el Edipo comporta precisamente, la subjetivación de lo que somos en tanto seres gozantes, esto es, en tanto que consecuencia de la función gozosa que la lengua (o sea, el significante que nos fue dado por el otro) inscribió en nuestro cuerpo. Eso implica una domesticación del cuerpo, una domesticación de su manera de gozar, es decir, también de enfermar.

Caminando al lado de la evolución de Lacan, el ser re-nace cuando se interpela al sujeto para averiguar si realmente desea lo que desea. Lacan propone la paz después del análisis, cuando el paciente ve vacilar la seguridad que tenía su fantasma. Este cambio es irreversible. El cambio logrado se mantiene después del tratamiento, dejando claro que el tratamiento no implica una restitución de un estado anterior, sino la obtención de uno nuevo.

Aunque todos los datos anteriores aluden al fenómeno de evolución y salida de la experiencia grupal en general, se perfila más el estilo de grupo que constituirá el marco terapéutico de nuestro acercamiento grupal. Los autores que nos han acompañado aluden al inconsciente, a una historia previa y a una comunicación establecida con una matriz particular.

1.6. Parámetros funcionales en los grupos terapéuticos y experienciales

Los parámetros que se desglosan a continuación son algunos elementos funcionales que se utilizan en la mayoría de los grupos revisados, y que constituyen vectores claves en la intervención del presente estudio.

a) El *insight* como proceso de la relación y resultado de la comunicación

Rastreando los procesos analíticos, los esfuerzos del terapeuta para iluminar los significados perdidos o enquistados de sus pacientes culminan en el *insight*, palabra inglesa que quiere decir adentramiento, y que no es más que la claridad en las tesisuras

que tejen el mundo vivencial, psíquico e inconsciente del paciente. Esta comprensión emerge de la díada terapeuta-paciente y es el resultado de la puesta en común de sus dos inconscientes. El paciente deja al terapeuta penetrar en su inconsciente para poder poner un verbo a lo que él «sabe» sin ver o, mejor dicho, sin simbolizar. Es un trabajo conjunto en la terapia individual, pero también en el trabajo grupal. En este último, paradójicamente, tanto la dificultad como la riqueza radican en la multiplicación del proceso. El terapeuta-analista grupal tiene la especial responsabilidad de llevar el proceso a buen término, protegiendo a cada uno de sus miembros, animándolos a explorar el contenido de su psique y a comunicarlo a los demás, ayudando a la vez a otros miembros a lograr lo mismo, produciendo así un efecto de resonancia (concepto que se explicará más adelante), y a soportar el dolor que el proceso conlleva, así como la frustración mezclada a la alegría del saber.

El terapeuta ofrece opciones para intentar trazar la línea de pensamiento de cada miembro y, simultáneamente, para esbozar la del grupo como un todo. Este resultado se articula sobre todo al final de cada sesión con el objetivo de dejar el capítulo cerrado, sea para cada miembro, sea para el grupo en total. El resultado final sería la redacción de la historia de vida del grupo y, tal vez, la de cada miembro con su individualidad dentro de la matriz grupal.

El trabajo que se presentará posteriormente procurará captar instantes de vida del grupo y traducirlos a forma verbal simbólica e interpretativa. Para ello, trazará las interacciones entre los varios planos comentados:

- el individual con el conductor y los demás miembros.
- el individual con el grupo como un todo.
- el plano grupal de la historia de vida del grupo
- y la fase en la cual se encuentra en aquel instante.

La calidad de la comprensión alcanzada por cada participante, incluyendo la del terapeuta, depende de la calidad de la situación analítica y de la comunicación simultánea que esta conlleva.

Entendemos que los esfuerzos del terapeuta y de los miembros para iluminar algún significado roto son esfuerzos interpretativos y voluntarios. Sólo cuando la interpretación es exitosa, es decir, cuando atañe al paciente con toda su fuerza explicativa, deviene un *insight*. Los significados ocultos estructuran y tejen nuestro mundo vivencial, y sólo cuando son iluminados con éxito adquieren su poder curativo, ya que dan pie a una nueva experiencia. Cito a Perinat al respecto: «El significado en su *status nascendi* es eso que emerge entre dos mentes que regulan mutuamente sus representaciones a través de un sistema de codificación que va adquiriendo una estructura socialmente decantada. La cultura, la comunicación y la cognición se lanzan ahora a un ritmo, articulado e imparable, de progreso evolutivo que crea el *homo*» (Perinat, 1993, p. 41).

El término *social cognition*, de acuerdo con Riva (2006, p. 59), se define usualmente como “*the information-processing system that enables us to engage in social behavior*” (el sistema de procesamiento de la información que hace posible que las personas nos comuniquemos compartiendo la conducta social). Las neurociencias sociales se interesan en entender si los procesos que conducen a la cognición social son una consecuencia de un proceso mental más general, o si existen procesos sociocognitivos

más específicos. Una consecuencia del vínculo entre la percepción y la acción es que las reacciones o los efectos de las acciones realizadas por otras personas activan en uno mismo una representación de las propias acciones. Esta hipótesis ha sido confirmada por descubrimientos neurocientíficos que han hallado el *locus* de las neuronas responsables de este vínculo.

Efectivamente, en la década de los noventa un intrigante descubrimiento sacó a la luz lo que estamos explicando desde una mira neuronal, y fue puesto al día gracias a las técnicas de neuroimagen. Es el fenómeno de las neuronas espejo.

b) Las neuronas espejo, el espejo grupal y el espejo roto del individuo

Las neuronas espejo se encuentran en el área de Broca y en la corteza parietal del cerebro humano. Son una clase de neuronas que se activan en el individuo cuando observa un congénere que está ejecutando la misma actividad que él. Las técnicas de neuroimagen observaron estas neuronas en los primates y luego en el ser humano. Las neuronas de la persona que mira «imitan», como si reflejaran la acción de otro; así, el mismo observador está realizando la acción del observado. De ahí viene el nombre de «espejo». En el campo de las neurociencias estas neuronas juegan un papel importante en las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía, la imitación y el aprendizaje del lenguaje. En el campo grupal que nos interesa, juegan un papel importante en la identificación, la identificación proyectiva, el aprendizaje social y en el *insight* intrapsíquico.

En las décadas de los ochenta y noventa, Rizzolatti y su equipo en Parma hallaron esas neuronas (Rizzolatti et al., 1996; Rizzolatti y Craighero, 2004). Posteriormente, el campo de las neurociencias y del lenguaje evidenciaron aún más estos descubrimientos y generalizaron su uso y utilidad gracias a las técnicas en vivo de electroencefalogramas y de la neuroimagen. Dado que esas neuronas se encuentran en la corteza frontal inferior y cerca del área de Broca, una región del lenguaje, se estuvo considerando cuál era su rol inmediato en el aprendizaje del lenguaje y en el desarrollo del autismo. El célebre difusor de la inteligencia emocional, Daniel Goleman (1996), afirma que esas neuronas detectan las emociones, el movimiento del cuerpo y hasta las intenciones de con quien estamos hablando. Reeditan en el cerebro el estado que detectan en el otro, activando en el propio cerebro las mismas áreas activadas que en el interlocutor. Así se crea una especie de afinidad emocional o, según nuestra terminología analítica, una identificación simultánea e incluso proyectiva.

Las neurociencias siguen ofreciéndonos un puente entre la biología y la psicología del comportamiento social. Los elementos racionales, los emotivos y las diferentes percepciones del funcionamiento social son claves para el entendimiento social. Este campo de investigación está en alza y culmina con la teoría de la mente o mentalización, la cual se refiere a los ingredientes neuronales de la capacidad de explicar y predecir el comportamiento de otros seres humanos, atribuyéndoles estados mentales independientes. Como dice Rizzolatti, somos criaturas sociales y nuestra supervivencia depende de entender a los demás sintiendo, no pensando. Precisamente, las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, pero no sólo a través de un razonamiento conceptual, sino mediante la simulación directa. Otros autores como

Ramachandran incluso las llaman “neuronas de la empatía” (Feito, 2007), por ser las implicadas en la comprensión de las emociones ajenas; la introducción de la *intención* en la comprensión de una acción tiene que ver con detectar la meta de dicha acción, yendo más allá de un mero reflejo de la misma como el nombre *espejo* viene a indicar, y encontrándonos ante un tipo de “lectura de la mente”.

Por lo precedente, se entiende que las neuronas espejo añaden otra dimensión a la complejidad del proceso de comunicación grupal. Determinar la intención de la acción de otro es básico para su comprensión real, y queda más pertinente que quedarse solo en la acción sin más. El porqué de la acción atribuye pensamientos e intenciones a otros y forma la base de la denominada teoría de la mente. Si el psicoanálisis ve en la interpretación uno de los caminos clave en el tratamiento, entendemos que los complicados procesos comunicativos que se dan en el grupo y que emergen «desde la nada» no son fruto de una expresión espontánea, sino resultado de una elaboración mental compleja, que implica reacciones mentales que emergen en un participante antes de que otro miembro haya acabado de expresar lo suyo, si en todo caso llega a expresarlo verbalmente. O sea, al margen de los canales de comunicación consciente, circulan unos estados grupales que se contagian en todo el grupo y que el terapeuta, si está atento a ellos, no solamente los observa, sino que además los absorbe físicamente y llega a sentirse mal, contento, de buen humor o de mal genio, sin que esos estados hayan correspondido a un efecto consciente de la conversación que se dio en la sesión. El terapeuta devuelve al grupo esos estados, pero enriquecidos con algún significado nuevo. Por ejemplo: «Siento que el grupo está enfadado. ¿No será que lo que dijo M. fue lo que provocó un sentimiento de celos en los demás?»

El hecho de que el terapeuta tenga en cuenta la emoción que circula en el grupo es más que un *insight* mental: establece al terapeuta como persona que entiende y lo coloca en la silla del supuesto saber. Se convierte en la mano potencialmente capaz de ayudar a las personas a dar sentido a vivencias y emociones confusas, incluso contradictorias. Esa compenetración es como la sintonización afectiva que explica Stern (1985) cuando dice que la madre sintoniza con la mente de su hijo. También concuerda con las ideas de Kohut (1980) cuando confirma que las interpretaciones deben centrarse en las transferencias de los objetos del *self*.

Por influencia del estadio del espejo de Dolto y Lacan para construir el narcisismo, entiendo que la clave de la lectura grupal es detectar en el grupo un juego de espejos que refleja el narcisismo de cada miembro. El reflejo-espejo del grupo devuelve a cada uno su imagen fragmentada. Es como si uno llevase los cordones de los zapatos desatados y considerase ese hecho habitual, hasta que se mirase en un espejo que le dijera lo contrario y que le afirmara que lo más habitual es tener los cordones atados. De esta manera, el espejo lo confrontaría con su conceptualización, con su modo de ver las cosas. Y de aquí el título del presente apartado. Sólo cuando el grupo haya adquirido suficiente poder interpretativo, cohesión y confianza, puede devolver a cada uno de sus miembros el reflejo de su propia psique rota, dividida por el cáncer que la atacó. Me ayuda Kohut (1980) a circunscribir el tema cuando define la relación de *self object* como experiencia de la persona con una figura vinculante, como apoyo para el establecimiento, desarrollo y mantenimiento de la experiencia continua, cohesiva y positiva del *self*.

Asomándonos a las ideas de Kohut (1980), vemos que para él la pulsión de muerte freudiana es equivalente al narcisismo y constituye una enfermedad de la personalidad que conduce a una furia destructiva. Fue a partir de los setenta que Kohut extendió su análisis del narcisismo a los fenómenos colectivos, objeto que él denominó *self* grupal, interesándose en el modo en que se construyen las relaciones paranoides en los grupos. Según Kohut, en lugar de la deficiencia arcaica del yo, el sujeto se construye un *self* grandioso estructurado por un *imago* parental idealizada. Así convierte a Edipo a un hombre aniquilado por el deseo de muerte de sus progenitores. Nos interesa de Kohut su denuncia de que la transferencia del *self* idealizante y la movilización del *self* grandioso camuflan el profundo deseo de muerte de los progenitores. Sin embargo, Kohut precisamente enfermó de leucemia justo después de la muerte de su madre, quien había padecido trastornos psicóticos. Aunque su propio narcisismo le provocó muchas enemistades en su época, nos sirve en la actualidad su psicología del *self* «enfermo», dividido, que busca a todo precio proyectar hacia fuera (por la vía de la transferencia y del espejismo) su deseo de muerte para poder curarse a sí mismo y hallar la paz, cosa que Kohut no pudo quizá satisfacer.

Bion (1979) por su parte, señala que el estado Beta del grupo es el estado subliminal o subterráneo que tiene más influencia sobre el grupo. La compenetración afectiva consolida el vínculo que se establece. Este vínculo facilita una atmósfera en la matriz grupal que permite que se elaboren conflictos, dudas y deudas entendidas como íntimas. Bion llegó incluso a medir esta cohesión con un correlato llamado valencia grupal.

Inspirada por Lacan, podría decir que se trata de implantar una praxis liberadora o pacificadora. Esta consistiría en liberar a los miembros del grupo de parte de su padecimiento y de la predeterminación de algunas de sus pulsiones, de su mal, de su *kakón*. También, en que adquieran la libertad de pensar, gozar y decidir. El estadio del espejo investigado por Lacan será lo que sellará el porvenir de la persona. Y utilizando su palabra, para *ex-istir*, el sujeto tiene que desvincularse del otro. Según su mira, es en “lo imaginario grupal” donde está la unidad de las identificaciones imaginarias, que generalmente está exacerbada en las estructuras grupales, como lo fueron la iglesia o el ejército, los modelos por excelencia investigados por Freud. Lacan observa que el gran júbilo que el niño experimenta al reconocerse es sin embargo sólo efímero. Se reconoce y se desconoce casi al mismo tiempo, porque aquello que reconoce no es él, sino que sólo una imagen de él, separada, que no le pertenece, así que la completitud que observa es una figura imaginaria de no fragmentación, engañosa y que al mismo tiempo lo confronta con la propia enajenación, implicando por ello una primera experiencia de división o escisión del sujeto (*Écrits*, Lacan, 1966). El cáncer encarna la segregación del cuerpo, pero una vez tratado deviene el precursor por excelencia de la unidad corporal, léase grupal. ¿Cómo se puede vivir con el ideal del yo (en lo imaginario) después de haber pasado por una enfermedad como el cáncer (real puro), sin haber pasado por vías de escribirla, comunicarla o simbolizarla, para poder llegar a utilizarla como timón de su vida después de la enfermedad? Lacan propone al síntoma corporal como el instrumento que nos permite retener un conocimiento del cuerpo más allá de la imagen (*seminario10: La angustia*, Lacan, 1962).

c) La transferencia y el papel del amor

La transferencia es un concepto fundamental en la praxis de la psicoterapia. Da cuenta de un aspecto único e intransferible de cada tratamiento: el encuentro. Su valor en la cura fue descubierto por Freud, cuando consideró el fenómeno como un síntoma, dado que testificaba de la imposibilidad de olvidar un trauma, sea mediante un recuerdo encubridor, sea con la garantía de la represión. Su uso en la clínica hace de ella una palanca del tratamiento y una herramienta eficaz al servicio del paciente.

La transferencia es la puesta en acto del inconsciente, como la definió Lacan en su día basándose en Freud (Lacan, 2001). Al principio la transferencia se entendió como una resistencia, una operación proyectiva o un proceso de repetición; más tarde, se entendió como un desplazamiento, y finalmente ha acabado siendo interpretada como una llamada al otro. La transferencia deviene el eje alrededor del cual se establece el acto analítico. Se instala gracias al encuadre repetitivo y la formación especializada, y es imprescindible para el aprendizaje que pretende domar el inconsciente, al menos en parte.

En 1964, en su *Seminario XI*, Lacan (1973) afirma que en cuanto el analista coge el lugar de un *supuesto saber*, se instala la transferencia.

Las palabras de Lacan nos llevan a considerar que a partir de la libre asociación verbal, la historia de vida del grupo se imprimirá mediante los significantes grupales que irán emergiendo. El abanico de significantes efectuará una revelación del deseo inconsciente de cada locutor, haciendo que el sujeto no sea sólo alguien que utiliza el lenguaje, sino como dice Lacan, alguien que surge del lenguaje.

Más allá de la demanda verbal que emerge, aparece el deseo del sujeto. De mano de Assoun (2003) una aclaración: Si el síntoma analítico es a la vez una formación significativa y el goce enquistado, el amor – que consiste en dar lo que uno no tiene a alguien que no lo quiere, como lo define Lacan en el *Seminario XII* – es lo que permite al goce ceder paso al deseo (Lacan, 1965, p. 77). Para Lacan el amor es una metáfora sustitutiva (*Seminario VIII*, Lacan, 2001) donde el analista se coloca en la posición de amante y el paciente como amado. Así se pone en marcha el dispositivo de la transferencia analítica. El analista-amante lleva en él la carencia y el paciente-amado viene con lo que posee. La metáfora se establece cuando el amor produce una sustitución: ya que el amante queda sordo a la demanda del amado, emerge el objeto del segundo, que viene a taponar la supuesta falta. Entonces surge el deseo.

Lacan revela que la regla de su escucha como analista es callar el amor. Para analizar a otros, el analista debe analizar previamente su propio amor. Uno no se puede proteger de él, ni ignorarlo. En su seminario sobre la transferencia, explica la dialéctica de la falta y del amor, diciendo que quien ama busca un objeto. Esta falta genera el fantasma, el cual se interpone entre el sujeto amante y el objeto amado. Efectivamente, si el amado se vuelve amante, como Aquiles, digno del elogio de los dioses por ser amado por Patroclo, y sigue a su amante en la muerte, se muere al cambiar de posición. En el mismo *Seminario VIII* Lacan (2001) explica que cuando uno ama, trata mal al amado. El maltrato se debe a que el amante reduce al amado a objeto de deseo imaginario (a veces la violencia es una manifestación del odio). Lo paradójico es que, según Lacan, si se trata al amado como un sujeto, se establece la indiferencia, se impone el respeto y...

se sale del amor. Este movimiento deshace la sumisión al ser amado como objeto para que la libertad y el desinterés por el otro se instalen, aunque se mantienen unidos por el respeto.

Lo fundamental de la experiencia analítica como la ven Lacan y la modalidad de nuestra intervención tiene que ver con **el amor, fundado en un encuentro**, y no con el respeto. Este punto es imprescindible para trabajar con pacientes afectadas de cáncer, que a menudo licencian el amor a sí mismas, o caen en una autoestima desmesurada (que es el movimiento inverso al psicoanálisis); el amor que se les pueda ofrecer apunta a derrotar al odio metido en sus cuerpos detrás de células malignas, y a rotar sus modos de amar, tomando decisiones sobre sus deseos más profundos.

El broche final sobre la transferencia en la matriz terapéutica nos lo da Nasio (2005), quien nos recuerda que, al fin y al cabo, la transferencia no es otra cosa que una historia del pasado que deviene un fantasma en el día de hoy. Conviene definir qué entiende Nasio por «fantasma» y, a partir de ahí, cuál es su significado en el presente trabajo:

En resumen, hay fantasma cuando la imagen significa algo para el sujeto. La imagen es un signo, pero cuando una imagen empuja al sujeto a la acción, esa imagen deviene un significante. El fantasma, al ser una imagen, es una construcción que necesita de cierto material. Ese fantasma provoca que la persona se precipite de cabeza y sin pensar a un pasaje al acto. Si un miembro del grupo sale de la sesión y va, por ejemplo, a emborracharse, eso se considera un pasaje al acto (no un *acting out*, que es una llamada al otro) provocado por una imagen o unas palabras que surgieron durante la sesión y que empujaron a la persona hacia el acto. Y, por supuesto, ese acto se tendría que interpretar durante la sesión ulterior, recordando la regla grupal de restitución que se presentará más adelante y que reza que las cosas que conciernen al grupo se devuelven al grupo.

El terapeuta forma parte del fantasma del paciente. Está en el lugar X que este le atribuye en el seno de la transferencia, y es precisamente este punto el que el terapeuta tiene que interpretar y devolver. Una polémica levantada durante una sesión puede ser perfectamente por ejemplo, un disparador de angustia, sobre todo en los sujetos neuróticos. En los psicóticos o en los perversos esto no ocurre, dado que estos llevan a cabo sus fantasmas: el psicótico, con éxito, y el perverso, hasta llegar al fracaso humillante. En la neurosis existe una angustia de castración porque existe el temor a la pérdida del objeto. En la psicosis, en cambio, *no* hay ninguna pérdida, pues está forcluida: el objeto no está perdido. En la perversión, el objeto está perdido, pero se recupera; hay una oscilación entre desmentir la pérdida o aceptarla. A saber, cuando el terapeuta se hace una visión mental concentrada del paciente, en su cara, en su mirada, en su voz, puede capturar alguna de las causas profundas de su sufrimiento. Identificado con su padecimiento, llega a sentir lo que el paciente resiente y se lo devuelve en palabras. Recordemos que el terapeuta no puede nunca responder a su propio deseo siguiendo el marco teórico y técnico de la clínica lacaniana.

La cura analítica en la perspectiva de este trabajo se traduce como una experiencia de «descondicionamiento» y de condicionamiento posterior hacia la autonomía. La cura limpia el terreno al sujeto para abrir la vía a su deseo. Ese deseo le guiará hasta llegar al goce, pero de una manera seguramente más saludable que la que utilizaba antes de su tratamiento. En el grupo, el «alma» que guía a cada persona en su autoevaluación deviene colectiva. El grupo se dota de una conciencia de sí mismo y posee un saber que

se puede comunicar. Ahora bien, cada miembro tendrá su propio síntoma y lo desplegará en la transferencia, con el terapeuta y con los demás miembros del grupo. La cura se dirige desde este lugar de *partenaire* del síntoma (Miller, 2008). Con el transcurso de la terapia se va procesando el síntoma de cada miembro: se reduce todo lo imaginario, los fantasmas, y queda el eje central del trabajo. El colectivo grupal existe con un síntoma grupal, si se puede decir así, que es haber padecido de cáncer, pero cada uno se identifica con el síntoma de modo personal.

El amor es lo que permite aceptar las formas de gozar ajenas. Recordemos que *in loco citato* la definición lacaniana del amor es dar lo que uno no tiene a quien no lo quiere recibir. El grupo deviene una institución, ya que coge la forma de una comunidad donde se elaborará la transferencia, y dónde no confunde los dones de cuidado con los de amor, dado que los primeros llegan a ser asfixiantes y no dejan lugar al crecimiento de sus miembros, de la misma manera que algunas madres muy operativas en sus cuidados asfixian al niño, pero le niegan el goce amoroso y afectivo. **La clínica nos enseña cada día que el odio fragmenta al sujeto que lo padece, y hace que el mundo de la persona deje de ser habitable y devenga una pesadilla dantesca.** Por otra parte, el amor narcisista, con dosis razonables, se sostiene en la identificación especular. Se convoca a Miller (2007) para concluir que la transferencia no se liquida, sino que se transmuta en transferencia de trabajo.

d) Percepción interna del propio cuerpo

A partir de la clásica clasificación sobre las zonas particulares de las actividades sensoriales –el cuerpo, el mundo exterior y la conciencia–, Descartes, en su *Tratado de las pasiones del alma* de 1649 define la cenestesia como la noticia o la información que al alma le llega del cuerpo. Es decir, la cenestesia informa al alma del estado del cuerpo.

Assoun (1997) nos ayudará a adentrarnos en el concepto de cenestesia. Plantea tres definiciones de cuerpo: física, moral y somática. Desde la vertiente física se lo toma como un adjetivo, un objeto que posee propiedades que causan impresiones o estímulos. La vertiente moral es enfocada desde un punto de vista orgánico. La enfermedad orgánica que se inscribe en el cuerpo, en una lesión o disfunción, confirma esta noción organicista, a la cual le opone lo funcional. La tercera vertiente es la somática, versión que surge en el siglo XVII y que se impone en el XIX, la cual se refiere a la cosa tangible, muerta o viva, y al cuerpo como captura o tumba del alma, concepto heredado de Platón. A esta vertiente, le opone lo psíquico. Es la oposición orgánica-funcional la más interesante en los grupos de pacientes de cáncer. El cuerpo envía la cenestesia, pero aunque el alma la perciba, la conciencia o estado intelectual fallan y no consideran la relación o vínculo.

Los pacientes de cáncer llegan al tratamiento poseyendo una cenestesia de bajo nivel. Durante el tratamiento, este nivel va a la alza. El vínculo alma-cuerpo, psique-soma, ha sido desde siempre tenido en cuenta en las enfermedades corporales y más últimamente en las enfermedades denominadas psicopatológicas. Ale (2006) rastrea las razones del alma en el síntoma e informa que esta información fue considerada como la fuente de toda vida psíquica en la medida en la que esta se constituye a partir de las aferencias sensoriales. Continúa con que toda nuestra personalidad descansa en los mensajes, en

parte inconscientes, procedentes de la vida corporal, y subraya las dificultades para percibir las sensaciones internas, que son dificultades que residen por entero en la insuficiencia de la respuesta verbal respecto a las percepciones corporales. El déficit en la simbolización de la sensación, o la insuficiente respuesta verbal en la causa del estado, lo tiene que remediar la terapia, ya que esta es verbal en su denominación de origen. Lacan define lo terapéutico como el intento de retornar a un estado anterior de armonía que el síntoma vino a perturbar, y habla en su seminario *Encore*, leído en francés *en-corps*, es decir, «en cuerpo», de una versión del cuerpo unificado con el alma. La introducción por Freud del poder de «la palabra “in-corporada”» para eliminar los dolores corporales continúa hasta el día de hoy. Efectivamente, la palabra enferma y cura.

e) Efecto de resonancia, carambola y asociación reactiva

Con el nombre de “**resonancia**” se designa un proceso grupal por el que determinados contenidos manifestados por un componente del grupo afectan también a otros miembros, aunque sea a distintos niveles (Guimón, 2003, p. 120). Por ejemplo, el temor de un paciente a morir puede ser vivido por otro como un temor a ser abandonado, y por un tercero, como un miedo a dejar solos a sus hijos pequeños.

Se conoce por “**carambola grupal**” el fenómeno por el que una interpretación realizada a un miembro del grupo hace mella en varios miembros a la vez. Es metafóricamente el efecto visual que produce una piedra lanzada hacia la superficie del agua. Rescatar momentos así resulta muy difícil, ya que duran sólo instantes, pero no es imposible.

Para acabar, se llama “**asociación reactiva**” al proceso por el que otros miembros del grupo producen asociaciones espontáneas de sucesos de sus vidas pasadas. Tiene un tinte defensivo, pues en cierto sentido es un intento de escape del *hic et nunc* del grupo mediante la asociación regresiva (Guimón, 2003, p. 120). Por ejemplo, un miembro cambia radicalmente de tema cuando se habla de la muerte y explica, por asociación mental de ideas defensivas, cómo fue su primera relación de noviazgo.

Por los efectos de significaciones que se generan en un grupo, y en aras de poder aislarlos, la modalidad de la intervención GAFA (Véase cap.3 Intervenciones del terapeuta) se interesa en rastrear las resonancias grupales, las carambolas y las asociaciones reactivas o regresivas.

f) *Acting out* durante las sesiones

La enfermedad constituye un pasaje al acto, no un *acting out* (Roustan, 2006b). Sin embargo, el *acting out* se da frecuentemente en los grupos como un proceso defensivo reactivo. Es un proceso de resistencia para evitar el contacto directo con estresantes verbales, temas que generan angustia o un gran enfado que el paciente no quiere demostrar o asumir. Ejemplos de *acting out* grupal podrían ser: marcharse del grupo enfadado, no acudir a la hora, traer algo especial a la sesión, masticar chicle con fervor, comer caramelos repetidamente, beber todo el rato, etc. Es de suma importancia notar

que todas esas actuaciones defienden a los miembros del *insight*, por lo cual es muy importante saber interpretarlas. La interpretación es útil no sólo para la persona en cuestión, sino también para los demás participantes, por el aprendizaje vicario resultante. La interpretación podría llegar en la sesión ulterior, cuando el sujeto esté más tranquilo y más dispuesto a recogerla.

Lowen (1967) afirma que la persona experimenta la realidad del mundo sólo a través de su cuerpo. El ambiente externo le impresiona porque tropieza contra su cuerpo y afecta a sus sentidos. A su vez, el sujeto responde a esos estímulos actuando sobre el ambiente. Y es cuando la realidad se vuelve intolerable que el sujeto se encierra en un mundo imaginario, donde el ego le compensa por la falta de sensación corporal brindándole una vida de fantasía más activa. El cuerpo se aísla y la imagen pasa a reemplazarlo. Su dimensión se amplía en la misma medida en que su conciencia corporal disminuye. No se puede olvidar que el ego es corporal y, por lo tanto, cualquier *acting out* en el seno del grupo es un decir del ego.

g) Apego y contención grupal

El apego y la contención grupal han sido demostrados como factores terapéuticos relevantes en los tratamientos psicoterapéuticos y en las comunidades terapéuticas. La teoría del apego, desarrollada principalmente por Bowlby en 1969, demostró la importancia del vínculo afectivo en la primera infancia para el crecimiento psíquico posterior y la individuación. El niño renuncia saludablemente a la fusión simbiótica con la madre y se separa adquiriendo su propio yo. Se desprende de ello que el grupo procura dar al principio este apego para permitir el futuro desarrollo y la autonomía de sus miembros. Paralelamente, la matriz grupal, con sus normas de confidencialidad, restitución, y su encuadre protector, ofrece a cada miembro el lugar de contención necesario a sus fantasmas y a sus angustias, sean estas iatrogénicas o propias del paciente. El grupo adquiere rápidamente una identidad propia gracias a la escucha que circula en él y queda cimentado por las confidencias que los miembros se hacen mutuamente. Son dos ingredientes que facilitan la construcción de la identidad grupal y facilitan la fluidez del amor. Se ama más fácilmente a una persona que escucha, que comparte, que invoca y que compadece, que a una persona indiferente.

Winnicott (1998) recalcó dos conceptos base: el *handling*, o manejo, y el *holding*, o contención de la buena madre. Ambos conceptos corresponden respectivamente al comportamiento grupal y al funcionamiento psíquico grupal. Se combinan en la madre-grupo las técnicas de cuidado con el mundo que la representa, un mundo imaginario en el que se incluyen los objetos transitorios que la vinculan al niño. Esta visión destaca por la integración de la polaridad individuo-contexto en un vínculo relacional: el sujeto está siempre concebido en relación a alguien, jamás solo. Cito a Winnicott: «Con respeto a la comunicación, pienso que la cuestión puede plantearse en términos de creatividad y sumisión... Cuando predomina la sumisión, pensamos en la enfermedad y vemos en ello una mala base para el desarrollo del individuo. ... Para la mayor parte de las personas, el mayor elogio es ser descubierto y utilizado» (Winnicott, 1998, p. 136). En la misma línea, el grupo debe ser útil para cada miembro y devenir un objeto utilizado por cada participante.

1.7. Investigación en terapia grupal

Para evaluar la naturaleza de los agentes e ingredientes específicos de los cambios, es necesario cuestionar y estudiar los distintos elementos, como los turnos de palabras, la calificación de las intervenciones terapéuticas o las interacciones no-verbales.

En la revisión de la literatura sobre investigaciones grupales que hace Piper (1998), se resalta que durante los últimos años los investigadores de terapia grupal han estado sujetos a fuertes presiones de tres tipos: metodológicas, conceptuales y económicas. Estas han afectado tanto al tipo como a la cantidad de investigaciones realizadas, puesto que se han abandonado ciertos temas en detrimento de estos tres. A pesar de todo, la calidad general y la complejidad de la investigación grupal mejoró.

Según la técnica del metaanálisis promulgada por Smith, Glass y Miller en los años ochenta, los resultados de las mediciones realizadas en las investigaciones sobre terapias de grupo pueden representarse por un índice cuantitativo estándar, conocido como *effect size*. Cuando los *effect size* se promedian entre las distintas medidas e investigaciones sobre una modalidad específica, entonces se puede llegar a conclusiones sobre la eficacia de dicha modalidad (Piper, 1998). Los descubrimientos por los que la revisión de Smith, Glass y Miller se hizo famosa son, principalmente, la evaluación de la eficacia general de la terapia y la medición de la diferencia entre distintas modalidades de terapias.

Después de exhaustivas revisiones, Piper propone las características del paciente y el proceso terapéutico como variables explicativas utilizadas en las investigaciones. La primera dará una idea de con *qué tipo de pacientes* funciona mejor una terapia y la segunda nos aclarará *cómo funciona la terapia*. Procesar esos mecanismos explicativos es en terapia grupal una operación muy lenta pero útil para medir el cambio terapéutico. Algunos investigadores utilizaron escalas para medir la utilidad de los factores terapéuticos de Yalom (1985), otros han utilizado informes críticos de incidencias de los eventos grupales importantes y otros aportan revisiones bibliográficas para identificar los factores terapéuticos más importantes en distintos tipos de grupos. Los más valorados son el *insight*, la cohesión y el aprendizaje a partir del *feedback*. Otros menos valorados son la identificación, la reactuación familiar y el directivismo (Piper, 1998, p. 743). Aunque las puntuaciones del mismo paciente sean un método muy fácil de medición y pese a haber sido muy utilizadas (como el cuestionario de clima social de MacKenzie, publicado en 1983), este tipo de investigaciones son poco útiles, ya que pocos estudios relacionan las autovaloraciones con las variables de resultado. Otro tipo de investigación que lleva mucho trabajo, pero que cabe mencionar, es la del sistema de análisis del proceso frase a frase, con la transcripción del material de cada sesión. Es una forma muy bella de conmemorar e inmortalizar una evolución.

Una batería eficaz de evaluación de los cambios psicoterapéuticos grupales es la batería *Bel Air*, creada en Ginebra y traducida en parte al castellano, en la que se validan dos de sus cuestionarios. Los cuestionarios incluidos en *Bel Air* evalúan la relación con los demás (cuestionario ERA), el funcionamiento social (QFS) y la reacción de afrontamiento de situaciones estresantes (*Coping Index*). El cuestionario ERA evalúa las dimensiones grupales siguientes: la apertura a los otros, la distancia relacional, el *insight* personal y relacional, y el gusto en y por la relación. En cuanto al *Coping Index*,

se mueve entre las ocho dimensiones siguientes (Sierra, Escobar y Gonzalez Torres, 2005):

1. Afrontamiento del problema focalizado en el futuro.
2. Afrontamiento del problema focalizado en el pasado.
3. Evitación del problema focalizado en el futuro.
4. Evitación del problema focalizado en el pasado.
5. Cognición.
6. Emoción.
7. Autoorientación.
8. Heteroorientación.

Si se procura tener una visión más amplia de la acción terapéutica y recoger las tendencias y controversias suscitadas en los últimos años, cabe señalar tres temas que emergen cuando se habla de discurso psicoanalítico (Gabbard y Westesn, 2003): 1) el declive del debate interpretación vs. relación; 2) el cambio del énfasis: de la reconstrucción a las interacciones en el *hic et nunc* entre paciente y analista, y 3) la importancia de negociar el clima terapéutico. Voy a comentar brevemente cada uno de estos tres puntos.

Respecto **al primero**, Wallerstein, en 1986, citado y revisado por Gabbard y Westesn (2003), llama la atención sobre la fascinación que produce el *insight*. Apunta que los elementos interpretativos y los de apoyo están siempre entrelazados, y que los aspectos de apoyo y relacionales del tratamiento no deben ser denigrados. El análisis posterior llevado a cabo por Blatt en 1992, en el que clasifica los pacientes principalmente como introyectivos (preocupados por establecer y mantener la autonomía y la autodefinición) o anaclíticos (preocupados por aspectos relacionales) predecía en qué medida un resultado positivo se asociaba respectivamente a elementos interpretativos *versus* elementos de apoyo en el tratamiento. En la mayoría de los casos, tanto el control, como la autonomía, o la mayor capacidad de lograr relaciones maduras e intimar con otros, son de substancial importancia para el paciente y el tratamiento.

Respecto **al segundo** punto: aunque sigue siendo útil, la reconstrucción ya no se enfatiza y se pasa menos tiempo excavando en el pasado del paciente. En su lugar, se insiste más en el modo en que la interacción entre analista y paciente ofrece un *insight* sobre la influencia del pasado en los patrones de conflicto y relaciones del presente. El modo principal de acción terapéutica implica la adquisición de una función reflexiva por parte del paciente mediante la percepción de su propia persona en la persona del terapeuta, vinculando de este modo lo interpersonal con lo intrapsíquico. Jones, en el 2000 y citado por Gabbard (2003), denomina «estructura de interacción repetitiva» a aquel modelo integrador que tomará en cuenta tanto la interpretación como la interacción.

En cuanto a negociar el clima terapéutico, **el tercer** elemento, se sostiene que el marco y sus reglas dependen de la naturaleza subjetiva de la díada analista-paciente, y se enfatiza que la acción terapéutica es inherente a la tensión dialéctica entre ambos.

En definitiva: una teoría de la acción terapéutica debe **describir** e **investigar** que cambios y estrategias tienen la posibilidad de ser útiles para facilitar los cambios

terapéuticos, o sea debe **describir los objetivos, las estrategias y las técnicas de la terapia en cuestión.**

Otras investigaciones enfocan la importancia de la conciencia y la emoción en la ciencia, como la de Barbalet (2004), quien demostró que las emociones procuran concienciar de las cosas, adquiriendo así una relevancia científica. También demostró que las emociones necesarias para las actividades científicas están típicamente vividas inconscientemente. En la misma órbita emocional, Shelly (2004) explica cómo las emociones organizan el poder y el orden en los grupos; las emociones están conceptualizadas como la transitoria e intensa expresión de afecto positivo y negativo entre los miembros de un grupo. Estas interacciones fundan la base para los sentimientos de larga duración. Los sentimientos desembocan en la diferenciación de estructuras sociales y en la realización de expectativas.

En cuanto a la cohesión grupal, Thye, Yoon y Lawler (2003) demostraron que la actividad conjunta en un grupo bajo forma de intercambios frecuentes libera emociones positivas y acaba con una percepción de cohesión relacional. A su vez, la cohesión relacional presume de ser una causa primaria de compromiso en el comportamiento, en un rango de varias situaciones grupales.

Y para demostrar la importancia decisiva de la seguridad contextual que ofrece un grupo, un artículo del *American Journal of Psychotherapy* (Bergner, 2006) pone la idea a discusión, y ratifica que una psicoterapia bien conducida es una actividad cuyos juicios y decisiones dependen largamente de fundamentos de seguridad.

Los fundamentos epistemológicos que han sido estudiados son: el uso de la lógica argumental y la inferencia, la aplicación de esas formas lógicas a fenómenos empíricos, los resultados derivados de la misma clínica empírica del terapeuta, la aplicación de descubrimientos científicos aprobados, el uso de ideas basadas en la intuición y la evidencia anecdótica, lo aprendido de instituciones culturales, prácticas sociales y normas de comportamiento, lo aprendido de sistemas de conceptos sólidos y de ideas derivadas de la práctica clínica de otros. La investigación concluye que todos estos ítems son necesarios para conferir un fundamento de seguridad a la terapia grupal. Añadimos que el grupo, por su acompañamiento presencial, ayuda a las personas solitarias con sensación de abandono a aprender a sentirse cómodamente acompañadas y les ayuda a salir de su pseudo- autismo emocional o de su «ceguera mental» como lo llaman algunos autores (Baron-Cohen, 1989). Si la psicología del desarrollo y de las neurociencias revelan que el autista posee una falsa teoría de la mente y no puede adoptar ni coger la actitud de otros, el mismo déficit prevalece en no-autistas cuando tienen un pobre contagio emocional, y una baja empatía en la comprensión de pensamientos, deseos y planes de otros.

Como complemento a la investigación orientada a demostrar la eficacia de la psicoterapia y a desarrollar técnicas cada vez más específicas, se pretende poner de manifiesto factores terapéuticos comunes a todas las psicoterapias. Aunque sea una labor exhaustiva y que no debería ser excluyente, resulta útil para aprender y para protocolizar el proceso desde la experiencia real. Algunos trabajos también intentan configurar el proceso psicoterapéutico y los modos de respuestas verbales de los pacientes para facilitar las investigaciones y diseñar un sistema de tipificación de respuesta verbal (Lahera Forteza, Benito Ruiz et al., 2007). Estos autores analizaron la

utilización de los distintos modos verbales de los pacientes a lo largo de un mismo proceso terapéutico para caracterizar la actividad del paciente en cada sesión, así como procuraron analizar las respuestas verbales más frecuentes. La pretensión de este estudio, muy útil para la sociedad castellanoparlante permite categorizar las intervenciones del paciente y distribuirlas según la fase del proceso terapéutico en la cual se encuentra (fase inicial, intermedia y de terminación). Destacan los siguientes hallazgos, relevantes para la presente investigación:

- El uso del sistema de categorías de respuestas verbales es un instrumento útil para tipificar las intervenciones del paciente.
- Los hallazgos concuerdan con un modelo teórico integrador, que considera tanto las intervenciones del terapeuta como las del paciente, y que se basa en la construcción de una narrativa alternativa por parte del paciente, con la ayuda de su terapeuta. El modelo viene a ratificar que la psicoterapia es una construcción entre el terapeuta y su paciente.
- Las respuestas más frecuentes del paciente son la expresión de emociones, la narración de acontecimientos y la expresión de cogniciones. La distribución de las respuestas verbales del paciente es distinta según el fragmento de sesión en que se produce. La fase de terminación prevé evitar recaídas futuras.

Algunos investigadores de los procesos grupales dudaron de todas las investigaciones realizadas en este sector y realizaron un estudio que ratifica la pertinencia de esta duda. Su metaanálisis indica que la multitud de medidas de variabilidad percibida sistemáticamente da como resultado patrones diferentes de percepción, que dependen y responden a factores socioculturales cambiantes. Estos patrones mutantes desafían a la construcción de teorías y son sostenidos como advertencia para la elección de variables, dado que estas contribuyen a la percepción de la variedad intergrupala (Boldry, Gaertner y Quinn, 2007). Estos autores sospechan que las características de las variables son sensibles a los procesos sociales que se dan en un contexto social determinado. Tal sospecha reclama datos escrupulosos y el examen meticuloso de las actividades mentales que existen detrás de cada variable. Esta visión coincide con la de los estudiosos de la comunicación, ya que afirman que el uso de la lengua, la interacción verbal, la comunicación y los mensajes, necesitan ser estudiados como discursos en su situación mental, social y cultural, o sea, que hay que analizar los textos en sus contextos.

En resumen, este capítulo revisó los métodos de grupo en el campo de la intervención con pacientes de cáncer y en los grupos de comunicación, y situó la resiliencia, la perspectiva de futuro y la conciencia interpersonal en un lugar estratégico para una intervención terapéutica. Asimismo, exploró parámetros estructurales y funcionales habitualmente utilizados en las terapias grupales, preparando el terreno para que el próximo capítulo 2 defina los tres referentes angulares de la intervención GAFA (el analítico, el formativo y el de apoyo social), y culmine el vértice de ayuda resultante.

Capítulo 2

2. Definición del Grupo-Analítico-Formación-Apoyo (GAFA)

GAFA es un grupo conversacional analítico, de formación y de apoyo social. Está dotado de semi-directividad que favorece la proximidad e intensifica la relación de ayuda. **La ayuda es el concepto rector que da vida al trabajo**, y está entendida como la voluntad y el interés en querer ayudar y ser ayudado, con el objetivo principal de controlar la adversidad del cáncer, deshilar sus secretos y explotar la capacidad propia para desplegar perspectivas de futuro resilientes y acordes a los deseos propios. El encuentro con la causa analítica implica un efecto sorpresa de ayuda no voluntaria: crea un lugar de interlocución donde no lo había. Efectivamente, el aparato teórico que sustenta nuestro trabajo orienta una escucha en el sentido de posibilitar que cada miembro trascienda su situación personal en relación con el cáncer y pueda construir una lógica propia que dé sentido a la cura.

Apostando por un GAFA que reúne esas tres dimensiones simultáneamente, se percibe un territorio novedoso en el mundo de los grupos, pero no tan novedoso si miramos de cerca las clasificaciones grupales en boga según la asociación para especialistas en trabajos grupales ASGW. Con una disciplina alfabética, los investigadores grupales han ido clasificando los grupos en función de sus objetivos, y desde siempre ha sido aceptada la clasificación atendiendo a cuatro dimensiones: 1- tarea, 2- orientación, 3- consulta, y 4- terapia. En esta clásica clasificación, GAFA se situaría en el grupo de tarea y terapia. No obstante, a finales de los noventa, la ASGW ha ido aceptando una nueva clasificación diseñada por Waldo y Bauman (1998) que recoge los grupos según una matriz que permite una categorización grupal más exacta. El nuevo modelo utiliza una matriz con **dos macrodimensiones: Los procesos grupales y los objetivos grupales**. La primera macrodimensión (procesos) se divide en tres categorías: orientación, consulta y terapia; la segunda, (objetivos), se ramifica en tres categorías: desarrollo, remediación y ajuste, formando así una matriz con 9 tipos de grupos. Son grupos de:

- 1- Orientación-desarrollo
- 2- Consulta-desarrollo
- 3- Terapia-desarrollo
- 4- Orientación- remediación
- 5- Consulta-remediación
- 6- Terapia-remediación
- 7- Orientación-ajuste
- 8- Consulta-reajuste
- 9- Terapia-reajuste

Esta matriz de clasificación ha sido validada y aprobada por la asociación de especialistas en trabajos grupales (Waldo Y Barman, 1998), y permite una mejor comprensión y un amarre más sólido de los grupos. Aunque GAFA parece encerrarse en los tres grupos terapéuticos: terapia desarrollo, terapia-remediación y terapia-ajuste, se puede decir que la luz perceptiva de la orientación desmaterializa los límites fronterizos, puesto que el grupo en sí orienta como proceso, y pretende **“Orientar hacia la**

terapia”, sumando en línea dos procesos juntos, con los tres objetivos delineados por la asociación: “**Desarrollarse**” después de un cáncer, “**Remediar**” al paso de la enfermedad, y “**Ajustarse**” a la nueva vida de forma resiliente y con perspectiva de futuro.

En definitiva, GAFA es: 1) Un grupo analítico (A), 2) de formación psicoeducativa (F) y 3) de apoyo social (A), de modo que incorpora funcionamientos y pretende conseguir efectos que emanen de esos tres paradigmas. Además, se prevé estudiar la secuencia detallada del proceso de comunicación que se establece. No obstante, mientras el protocolo intenta marcar el ritmo al cual ajustarse, el principio analítico de GAFA señala un denominador común que da margen para diversos recorridos y que puede llegar a ensanchar el mismo protocolo delineado. Sin embargo, y pese a esta dificultad, pretendemos con GAFA dejar un margen para que surjan variables en la libre comunicación. Esta cuestión es central, dado que tratamos con personas con resistencias propias, deseos y pulsiones distintos.

A continuación, pasaremos a explicar resumidamente cada paradigma o referente sobre el cual descansa GAFA.

2.1. Referente psicoanalítico

El referente psicoanalítico asume que los humanos buscan agruparse por naturaleza y que los procesos grupales poseen bases biológicas. Esta perspectiva incluye fronteras con el mundo exterior, el cual tiene a su vez unas dinámicas y estructuras propias. La dinámica interior de un grupo permite que los miembros superen procesos oscuros mediante el análisis racional y la expresión emocional (Berdhal y Bouas, 2005).

Una idea clave psicoanalítica es que los miembros de un grupo lleguen a proyectar sus representaciones regresivas sobre el grupo como un todo o bien sobre algún miembro en particular. Pero las contrareacciones del grupo les permiten integrar representaciones más funcionales o más adecuadas a su realidad (Burlingame et al., 2005).

Entendemos con González y Pérez (2007, p.240) que el foco psicoanalítico está en la «diferenciación y continuidad del yo en su sentido subjetivo, como identidad o *self*». Este enfoque sitúa al yo en un contexto más decididamente interpersonal y cultural, y «lleva a plantear cuestiones que tienen que ver con los límites del yo, la integración del sí-mismo, la autoestima y el sentido personal». No se trata tanto de una reconstrucción del pasado, sino de una restauración del yo en el presente, inclusive, llegando a mostrar que el yo se construye en torno a ilusiones e imágenes. Nos empeñamos en ser algo que no somos, en función de los demás, que no son otra cosa que imágenes de otras creaciones sociales. El niño es iniciado en el orden simbólico de las relaciones sociales y así nace el lenguaje.

La explicación psicopatológica del psicoanálisis gira en torno a dos centros de gravedad: el conflicto inconsciente y el desarrollo detenido, los cuales, a veces, como señalan González y Pérez (2007), se dan en una dinámica interactiva. Además, un

trauma no es necesariamente un acontecimiento único, sino algo acumulativo provocado por estancamientos o crisis evolutivas.

Dentro del referente psicoanalítico, el enfoque de grupo promulgado por la escuela de Tavistock de Londres es de gran ayuda, dado que es una línea que se acerca a la medicina y a los tratamientos, y está muy afianzada en los medios hospitalarios. Denominado «grupoanálisis», es el tipo de grupo que más se adecua a nuestro trabajo. (Su origen histórico está presentado en el capítulo 1). La idea que sostienen esos grupos es la de dar cuenta del potencial terapéutico del grupo, que no proviene del resurgimiento de material del pasado, sino de la resolución explícita de la dinámica intragrupal, mediante la experiencia del *hic et nunc*; esta permite a la persona explorar el impacto de su comportamiento sobre los demás y modificar sus relaciones en tiempo real (Guimón, 2003). En forma análoga al organismo, el grupo analítico funciona como un todo en un terreno de relaciones siempre cambiantes; los participantes, al igual que su analista, interactúan dentro de un sistema de equilibrio dinámico y las aportaciones de todos ellos cobran significado en esa red dinámica de relaciones.

Alejándonos poco a poco de los planteamientos profundamente psicoanalíticos, el entendimiento filosófico propuesto por Frankl (1976) bajo nombre de Logoterapia codifica un problema padecido por una persona en el círculo neurótico en el que está rodeado; la persona queda envuelta en su lucha impotente contra los síntomas que lo invaden, tratando evitar o controlar experiencias que forman parte de su relación en esos momentos con las circunstancias de la vida. Esta comprensión de los problemas que reserva la vida propone entender una patología de acuerdo con el contexto que la circunscribe. En otras palabras se trata de captar el sentido o el significado que tendrá un trastorno, la función que tendrá en el laberinto vital de aquella persona. A nivel clínico, la persona asume la responsabilidad de las cadenas que limitan su libertad, y decodifica el boicot que se hace a sí misma. Mientras Frankl (1984) busca el autodistanciamiento, que consiste en dejar de luchar contra los síntomas, y la autotranscendencia que consiste en descentrarse de sí mismo para resituarse ante la vida, Yalom (2000) busca el sentido de la vida, su significado frente a la muerte, considera la soledad como variable existencial, y maximiza el valor del encuentro interpersonal. Sin embargo y pese a los matices distintos, estamos ante un mismo nexo psicoanalítico, la voluntad de una búsqueda del sentido al dolor y al sufrimiento, para que se haga más soportable y que se pueda lidiar con él.

Partiendo del principio de que la relación entre los humanos se basa en una historia que se comparte, Bateson (1951) elabora su perspectiva sistémica, y expresa su punto de vista subrayando la importancia del “relato”, de la narrativa, para poder existir. “Toda relación existe y se mantiene únicamente a través de la construcción de un relato”, dice. (Caillé, 2006). Añade que pertenecer a una familia es participar, tanto a través del discurso como del comportamiento, en el relato que tal familia elabora de sí misma. La verificación constante de esta proposición en el trabajo clínico ha llevado a algunos terapeutas sistémicos a designar estos relatos de pertenencia a un grupo, tan aleatorios y necesarios a la vez como “absolutos relacionales”. Son absolutos por el hecho de que a la vez explican y condicionan una relación, pero también porque escapan en gran medida a nuestra atención consciente y a nuestra reflexión crítica. Son nuestra verdad, pues “no conocemos otra” (Caillé, 2006). Basándose en el análisis de la comunicación, Bateson sostiene que en la psicología de la comunicación, la discontinuidad entre una clase y sus miembros está constantemente y inevitablemente rota, y que podemos

esperar a que una patología se imponga cuando se trata de una fractura lógica en la comunicación. Utiliza el término *double-bind* (doble vínculo) para referirse a secuencias experienciales sin salida: son situaciones en las cuales el sujeto haciendo lo que haga, nunca puede ganar, siendo atrapado en un doble vínculo castigador, que haga algo o que no lo haga (García Badarracco, 1999).

Queda pertinente mencionar un estudio desarrollado por Bateson (1956) sobre las dos modalidades de lenguaje que emplea el ser humano; son los lenguajes digital y analógico, siendo el primero el que se refiere a la lógica consciente, y el segundo el que se expresa mediante entonación de voz, posturas, modales, proxémica, elementos que a veces puedan contradecir la palabra, dando lugar a mensajes ambivalentes. Esa confusión en la comunicación, mayoritariamente familiar, puede ser un factor precursor en la etiología de la esquizofrenia, lo que fue el eje que vertebró desde los años 50s su trabajo en Palo Alto.

Derivando de la teoría de Bateson, la familia como sistema social esta mirada como una unidad aunque las relaciones entre los miembros que la constituyen pueden ser patológicas, causando trastornos o síntomas que puedan padecer algún miembro o todos. Una familia podría ser protectora, ayudar al desarrollo de sus miembros, pero también llega a ser asfixiante, ahogando cualquier intento de creatividad y autonomía. La familia, fuente de seguridad, por tanto de identidad, igualmente podría ser la causa de despechos, hostilidad y rebeldía, ambas posturas propiciando la respuesta grupal en un grupo terapéutico.

Pero, ¿Qué está en la base de las memorias del pasado que parecen tan vivos en el presente de un grupo? “Esos saltos temporales tienen que ser leídos en una perspectiva compleja en donde hay una interacción constante entre diferentes niveles sistémicos: individual, familiar, cultural, a lo largo de dos dimensiones temporales: una vertical, el tiempo histórico y una horizontal, el tiempo que se aclara en el presente” (Andolfi et al., 2006). Es la perspectiva del curso de la vida, teniendo presentes el tiempo ontogénico (el individuo), el tiempo generacional (la familia) y el tiempo histórico (contexto sociocultural). En la misma línea sistémica, Jay Haley, uno de los pioneros del modelo sistémico, sostiene que toca afectar la organización de un grupo para afectar a la emoción subyacente y producir el cambio terapéutico deseado. (Linares y Ceberio, 1998).

Volviendo al psicoanálisis, los investigadores Gabbard y Westesn (2003) hablan de acciones terapéuticas en cuanto se refieren a las formas de tratamiento psicoanalítico. Insisten sobre el cambio de énfasis de la reconstrucción a la interacción aquí y ahora entre analista y paciente; desde una mira contemporánea, una acción terapéutica implicaría la habilidad del paciente para percibirse en la mente del analista, al tiempo que desarrolla un mayor sentido de su subjetividad. Este modelo ratifica entonces el vínculo de lo interpersonal con lo intrapsíquico, y confirma las conclusiones de Benjamín en 1995 y Gabbard en 1997, citados por los autores, de que **la intersubjetividad es un logro del desarrollo en el cual los objetos son reemplazados por sujetos**. Momentos de encuentros llegan a ser especialmente importantes para organizar la experiencia procedimental y afectiva en un contexto relacional. Jones en 1997- 2000 se basó en la observación clínica y en el análisis empírico sistemático de transcripciones de sesiones analíticas para desarrollar un modelo integrador que tiene en cuenta tanto la interpretación como la interacción en la

relación, a las que denomina estructura de interacción repetitiva. La acción terapéutica entonces ocurre en el reconocimiento, la experiencia y la comprensión, por ambos miembros de la díada.

Por mi propia experiencia clínica, desarmar la anosognosia psíquica constituye un factor curativo muy importante. Esta palabra cuya etimología deriva del griego, *nosos* o enfermedad y *gnosis* o conocimiento significa la incapacidad de la persona de reconocer que está enferma. En nuestro contexto, estamos hablando de reconocer el mal estar de uno mismo, la infelicidad, las formas inadecuadas de relacionarse, o las dificultades para amar que la persona pueda sufrir sin reconocerlo; sólo los demás lo ven y en la mayoría de los casos también lo sufren. Una persona anosognótica necesita enfrentarse a su evidente falta para aceptar que algo le ocurre, y aún, a veces es muy difícil que lo acepte, ya que se trata de romper la imagen de su ego construida hasta la fecha para regular su supervivencia particular, y aprender comportamientos nuevos. Un cambio significativo no puede venir demasiado rápido ya que acarrearía el riesgo de disfunciones en otros sistemas del organismo, como provocar angustia indeseada, crisis de fobias, o incluso un brote obsesivo. El cambio se tiene que instalar paulatinamente, con dulzura, y captando la fuerza de la vulnerabilidad de la persona. En suma, se trata de cambiar sus imágenes mentales organizadas en pensamientos y pulir los recuerdos de su capital mental o psíquico. Una evaluación cognitiva del acontecimiento, que permita luego una reorganización afectiva. Es razonable coincidir con Damasio (2007) que el propósito del razonamiento es decidir; y que la esencia de decidir es seleccionar una opción de respuesta, es decir, elegir una acción no verbal, una palabra, una frase, en conexión con una situación determinada. Dice Damasio que los términos *razonamiento* y *decisión* suelen implicar que quien tiene que decidir tiene conocimientos a) sobre la situación que requiere una decisión, b) sobre las consecuencias de cada una de estas opciones, inmediatamente y en épocas futuras. El conocimiento que existe en la memoria bajo forma de representación disposicional, puede hacerse accesible a la conciencia tanto en una versión sin lenguaje como en una versión con lenguaje. Para facilitar esta transición terapéutica, escuchar los marcadores somáticos deviene una importante tarea. El propio marcador somático, terminología acuñada, por Damasio, tiene más de una vía de acción: Una a través de la conciencia y otra fuera de ella. Según sean los estados corporales reales o vicarios, la correspondiente pauta neural puede hacerse consciente y constituir un sentimiento. Sin esta escucha, ningún estado corporal será parte de la conciencia, y aunque la maquinaria subyacente escondida haya sido activada, nuestra conciencia nunca lo sabrá.

En consonancia con lo dicho en el párrafo anterior, otro abordaje lo ofrece la teoría de Lacan, que intenta inscribir o simbolizar una experiencia como el cáncer con las huellas psíquicas y significantes que la representan. Mediante el grupo se intentan deshilar los significantes para revestirlos por otros menos dolorosos.

No hay curación analítica posible sin poner el cuerpo en juego. Los acontecimientos del cuerpo se pueden tratar y no son el fruto de un efecto psicoterapéutico. Las creencias en el paciente (en su síntoma y en su inconsciente) son necesarias para que éste formule una demanda. La verdad prisionera del síntoma analítico tiene que ser liberada; así descifrará el síntoma. El síntoma fue considerado por Lacan como una metáfora para liberar la verdad, aunque si transitamos por sus enseñanzas más tardías, vemos que se convirtió en una satisfacción paradójica, un goce aparentemente sin sentido que excluye

la coherencia y rechaza el saber del inconsciente, volviendo a poner en cuestión la clásica pregunta: ¿cómo curarse de una satisfacción?

Con el afán de relacionar el lenguaje, el psicoanálisis y la comunicación, se hace imprescindible recorrer las enseñanzas de Lacan; como este recorrido extrapola los límites de este estudio, sólo seleccionamos algunos puntos que instruyan el presente estudio.

En su seminario *La ética en psicoanálisis*, Lacan pone de relieve que las constelaciones de representaciones describen un mundo que está organizado según las posibilidades del significante; el significante es aquel elemento simbólico que se concibe a la par con otro significante, haciendo cadena con él (*Escritos I*, 1966). Si el inconsciente se organiza según leyes de condensación y desplazamiento, quiere decir que se organiza según las funciones lingüísticas de metáfora y metonimia del estructuralismo lingüístico y según los efectos de sustitución y combinación de significantes en la correspondiente dimensión sincrónica y diacrónica del discurso.

En «La instancia de la letra en el inconsciente» (*Escritos I*, 1966), Lacan subraya que el significante está dotado tan sólo de valor diferencial, puesto que se concibe haciendo cadena con otro significante; por el contrario, la letra es el objeto real aislable. El sentido es el resultado de esta combinación y sustitución de significantes; el sentido se retiene en la metonimia y emerge en la metáfora. El analista, el sujeto que tiene el supuesto saber, hace aparecer este significante, que produce el efecto del sentido esperado. El punto de encuentro entre Freud y Lacan respecto a la satisfacción libidinal está en que la satisfacción esencial para Lacan se da en la comunicación misma, la cual libera algo del goce al liberar el sentido, mientras que Freud pone el acento sobre las formaciones del inconsciente y la teoría pulsional. Para Lacan, la risa de un chiste, por ejemplo, alude directamente a una satisfacción semántica, mientras que la codificación del sentido produce sufrimiento. El síntoma se sostiene precisamente por la retención del sentido. En su seminario *Encore (Aún)* (1975), Lacan ratifica que el goce de la palabra se sostiene por el lenguaje y es distinto del goce del cuerpo no hablante; es un goce que prescinde del Otro. Una palabra vaciada de contenido no apunta al reconocimiento del Otro, sino a la modalidad del goce propio, como si la palabra quisiese gozar. Lacan utilizó el neologismo *lalengua* (esto es, la palabra antes de su ordenamiento gramatical y lexicográfico, separada, por tanto, del lenguaje) para denominar este goce que habla, como si de un goce autista se tratara. De ahí la necesidad de la interpretación que la interpele, para ir desde el goce hasta el querer decir, construyendo un puente entre el goce y el saber (del inconsciente). Resumiendo, la letra forma el cuerpo del síntoma mediante el cual se fijó el goce. De hecho, un signo exterior del goce mal invertido es el dolor.

Si pasamos por el tamiz freudiano, vemos que el dolor se aborda como un síntoma que delata la marca de un deseo y que podría emerger mediante la palabra. Freud veía el dolor como el malestar producido por culpa de un aumento de goce, evidentemente prohibido, por lo que el sujeto elige su neurosis como mecanismo de defensa ante el goce (Lacan, más adelante, lo llama «elegir la modalidad de rechazo» del goce, este algo que perjudica, pero que produce una satisfacción pulsional de la cual uno no quiere prescindir). Por ello, si para Freud el dolor implica que se ha atravesado una barrera, un estímulo doloroso sería como un aviso de que el sujeto está desprotegido frente a su pulsión e incapacitado para alejarse de su malestar. La libido se retira del mundo

exterior y se coloca en el cuerpo, haciendo que el goce se coloque también en él, ocupando la mente y el discurso del sujeto. Sin embargo, estos son sólo factores psicosomáticos, hasta que se conviertan en síntomas analíticos, cosa que sucederá si el sujeto aprende a leer esas huellas corporales, o al menos apueste por leerlas, o persiga descifrarlas. El síntoma físico es lo más real que presenta un sujeto, y es la unidad elemental de la clínica psicoanalítica. Si por una parte el dolor-goce parece ser autista, a su vez necesita de otro, es decir, de la introducción del lenguaje para desinsertar al cuerpo de su goce. Este será el coste del saber si apostamos por una reducción del síntoma sin tener que controlarlo químicamente.

Por otro lado, la renuncia parcial o total al goce, sin haber aprendido a invertirlo de manera más sana, deja al sujeto deprimido.

El biólogo Joan Massagué (2008), quien investiga las metástasis oncológicas en el centro oncológico *Memorial Sloan Kettering* de Nueva York, alerta que estar bajo de defensas es exponerse al cáncer. Apunta este investigador catalán que el estado anímico de las personas deprimidas en quienes se ha comprobado una bajada de las defensas inmunológicas supone por lógica un riesgo de desarrollar un tumor maligno. La metástasis es un diálogo entre el tumor inicial y el resto del organismo, explica. Detalla que, precisamente, es la capacidad de un tumor de producir metástasis lo que permite clasificar las clases de tumores. Por ejemplo, el cáncer de mama presenta seis formas cancerosas que sólo tienen en común el hecho de haber invadido un mismo órgano. El cáncer es un tejido herido, estresado, contra el que responden las células inmunológicas que produce la médula ósea.

En la misma línea, la doctora Pert, que investigó durante más de 25 años la base molecular de los neuropéptidos y de sus receptores, tanto en el cerebro como en el sistema inmunológico, ratifica que el cuerpo puede y debe ser curado a través de la mente (Pert, 1999). Desafiando los conceptos convencionales, añade de manera innovadora que nuestro cuerpo *es* nuestra mente inconsciente. Pert nos conduce desde la sabiduría del cuerpo fisiológico hasta la sabiduría de los descubrimientos de laboratorio, para sostener la esencia de un ego entero y saludable. Las «moléculas de emoción», término que acuñó en 1999, son la prueba de que los receptores concentrados en el sistema límbico del cerebro también se encuentran en otras partes del cuerpo. Esto implica que la emoción no está generada por el cerebro, sino por las células mismas — que residen en todo nuestro cuerpo—, y se registra en el cerebro. El cerebro límbico transfiere la información al córtex frontal, donde nos hacemos conscientes de ella. Solamente en este punto tomamos conciencia de lo que sentimos, aunque la experiencia en sí transcurre a un nivel preconsciente y fisiológico (Pert, 1999). El nivel celular en el que las emociones se disparan es también el lugar donde las emociones no expresadas están almacenadas. La enfermedad catártica expresa la súbita y desbordada catarata de información que se conservaba en el cuerpo. Lo que Freud llamó el subconsciente es actualmente para Pert un proceso físico medible y cuantitativo. No existe la dualidad mente-cuerpo, afirma: el cuerpo es la mente subconsciente.

Y de Damasio (2007) cabe destacar una aclaración sobre la conexión entre los procesos mentales y el cuerpo que enferma. En relación al cerebro, subraya Damasio, el cuerpo proporciona algo más que el mero soporte y la simple modulación: proporciona una materia básica para las representaciones cerebrales. Nuestros pensamientos más refinados utilizan el cuerpo como vara de medir. Las señales neuronales dan origen a

señales químicas, las cuales originan otras señales químicas que alteran la función de muchas células y tejidos, incluidos los del cerebro, y alteran los circuitos reguladores que iniciaron el propio ciclo. Estos múltiples mecanismos reguladores, anidados unos dentro de otros, gestionan condiciones corporales tanto a escala local como global, de manera que los constituyentes del organismo, desde las moléculas a los órganos, operan dentro de los parámetros requeridos para la supervivencia.

Un exceso de estrés modifica la anatomía del cerebro. Cuando la existencia es difícil, el organismo desbordado segrega unas catecolaminas neurotransmisoras y el cortisol que procede de las glándulas suprarrenales. Estas sustancias son captadas sobre todo por las células límbicas de la zona profunda del cerebro. El cortisol provoca un edema de la pared que, al hincharse, dilata los canales. Los iones de calcio se precipitan a través de la membrana y hacen estallar la célula. Esto explica que el cerebro límbico, tras unos años de estrés cotidiano y de una existencia mal soportada, acaba atrofiándose. Por ello, la estimulación sana de un cerebro debería evitar la seguridad total que aletarga la vida emocional, así como el exceso de estrés que atrofia los circuitos emocionales y de la memoria y que paraliza la vida psíquica. Como el flujo y reflujo de las mareas, como los latidos del corazón y los movimientos de la respiración, lo que marca el ritmo de la vida y proporciona la sensación de existir es la alternancia. Esto explica por qué estamos obligados fisiológicamente a buscar pruebas de las que podamos salir airosos. De este modo, fabricamos referencias existenciales que nos llenan de euforia, incluso en el caso de que sean difíciles concebir o de utilizar. El organismo, despabilado por un estrés controlable, segrega oxitocina, una sustancia euforizante que se encuentra en gran cantidad después del acto sexual o del anuncio de una buena noticia. Son pequeñas moléculas de la familia de la morfina que aumentan por efecto de una discusión agradable, de un vecindario afectuoso o por el hecho de escuchar música (Damasio, 2007, p. 94). GAFÁ, con la ritualización de las interacciones entre sus miembros, con su modo peculiar de revestir a las participantes narcicisticamente, o de producir una identificación imaginaria que hace de “*partenaire*” del cuerpo, pretende una preparación fisiológica análoga. Efectivamente, en un mundo donde la precariedad de los vínculos sociales es la expresión por excelencia del síntoma, el adentrarse en un discurso grupal o en una relación social es un medio efectivo para salir de un goce considerado corporal o autista. Cuando se ha logrado comprender la significación personal de una enfermedad, su «sentido», el relato pasa a ser la «historia del paciente». Además, la subjetividad del paciente, requisito indispensable en psicoanálisis, implica la apertura, tanto de los pacientes como del terapeuta, a una interrelación que afecta a ambos. Esto quiere decir que los modifica al ponerlos en relación entre ellos, con sus límites y sus posibilidades. El terapeuta-analista construye con sus pacientes una narración que intenta dar cuenta del sufrimiento con el fin de que les proporcione un sentido. Los miembros, junto con él, afrontan la cuestión de su significado y de la significación que emerge, y entienden que la esperanza de cura, analítica por supuesto, supone que el sufrimiento quería decir algo: la verdad. *Quo talis est.*

2.2. Referente psicoeducativo

El modelo psicoeducativo está enfocado para proveer información acerca de la enfermedad, de su tratamiento o de su trasfondo psíquico, y pretende enseñar estrategias

de enfrentamiento (Burlingame et al., 2005). Los grupos psicoeducativos son un híbrido entre una clase académica y una terapia de orientación, y poseen características de ambas. Según la *asociación de especialistas en trabajo grupal*, son los grupos más utilizados para educar a las personas a enfrentar amenazas y entender eventos vitales de desarrollo o de crisis (Brown, 2005). En nuestro estudio trataremos el aprendizaje de dar y recibir ayuda para que pueda cubrir, en la fase de superación de la enfermedad, las necesidades cognitivas, afectivas y conductuales que conforman el deseo de recuperar la normalidad, para encarar el presente desde una perspectiva sólida y realista de futuro. Esta normalidad pretende ser diferente y más resiliente. La ambición psicoeducativa GAFA trata de forzar el destino mediante el relato: efectivamente, las fuentes de representaciones verbales, íntimas, familiares y sociales son accesibles, y pueden modificar un estereotipo cultural o sociofamiliar mediante la narración y la interpretación del mismo, dándole un nuevo sentido.

Los elementos psicoeducativos de GAFA son básicamente la información que se va otorgando a lo largo de las sesiones, mediante folletos o explicaciones psicoanalíticas. Incluyen **un componente instructivo, un aprendizaje afectivo y también emocional**. Además, la duración máxima de 9 sesiones enmarca el grupo en un grupo psicoeducativo, puesto que los grupos analíticos suelen ser más largos.

La terapia psicoeducativa no rodea los porqués, sino que los coge de frente; traduce en palabras la propia subjetividad, y comparte imágenes y emociones vividas a fin de darles un sentido que pueda comunicarse. El sentido generado de una enfermedad que se articula en la vida procura una dicha duradera que se puede transmitir a otros y puede ayudarles, a la vez que procura una satisfacción personal. Es la esencia de la ayuda terapéutica en un grupo psicoeducativo. Como lo expresó Kandel (1979), la biología de la psicoterapia sería comprendida como un caso especial de biología del aprendizaje.

En los procesos formativos de una terapia grupal, el terapeuta procura focalizar la atención de los participantes sobre algún punto terapéutico de interés; la atención dirigida que fomenta toma en cuenta diversos componentes, concretamente **la selección, la atención sostenida y la dividida** (Porcel y Guardia, 2007). Los tres son necesarios para llevar a cabo la comprensión y la incorporación de un concepto nuevo.

Efectivamente, en contraposición a aquellos procesos que se llevan a cabo de una manera inconsciente, y que en apariencia no requieren un esfuerzo mental consciente, los procesos formativos en un proceso grupal, cuando el terapeuta procura focalizar la atención de los participantes sobre algún punto terapéutico de interés, requieren atención para ser realizados. Los tres elementos privilegiados por Porcel y Guardia (2007) y conyugados entre ellos permiten a recuerdos desatendidos o devorados por el tiempo recuperar la atención que se les debe, y revelar disonancia misteriosa con el presente y con la enfermedad. Unos fragmentos de significados que se transmiten invitan al ser a iniciarse en el saber sobre su propia vida e indagar en los archivos de su memoria y la de sus antepasados.

En cuanto a la enseñanza de la perspectiva de futuro, importante cuando se habla de normalización de vida, se lleva a cabo de una manera sutil y sugestiva dentro del cuerpo conversacional. En el modelo neo-conductista, motivación y aprendizaje representan los ejes fundamentales que rigen la conducta humana, siendo la motivación «la energización del comportamiento» y el aprendizaje, «el responsable de marcar el

rumbo hacia la consecución de metas» (Barberá, 1997). Sin embargo, se reclama la presencia de la perspectiva sistémica para sostener una concepción relacional de la motivación, según la cual las relaciones interactivas que se generan entre una persona y su entorno hacen que algunas necesidades se transformen en metas y planes, aunque sea por una comparación social. Así que si por culpa de un cáncer el mundo del sujeto se desconfigura y su cuerpo cambia en el presente, enseñar a reanudarse hacia un futuro próximo alienta a una adaptación eficiente. El ideal de una enseñanza —*el mathema* diría Lacan— implica ofrecer un sostén que ayuda a cada persona a abordar su futuro participando en él. Esta tarea formativa y didáctica procura reintegrar lo fragmentado del cuerpo y del espíritu, indagando los aspectos inter e intrasubjetivos de un modo direccional y operativo, otorgándole un aspecto instrumental de rectificación que puede ir en aumento según la espiral del conocimiento adquirido. La heterogeneidad de los miembros que se da en un grupo permite que cada persona aborde la información recibida en común de un modo particular, aportando al resto del grupo un conocimiento vinculado a su bagaje personal, que complementa y enriquece a la información de impacto, o por el contrario intenta confrontarla protegiendo su esquema referencial y abriendo un debate, que a su vez, potencia el aprendizaje. El saber es más una producción colectiva que un conocimiento vertical.

En definitiva, el grupo con pacientes de cáncer integra una instrucción formal y una parte psicoeducativa dentro del programa. Este tipo de grupo reunido alrededor de un tema único, la curación del cáncer de mama, incorpora un enfoque cognitivo a pesar de la orientación psicodinámica de fondo. En él se ofrece una instrucción explícita sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre los tratamientos invasivos; se explican también las respuestas autodestructivas del paciente. Las instrucciones didácticas, además de transferir información y estructurar el grupo, sirven para alterar los patrones de pensamientos destructivos y transmitir información sobre los procesos neuroquímicos, favoreciendo el ataque al problema y haciendo de la voluntad cognitiva una aliada preciosa (Yalom, 2000). Se entiende que la explicación de un fenómeno es un paso imprescindible hacia su control, voluntario o no.

2.3. Referente social de apoyo

La psicología social aborda a la persona inmersa en sus relaciones afectivas y relacionales cotidianas, y su campo “operacional y privilegiado”, como lo dijo Pichón Riviere (1995), es en el grupo, una estructura básica de interacción, donde se refleja la relación dialéctica mutuamente modificante entre sujeto y medio. La proximidad afectiva que proporciona un grupo terapéutico se impregna en la memoria y paulatinamente se va tejiendo un apego hacia los miembros del mismo. Las relaciones afectivas, así como los placeres intelectuales, otorgan un efecto protector a nuestras neuronas, sobre todo en la edad madura. El apego organiza nuestra vida social y es la sal que le da sabor sobretodo en la franja de edad adulta, puesto que, a la estabilidad y madurez logrados y consolidados a lo largo de nuestra existencia, se oponen un mundo cambiante y un contexto inestable. Además, si añadimos a esas premisas una lucha común contra la misma enfermedad, se enfatiza la efectividad del soporte; **la comunicación de soporte está definida en nuestro trabajo como el comportamiento**

verbal y no verbal producido con la intención de proveer asistencia a los que percibimos como necesitados de ayuda (Burluson y MacGeorge, 2004).

Otra definición de referencia sobre la ayuda mutua nos la da Silverman quién en 1980 (citado por Gracia Fuster, 1997), afirma que la ayuda mutua ocurre únicamente cuando la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten una historia del mismo problema, siendo la esencia del proceso **la mutualidad y la reciprocidad**.

Ayudar a los demás constituye una forma de interacción humana que abre las puertas a descubrir el valor de otra persona a través del amor, induciendo al otro a desarrollar esta misma capacidad en sí mismo, y a su vez retroalimentar una auto ayuda, proveerse a uno mismo con sentido altruista y creativo. Efectivamente, quien se ofrece a satisfacer los deseos del prójimo en detrimento de los suyos propios no pertenece por ello a la familia de Masoch ya que busca complacer su propia estima (Cyrulnik, 2003, p.121).

Barbee, Rowatt y Cunningham (1998) exploraron los modos con los cuales la emoción afecta a los que buscan apoyo. Se ve que las maneras indirectas de buscar ayuda a menudo conducen a alejar a las personas de uno mismo, y en cambio la búsqueda activa de ayuda suele ser respondida. También el buen humor positivo fomenta la ayuda de la gente, mientras las personas negativas, etiquetadas de egocéntricas, suelen recibir menos ayuda. Además el estudio demuestra que la depresión constante de una persona afecta tanto a los que la ayudan que suelen acabar sintiendo rechazo hacia ella. Si la relación es de proximidad, si el problema está considerado como una crisis importante y si parece no confrontar a la persona que imparte la ayuda con impotencia, hay mucha más probabilidad de dar asistencia. Para concluir, esos autores dicen que el éxito en el intercambio de ayuda puede tener consecuencias a largo plazo si se mantiene la relación primordial en la cual esta se estableció. Claramente, se ve que **el apego y el soporte a las emociones del otro es de ayuda no solamente para el que la recibe pero también para él que la da, y enriquece la relación entre ambos; efectivamente, un mundo sin el otro sería un abismo enloquecedor**. Servan Schreiber (2004) explica como una región específica de nuestro cerebro emocional es responsable de los llantos de desamparo que emiten los bebés en cuanto se separan de sus figuras de apego. Asimismo la misma región es la responsable de nuestra reacción instintiva a dichos llantos. Desde el nacimiento el cerebro emocional del bebe emite una llamada *¿Estas allí?* Una y otra vez él de la madre le contesta *¡Sí!*. Estos lloros y actos reflejos constituyen el arco reflejo de las relaciones entre los seres tanto si son animales como humanos, la base sobre la que se levanta toda comunicación oral, todo el canto de los pájaros, todos los mugidos, bramidos, ululatos, ladridos, maullidos, chillidos, y toda la poesía y canciones de los seres humanos (Servan Schreiber, 2004).

La perspectiva de comunicación sobre la ayuda y soporte mutuo añade a las perspectivas sociales en tanto que da un rol principal y básico a la comunicación, puesto que el soporte social es fundamentalmente comunicativo, haciendo que **el estudio de la ayuda social se determine por el estudio de la comunicación de ayuda**, con sus elementos explícitos e intencionales, verbales y no verbales, de aumentar el bienestar del otro (Burluson & MacGeorge, 2004). Como las otras formas de discurso, la comunicación de ayuda y soporte explora fundamentalmente los procesos de comunicación y la producción de mensajes. El soporte se enmarca en la ayuda recibida, percibida, instrumental, o de conducción, o también como respuesta a estresores ambientales, aunque no necesariamente como reacciones a una necesidad inmediata. En

cuanto a la funcionalidad de los mensajes emitidos por el grupo con el afán de ayudar, es importante aclarar que sus contenidos deben estar centrados en la necesidad del oyente, para no negar los sentimientos de este último o desafiar su legitimidad, cosa que normalmente no se percibe como ayuda. Esos contenidos pueden clasificarse en intenciones, estrategias socioeducativas, interpretativas y con implicación (Burlison y MacGeorge, 2004).

En clave de apoyo social procede aclarar que el recuerdo de hechos pasados, ligados no tanto a su desarrollo episódico, sino a las sensaciones que los acompañan y a la calidad de las relaciones con las cuales estaban tejidos, constituye un cierto tipo de memoria procedural que se transforma no solamente en el motor del recuerdo, sino también en el motor del cambio. Por eso son necesarias la narración y la escucha atenta. Asomándose a la lucidez de su narrativa, la persona aborda los lemas y dilemas de su vida, los saca del contexto pasado para circunscribirlos en un texto presente frente a otras personas próximas que le apoya participando de la dimensión de la palabra. **El cambio psicoterapéutico descansa en la reparación otorgada por la interacción con los demás miembros y con el terapeuta durante la comunicación interactiva.** Por ejemplo, si algún miembro presenta un grado elevado de narración auto-centrada, bien por culpa de un narcisismo elevado, bien por culpa de un nivel alto de neuroticismo, los demás miembros se encargan de hacérselo ver, sea interrumpiéndolo, sea cambiando de tema. De esta manera, el componente relacional está detrás de un cambio para disolver la saturación del relato auto-centrado. Desde un enfoque relacional grupal, y siguiendo con el análisis de la comunicación interactiva, se podrá calcular el grado de dispersión alrededor de un componente de la narración como indicativo de la riqueza o pobreza de los recursos interactivos. La comunicación deviene un fenómeno social precisamente cuando, como propone Krippendorff (1993), los participantes reconocen o construyen en sus comprensiones las comprensiones de los interlocutores, y cuando los comunicantes son capaces de verse a través de los ojos de los demás. Pichon Rivière (1995) funda su noción social diciendo que el contraste que más sorprende al terapeuta consiste en descubrir con cada paciente que no se encuentra con un hombre aislado sino ante un emisario, el actor principal de un drama pero también el portavoz de una situación protagonizada por los miembros de un grupo social.

Por otra parte, según los investigadores Held y Maucorps (1971), la mayoría de los sujetos buscan verse a sí mismos en una imagen mejorada por parte de los ojos de los demás. Explican que **salir de uno mismo para verse mejor es en sí una maniobra social**, un reconocimiento indiscutible de la existencia de otro y una renuncia a la soledad. Poyatos (1994) nos habla de *mirroring behaviors* o conductas simétricas en el grupo, fenómeno corriente entre interlocutores cuando la persona más influyente sirve de modelo a los demás, consciente o inconscientemente. Como técnicas empáticas, estos investigadores han postulado que **la identificación y proyección** son las dos técnicas fundamentales del proceso. A veces ambas se combinan dinámicamente y dibujan una oscilación ultrarrápida que describe la oposición dialéctica entre uno y los demás, así como la avidez de fusión. Aun así, los excesos son peligrosos. Con demasiada identificación, uno puede perder su yo; con una máxima proyección, se llega a un estado de egomorfismo que encierra al sujeto en un campo homogéneo que le prohíbe toda referencia fuera de su círculo, y que le hará tomar por realidad una visión trucada.

Desde las investigaciones de Bandura (1977) sobre la teoría del aprendizaje social con la perspectiva comunicativa, la teoría cognitiva social es de especial relevancia, tanto para analizar los efectos de los medios como instrumentos observados como para conocer los mecanismos de modelado social a partir de los medios. A partir de sus ideas sobre los refuerzos positivos, se acepta que **la imitación social** es una fuerza terapéutica efectiva, por **el aprendizaje vicario** que se dispara en una espiral adaptativa; en los grupos, es más difusa debido a la diversidad de los miembros, sin embargo, un ojo experimentado va viendo como se adquieren aspectos de los demás miembros y del terapeuta en cuanto sean percibidos como modelos. La imitación no mimética comporta un complejo proceso de señalamiento (*deixis*) que culmina en la comparación social y la validación por consenso. De este modo, se reduce la sensación de soledad dando lugar a una reestructuración cognitiva.

Yalom (2000) considera que el proceso de aprendizaje cognitivo social tiene un sólido impacto terapéutico, puesto que parte de la premisa de que darse cuenta de lo que no somos constituye un progreso hacia la determinación de lo que somos.

Otra dimensión social de ayuda en un grupo es **el fenómeno de la interdependencia**, la cual, paradójicamente, también es un fenómeno con poder *enfermante* en muchos contextos. Líder en el tema, el doctor García Badaracco (1999) explica que el fundamento de las interdependencias es algo obvio, pero que nadie quiere ver. Es como la vida misma, en la que el amor, la simpatía, la comprensión, la capacidad de ponerse en el lugar del otro son saludables, creativas, dan felicidad y generan solidaridad; mientras que otras elecciones tales como el sadismo, el masoquismo, las perversiones o las relaciones de sometimiento son interdependencias que, además de tener el poder de crear cronicidad, producen sufrimiento y pueden generar enfermedades para toda la vida. García Badaracco afirma que los cambios terapéuticos más significativos en un proceso terapéutico no surgen necesariamente de las interpretaciones que se puedan dar a un paciente, sino en las experiencias emocionales que pueda hacer para enriquecer su vida y desarrollar recursos propios nuevos y genuinos. Sin emociones relacionales la memoria permanece vacía. Para llenarla es necesario que una relación estimule la amígdala rinoencefálica, asiento de la clasificación neurológica que facilita la memoria de las imágenes y de las palabras (Cyrulnik, 2007). Así que las pequeñas interacciones repetidas pueden tener un efecto en la configuración cerebral más durable que ciertos grandes acontecimientos. Por el contrario, cuando se perturban las relaciones, la fisiología se degrada y la sensación es como si se tratase de un dolor. Es un dolor afectivo a menudo más intenso que el sufrimiento físico. Esta llave de nuestro cerebro emocional depende de la calidad de todas nuestras relaciones afectivas. En medio de la pesadilla, cuando falta de todo hay algo que todavía queda: **la relación afectiva**. Poder seguir dando, para sentirse humano, sentir que todavía se cuenta para alguien, es más fuerte que el hambre o que el miedo (Servan Schreiber, 2004).

En el estudio sobre el apoyo social, son ampliamente aceptadas las distinciones entre una perspectiva estructural y una perspectiva funcional del apoyo, y entre la percepción y recepción del mismo. Nos lo confirma Gracia Fuster (1997) quién dedicó su libro *El apoyo social en la intervención social y comunitaria* al objetivo de subrayar **la importancia del apoyo social en el contexto de la intervención social y comunitaria**. Afirma que los efectos protectores del apoyo social se han observado con mayor frecuencia al utilizar medidas funcionales cualitativas que al utilizar medidas estructurales cuantitativas. Las relaciones implican un sentimiento de compromiso en el

sentido de que se producen intercambios mutuos y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro. Ante el peligro o el desastre, una persona buscará la proximidad de otra persona conocida de confianza y en tales circunstancias su conducta de apego se considera como natural, no regresiva. En cuanto al campo de la salud, afirma este autor que hay una tendencia a ser negligente con la propia salud cuando se carece de relaciones importantes de apoyo; además el sistema inmunitario puede deteriorarse y funcionar de forma menos efectiva en ausencia de las mismas. Así que son importantes los trabajos que estimularían el desarrollo de nuevas iniciativas de prevención e intervención con el objetivo de optimizar la calidad de los recursos informales de apoyo en la comunidad.

Citado por Gracia y Fuster (1997), Gottlieb en 1992 afirma que las intervenciones basadas en el apoyo social independientemente de la estrategia que se adopta, difieren de otras, puesto que su objetivo fundamental es la creación de un proceso de **interacción con el entorno social** que sea capaz de satisfacer las necesidades de las personas. En cuanto a la óptica evolutiva, Kropotkin desde 1902 consideraba la ayuda mutua como un factor de evolución, puesto que la cooperación es un mecanismo básico que capacita a la sociedad humana para su supervivencia y desarrollo.

Para concluir este apartado una aportación de Yalom (2000) que arroja luz sobre los factores curativos de una terapia. Considera **el grupo como un microcosmos social** cuando dice que el estilo interpersonal de cada miembro de grupo aparecerá en sus transacciones en el seno del grupo; así que identificar y plantear como aprovechar terapéuticamente el comportamiento interpersonal inadaptado deviene una de las principales tareas del terapeuta, y de un programa de formación para psicoterapeutas de grupo. La idea es que si los miembros se pueden comportar sin reservas, recrearán en el grupo su patología. El grupo otorga una oportunidad única para entender la dinámica personal de cada miembro, su conducta in vivo. Saber aprovecharlo de la mejor manera es un factor terapéutico por excelencia.

2.4. El vértice de ayuda en la intervención y la dinámica interactiva

En GAFA, el modelo conjuntivo de ayuda se fundamenta en la índole de las funciones básicas de la comunicación interpersonal. La psicoterapia se ocupa de la digitalización (verbalización) correctiva de lo analógico (no verbal). Se corrigen los esquemas relacionales disfuncionales a través de una experiencia emocional correctiva (Madrid, 2005). Entendemos que la reestructuración cognitiva de un problema es un proceso complejo, y frecuentemente resulta amenazante para el paciente, porque descubre que sus problemas tienen una raíz dentro de él y no a su exterior, cosa comúnmente difícil de asumir o que requiere un proceso de elaboración lento.

El vértice de ayuda arranca de los tres paradigmas, analítico, psicoeducativo y social y lo tiñe de un acento grupal y con una dinámica interactiva. El diálogo que se instala no tiene que ver con repartir soluciones y consejos sino que trata de que se crea una nueva realidad mientras se está hablando, formándose una síntesis, una fusión pero no una suma. Hablando de la fuerza curativa que tiene el dialogo, Engquist (1996) dice metafóricamente que el oxígeno y hidrógeno se convierten en agua, la cual tiene

características completamente diferentes de sus componentes, pero eso no se ve hasta que uno no haya visto el agua. Desde el ángulo grupal, entendemos que hay un terreno particularmente propicio para estimular la propia capacidad de entender las intenciones de los demás y de fomentar la empatía. Efectivamente, las neuronas espejo estimuladas por un contexto grupal forman parte de un sistema de percepción y ejecución cerebral que activa las regiones específicas de nuestra corteza motora, y espolean una cascada de elementos y emociones, ayudando a vacilar posiciones arcaicas para instalar otras más eficientes. Pensar de una forma nueva, cuestionarse antiguas verdades, es decir, reestructurar la realidad propia, puede dar lugar a una solución de segundo orden como lo manifiesta Engquist (1996, p. 289) que puede ser muy enriquecedora. “Lo que está bien o mal, la seguridad, la consideración, la sensación de valer, el contacto y el calor humano son ejemplos de aquellos conceptos que pueden ser objeto de una reestructuración”.

El punto de partida del cambio es el efecto intersubjetivo de la empatía que ofrece la posibilidad de salirse de uno mismo y de prepararse para la palabra. Este proceso se desencadena en virtud del fenómeno de las neuronas espejo; en realidad se trata más de “relatos espejo” que de neuronas espejo (Cyrułnik, 2007, p. 156); efectivamente, las neuroimágenes coinciden por completo con el psicoanálisis: el estadio neuronal de la empatía hace que la persona que observa el comportamiento significativo del otro y al mismo tiempo se impide hacer esa acción, sensibilice su propia zona del lenguaje, explica Cyrułnik. Así que si no fuera por el espejo social, y si se negara toda aportación proviniendo del exterior, ese se quedaría fuera de nuestro alcance.

Por otro lado, aceptar sin murmurar esta primacía de lo social sobre lo individual puede asustar, y por lo tanto a veces se niega o se evita para defenderse de ello, mediante la calcificación de la propia postura y el rechazo de las ajenas. A veces se proyecta sobre el otro, puesto que al no haber podido representarse su mundo en una etapa anterior del desarrollo, se le atribuye los propios deseos, de persecución u otro, dando lugar a trastornos varios. No se juzga a otro, sino que se pregunta como uno está juzgado por el, así que la persona intenta conocer al otro para saber algo más de sí misma. A partir de este momento el otro deja de ser una diana pasiva y debe contar para uno mismo. No es un simple espejo ante el cual se confirma la propia existencia, explica Cyrułnik (2007); este espejo adquiere una personalidad y se le pide condiciones de autenticidad.

Ayudar y ser ayudado permite tomar una cierta distancia de la emoción para poder pensar, estableciendo una cierta relación afectiva con otro puesto que la persona entra en un discurso que la rescata de su soledad. Las ideas acumuladas por fin pueden ser desenredadas y expulsadas con un objetivo de ayuda, y es así que se despiertan los anhelos de recomenzar. Esta reciprocidad subjetiva, requisito indispensable para poder hablar de tratamiento, implica la apertura de ambas partes, el ayudado y el ayudante, a una interrelación que afecta a ambas, lo que quiere decir que modifica a los dos. Se reconoce la singularidad de cada uno, se da cuenta del malestar ajeno y se procura darle sentido mediante propuestas que surgen a partir de la sensación de lo que aquello suscita en el otro. Todo ello mediante la palabra. Efectivamente, **el habla confiere al espacio sensorial un valor semántico**; el territorio humano no aparece nunca como un espacio marcado al modo animal, sino como un “territorio semántico” (Cyrułnik, 2004, p. 70).

Desde el momento en que una persona es capaz de hacer narraciones, apela a su memoria explícita, se representa a sí misma con imágenes y palabras y construye así una película que articula su identidad narrativa. Desde el instante en que edifica un mundo de palabras, le da una coherencia, lo siente, lo experimenta, lo ve, y por lo tanto, le puede responder. Cyrulnik (2007) examina como la biología encuentra una explicación del efecto mágico de las palabras, y como la narración vuelve a dar coherencia a un mundo alterado; nos enseña que la relación instauro un vínculo que inspira seguridad y que restablece el buen funcionamiento de las sinapsis. Explica:

“Para coronar el conjunto está el efecto de la palabra que libera emociones de pesar, alegría, sorpresa o de tranquilidad inducidas a su vez por modificaciones biológicas. Quienes sufren sin poder dominar sus emociones segregan demasiado cortisol crónicamente. Las paredes de las células del hipocampo se edematizan; los canales dilatados de la pared dejan entrar demasiado calcio que, al invertir el gradiente iónico, inflamaron las células hasta la explosión. En el otro extremo, los que logran dominar la emoción con ayuda de una terapia adecuada, elaborando relatos y teorías para tratar de analizar las razones de su sufrimiento, tomando cierta distancia y estableciendo una relación afectiva con otro, aprenden a controlar su desazón, poco a poco, palabra por palabra, afecto tras afecto, molécula por molécula, lo cual no solo disminuye los niveles de cortisol sino que evita la explosión de las células del hipocampo. Todo lo que pueda vencer la biología del sufrimiento provocado por una percepción o una representación, calma al paciente y actúa contra su déficit de BDNF (*brain derived neurotrophic factor*) que es una sustancia que nutre las células del cerebro. La atrofia es por lo tanto reversible pues actuando en cualquier punto del sistema de relaciones sobre la célula nerviosa, sobre la manera de ver las cosas o sobre el medio que rodea al paciente, se reanuda la secreción de ese factor nutriente del cerebro.” (Cyrulnik, 2007, pp.122-123).

Ante un naufragio de soledad, si ya no se tiene historia ni esperanza, las palabras pierden su gusto, son solo sonoridades que han sido vaciadas de su sentido.

En cuanto a la evaluación de la ayuda generada, Madrid (2005) propone que los criterios de evaluación deban considerar **la idoneidad, la efectividad, la racionalidad y la participación** (Madrid, 2005, p. 161). Yalom (1985) propone una concepción existencial del proceso de ayuda y subraya la importancia del afecto genuino por la persona del paciente y de los miembros del grupo. Es un sentimiento de amor por la persona del otro y que no es un enfermo sino un hombre. Incluye una preocupación por el desarrollo de la persona y por hacerlo entrar en la vida. A veces son momentos de puro encuentro. En grupo, desde el lado del terapeuta, el amor no debe depender de la reciprocidad del paciente y en ningún caso responder a necesidades personales, cosa fácil de aplicar si pensamos que si un conductor grupal tiene la conciencia a la deriva tiene la ciencia al pie de la letra; pero desde el lado de los participantes, agentes de ayuda también, esta norma no siempre es fácil de aplicar, puesto que normalmente son personas sumergidas en sus propias necesidades. Efectivamente, el inconsciente escapa del discurso de todo sujeto, además de que estamos hablando de participantes que han tenido cáncer, es decir que tienen un cuerpo afectado, perturbado, o como dice Miller (2003), *viviente*, ergo, que se puede transformar por el discurso.

Para entender la evaluación de la ayuda generada nos sirve el esquema siguiente (Fig. 2.1), inspirado de los trabajos de Carkhuff en el 2000, y que ilustra cómo los componentes de la ayuda son dinámicos y constituyen un proceso; la implicación, destreza fundada en las ideas Rogerianas, deviene operativa en tanto que permite llegar a la confrontación y al cambio que persigue GAFSA, habiendo pasado previamente por la auto-exploración y la comprensión. Basada en la idea de potenciar sistemáticamente el desarrollo de las personas, el modelo instruye que las personas necesitan ser estimuladas para crecer. Carkhuff instruye que una relación de ayuda eficaz debe promover un doble

movimiento: descendente o de interiorización (autoexploración), y ascendente o de direccionalidad constructiva (plan de acción) (Carckhuff, 2000; Giordani, 1997).

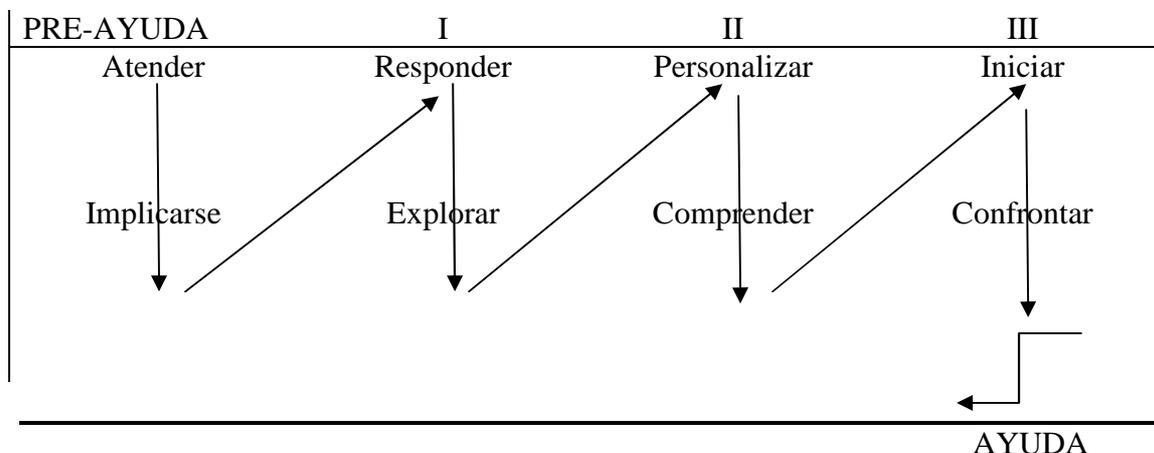


Fig. 2-1: Proceso de ayuda en GAFA (Adaptado de Carckhuff, 2000)

Como se ilustra en el esquema, el arte de ayudar y atender al otro significa **implicación, exploración, personalización, comprensión, y confrontación**. Para cada nueva iniciativa, el punto de partida es siempre una exploración ulterior, una comprensión más profunda y una acción más efectiva; así que el arte de ayudar inicia con un proceso de aprendizaje que se alimenta con los adecuados estímulos y apoyos. Son destrezas estratégicas que consideran la importancia del papel del terapeuta y que movilizan un ciclo de ayuda que, en el panorama de GAFA, implica resultados positivos en la tarea, la relación, y en la generación de significados nuevos compartidos.

Para conseguir una convergencia en el significado grupal, los miembros del grupo deben compartir significados para negociar la realidad en común, y sentirse implicados emocionalmente en esos símbolos (Keyton, 1999); para ello, la relación debe gozar de fortaleza y de calidad. Por otra parte, el mero hecho de narrar su propia historia ante los demás implica una restauración de recuerdos, que posibilita vacilar las soluciones sintomáticas que un sujeto opta tener como soporte. Entendemos que el cáncer, como acontecimiento desestabilizante, puede precipitar un malestar subjetivo o un fracaso del saber hacer habitual con los síntomas propios. A eso añadimos que el terapeuta-analista pone las palabras a la historia, añade significantes o introduce los sentimientos que la acompañaban. Estar *en*, estar *para* y estar *con*; tres notas que sintonizarán la partitura de la ayuda.

Etkin, Phil, Pittinger et al. (2005) dan cuenta de recientes estudios que compararon el efecto de la psicofarmacología con el de la psicoterapia y avisan que la psicoterapia produce cambios en el cerebro, algunos de ellos compartidos por los fármacos y otros específicos del tratamiento utilizado. También plantean los autores que esas mediciones por neuroimagen son sensibles tanto a procesos de nivel consciente como a procesos de nivel inconsciente dado que ambos niveles se reflejan en los procesos profundos cerebrales. Los autores acaban su revisión confirmando la efectividad de la psicoterapia

interpersonal, y confirman que las relaciones de la actividad cerebral y de la conducta se observan solo cuando el estímulo es procesado inconscientemente, confirmado la evidencia de que la efectividad de una terapia tiene que ver con su intento de normalizar desviaciones inconscientes y no conscientes como en el conductismo puro.

La proximidad afectiva que proporciona un grupo terapéutico se impregna en la memoria y se va tejiendo un apego hacia los miembros del mismo. Las relaciones afectivas así como los placeres intelectuales otorgan un efecto protector a nuestras neuronas, además de que la sensación de pertenencia está normalmente asociada a la felicidad. Efectivamente, la atracción social facilita la ayuda y mantiene vivo el interés recíproco de las personas.

Para concluir este apartado, podemos decir que ayudar y ser ayudado “ayuda” a los que sufren tanto en lo mental como en lo moral, abortando pulsiones inútiles y dañinas. Los 3 referentes, psicodinámico, formativo y social generan ayuda; además, los participantes vienen en aras de impulsar un proyecto para promover el bien-estar de otras, infundiendo retos e ilusiones, y al mismo tiempo ganando en auto-estima por haberlo conseguido.

Este capítulo desglosó los 3 referentes de la intervención GAFA y examina el factor de ayuda que desprende de la experiencia. El próximo capítulo elabora el protocolo GAFA: los objetivos de las reuniones, el modelo de comunicación empleado añadido a un criterio de deseabilidad, y instruye los aspectos técnicos y profesionales adoptados.

Capítulo 3

3. El método GAFA

GAFA considera la resiliencia, la perspectiva de futuro activa y la conciencia interpersonal como tres claves básicas para abrir las puertas a la articulación del estrago canceroso en la vida de una persona. Las puertas de entrada se refieren a la aceptación de la enfermedad, al análisis de la debilidad psíquica anterior a ella, a la visualización y proyección de un cambio positivo, al aprendizaje satisfactorio de transformar un acontecer doloroso en algo positivo y al respiro que conlleva vivir una enfermedad con la experiencia de dos ingredientes del amor: el dar y el recibir.

Sin perder de vista la subjetividad de cada persona y su capacidad comunicativa, GAFA abre un espacio de enseñanza y de experiencia vivida que permite potenciar estos tres elementos y conectarlos con los avatares de la vida en general y del cáncer en particular. En este capítulo presentaremos los objetivos centrales de la intervención GAFA y explicaremos el modelo interactivo de comunicación que se da en las reuniones, así como su criterio de deseabilidad. A continuación detallaremos los aspectos más técnicos de la intervención, como el rol del terapeuta-analista, las reglas grupales, las medidas éticas, el espacio físico y temporal, la manera de constituir el grupo y la presentación de la actividad grupal.

3.1. Objetivos centrales de las reuniones

3.1.1. Potenciación de la resiliencia

En el campo de la psicología, la resiliencia es aquella capacidad de sobreponerse a tragedias, traumas o dolores intensos, físicos o psíquicos. Para ser resiliente hace falta haber atravesado o haber sido marcado por la huella del sufrimiento, puesto que, por definición, para *resiliar* es preciso haber sido previamente vulnerado, herido o desgarrado. Se retoma el sendero vital desde otra perspectiva, airosa, triunfante de alguna manera, aunque se guarde en las memorias semántica y topográfica el recuerdo de la herida; ésta, lejos de amputarse, transita de un modo privilegiado. En un trabajo anterior (Roustan, 2008a) definimos la resiliencia como aquella fuerza motivacional que nos empuja después de un trauma a obtener armonía, sabiduría, autorrealización e incluso altruismo. Las disciplinas que investigan la resiliencia incluyen la biología (Dejours, 1992), las neurociencias (Artigas, 2001; Pert, 1999), la medicina (Bobes, 2001) y la genética (Brooker, 2005). Obviamente añadimos a todo ello la religión, la psicología y el psicoanálisis.

Si estamos ante un acontecimiento doloroso como el cáncer o alguna otra enfermedad grave, se dispara un proceso de respuesta que no necesariamente implica conocimiento de la enfermedad; El yo no “sabe” aún; sin embargo, el “meta-yo”, como lo bautizó Damasio (2007), este saber inconsciente, sí que “sabe”, siempre que: primero, el cerebro

cree algún tipo de descripción de la perturbación del organismo; segundo, esta descripción genere una imagen del proceso de perturbación, y tercero, la imagen del yo perturbado se despliegue junto a la imagen que desencadenó la perturbación. Esta descripción es simbólica, lo que quiere decir que puede ser comunicada y comunicativa. Este proceso se pone en marcha tanto cuando se forma la imagen de la enfermedad como cuando ésta adquiere un sentido a través de un mecanismo resiliente: el estado del yo se sitúa en un proceso de cambio debido a la respuesta del organismo, sea ante la enfermedad, sea ante una terapia. Como disponemos de las capacidades comunicativas que nos proporciona el lenguaje, podemos generar narraciones verbales a partir de otras que no son verbales, pero que anidan en nuestra memoria funcional. Nuestra subjetividad surgirá precisamente de este proceso, poniendo de manifiesto lo que dice Damasio (2007, p. 279): “que si el lenguaje no es el origen del *yo*, ciertamente es el origen del *ego*”.

Cyrulnik (2003), llamado el psiquiatra de la esperanza, es, además de investigador de la resiliencia, etólogo de la comunicación humana. Explica que “hablar” confiere a todo espacio sensorial un valor semántico. Es preciso hablar para restaurar el orden, explica Cyrulnik, pero al hablar se interpreta el acontecimiento, cosa que puede orientarlo en mil direcciones diferentes. Cuando un golpe provoca la fractura de que hablaba Freud, el mundo íntimo queda conmocionado hasta el punto de perder sus referencias. La huella de lo real en el cerebro, el residuo amnésico, se ve incisamente reconfigurado por lo que representan los recuerdos: una mirada sobre uno mismo. Alimentando la importancia de la interacción narrativa en el proceso resiliente, Cyrulnik añade: “Esto no impide que la estructura narrativa del herido al contar su historia revele el sentimiento que experimenta. Sin embargo, la emoción de su mundo íntimo emana de fuentes totalmente diferentes: de su propia sensibilidad, impregnada en su memoria por la afectividad de sus alegatos, del significado que atribuya al acontecimiento, y del sentido que se desprenda de su contexto cultural” (Cyrulnik, 2003, p. 136).

Con GAFSA entendemos que la reorganización de nuestra autobiografía tiene un efecto de entrenamiento, primero mental y luego cerebral, dado que el cerebro es un órgano muy plástico que se reconfigura como resultado de repetidas interacciones. Hasta la felicidad es fruto de la elaboración mental, y se construye básicamente en el encuentro.

Sin embargo, no todas nuestras historias se comunican con facilidad. Necesitan ser adaptadas al entendimiento de la persona que las escucha; este proceso de adaptarlas a la oreja de la audiencia es una operación de metamorfosis que coloca el acontecimiento en una esfera exterior a la persona y la sitúa en el tiempo, ya que, como explica Cyrulnik (2007, p. 38) en una investigación posterior, “los relatos exigen una reorganización de los hechos inscritos en la memoria, realizada con la intención de construir una representación de uno mismo dirigida a quienes tenemos cerca, a la cultura o a una tercera persona”. Añado que ante un grupo de ayuda terapéutica y un terapeuta, la audiencia resulta especialmente pertinente, ya que permite modificar la imagen que uno se hace de sí mismo; por otra parte, una intervención en la realidad psíquica y social permite trabajar este cambio y hacer posible la resiliencia, puesto que consiste en reanudar un desarrollo interrumpido por la enfermedad.

De ahí la importancia del apego, la seguridad y la comunicación para construir la resiliencia. El relato es el instrumento mediante el cual el individuo trata de forzar su destino. Esa es la ambición de la resiliencia. Las fuentes de las representaciones

verbales —íntimas, familiares y sociales— son accesibles. Así pues, se puede modificar un estereotipo cultural por medio de las obras de arte, las novelas, las películas, los ensayos filosóficos, las terapias verbales..., todos ellos objetos comunicables. La clínica con los pacientes nos enseña cada día que detrás de las ganas de curarse suelen estar reflejadas las dificultades de vivir que tenían antes de la explosión enfermiza. La mayoría de pacientes oncológicos que he conocido tuvieron un exceso celular que se debió extirpar, y también otro exceso subyacente, acumulado a lo largo de los años anteriores y a través de las relaciones interpersonales, especialmente las establecidas con los padres y las parejas.

Una teoría de la resiliencia debe interesarse, por tanto, por los cambios que se constatan y por las condiciones afectivas y culturales que modifican la receptividad de un organismo. Al crear nuevos períodos sensibles, el sujeto adquiere nuevas improntas que modifican su estilo afectivo. Estos puntos de inflexión permiten el aprendizaje de capacidades relacionales insospechadas e instauran una forma diferente de paladear el mundo. Un determinado estilo afectivo nos ha encaminado hacia un tipo de encuentro amoroso, y éste a su vez ha modificado el estilo afectivo (Cyrulnik, 2006, p. 100).

El sentido generado de una enfermedad que se articula en la vida proporciona una dicha duradera que puede transmitirse a otros y ayudarlos, a la vez que procura una satisfacción personal. Amanece una historia que se va construyendo con los ladrillos de las palabras, las cuales, al mismo tiempo, derrotan los acontecimientos. Es la esencia de la ayuda terapéutica en un grupo, el triunfo del texto sobre el contexto.

A nivel biológico, sólo se hablará de resiliencia si después de una atrofia provocada por una larga separación o de una alteración física producida por un estrés intenso o crónico, el organismo logra retomar un desarrollo distinto aunque conserve la impronta del periodo herido (Cyrulnik, 2007, p. 74). Así pues, la resiliencia existe ya en el nivel molecular como una posibilidad de desarrollo sano aun cuando haya una anomalía genéticamente codificada.

El ambiente es lo que modela la masa cerebral y da forma a lo que, sin él, no sería más que una materia informe, sin circuitos. Por efecto de las interacciones precoces, el cerebro adquiere una sensibilidad determinada hacia el mundo y una manera de reaccionar frente a él. Las neuronas del hipocampo son las que más reaccionan en este proceso, que cumple una importante función en los circuitos de la memoria y en la adquisición de aptitudes emocionales. Estos datos neurológicos permiten comprender la conveniencia del debate contra la fatalidad genética o la dictadura biológica (Cyrulnik, 2007, pp. 37-39).

En sus investigaciones, Ansermet y Magistratti (2006), psicoanalista y neurocientífico respectivamente, arrojan luz sobre este fenómeno de plasticidad cerebral, entendido como la **faceta biológica de la resiliencia**, y muestran como la cuestión de la huella, eje de la plasticidad, se sitúa claramente en la intersección de las neurociencias y el psicoanálisis, lo que permite alinear la huella sináptica, la huella psíquica y el significante de manera que se abra un puente entre dos disciplinas que podrían parecer incompatibles. Los aportes de la neurobiología muestran como la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia, de modo tal que los elementos más finos del proceso de transferencia de información entre las neuronas —las sinapsis— sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida.

La cuestión sigue siendo saber **de qué manera una realidad material puede transformarse en una realidad psíquica y viceversa**. Para concebir este paso, Ansermet y Magistretti nos invitan a reflexionar sobre cómo se transmite y mantiene la identidad de los hechos considerados relacionados. Se supone que el pasaje de una dimensión a otra no es cosa simple; en cualquier caso, la plasticidad exige repensar la cuestión del determinismo. A través de las modificaciones estructurales y funcionales engendradas por la experiencia, la plasticidad contagia su carácter al devenir, y éste se vuelve plástico.

Si, según la concepción de Freud, la pulsión se sitúa en la interfaz de lo psíquico y lo somático, representa en el plano psíquico las excitaciones provenientes del interior del cuerpo. Entonces la acción no sólo es el resultado de la incidencia de la realidad externa, sino que también puede ser generada por la presión de un deseo inconsciente que se halla en una construcción interna de una fantasía del sujeto. Así que la inadecuación de la acción puede revelarse adecuada si se la relaciona con un deseo inconsciente (Ansermet y Magistretti, 2006). Un ejemplo de resiliencia que muestra la combinación de los dos planos, el físico y el psíquico, es el efecto placebo, que da pruebas del placer y de la cura que otorga un falso medicamento. Igualmente, la descripción funcional de los neuropéptidos muestra como el optimismo, la esperanza y los signos de amor se traducen en oscilaciones que fortifican las células humanas de la inmunidad. En la misma línea resiliente, Pert (1999) expone datos empíricos sorprendentes que confirman que cuando un paciente se somete a una operación, lo que oye mientras está bajo anestesia afecta a su recuperación; por tanto, eso resulta ser un elemento resiliente muy poderoso. Las emociones rigen todos los sistemas de nuestro organismo, desde las válvulas del corazón hasta la digestión; todo está regido por las moléculas de emoción que disparan una respuesta física, y las emociones tóxicas o reprimidas, por ejemplo, producen un atasco: un bloqueo físico provocado por un bloqueo energético.

Si hablamos de resiliencia adquirida mediante la terapia, que es uno de los objetivos de GAFA, **nuestro trabajo grupal consistirá en conectar el escenario de fantasía con el estado somático**. Gracias a esta asociación, la acción de interferencia que resultaba de la falta de asociación desaparece y deja lugar a la resiliencia. Se halla la vía de una acción coherente que deja de estar interferida por la fantasía. En este sentido, **no solamente se potencia la resiliencia mediante la interacción entre las personas, sino también mediante la interacción entre el inconsciente y la consciencia**, obligando a la energía pulsional a tomar otro camino, incluso neurótico.

Para poder construir una representación o un sentido de los acontecimientos es necesaria alguna relación significativa que permita destacar y relatar con palabras, gestos y símbolos las emociones y puntales que constituyen ese sentido; **este dispositivo capaz de dar sentido es la comunicación**. El bebé nace con una comprensión de lo real innata, pero sólo puede elaborar sentidos cuando es capaz de representar los acontecimientos por vía de símbolos o imágenes, o simplemente ponerles palabras. Solamente cuando el niño adquiere la capacidad de utilizar elementos simbólicos llega a sustituir las cosas por pensamientos íntimos. Nace la resiliencia.

Cyrułnik (2006) subraya con el título de su libro *El amor que nos cura* el valor simbólico de la palabra en la construcción de la narración y de una historia amorosa que

da sentido al dolor que guardábamos, recalcando así el papel de la figura del otro para superar un trauma. Para comprender este milagro afectivo, el autor utiliza la metáfora de que el relato es como un faro antiniebla. Él mismo consiguió escapar a los seis años de un campo de concentración, donde perdió a toda su familia, y se convirtió de adulto en un médico empeñado en entender sus propias ganas de vivir. Lo cito: “Mientras el trauma carezca de sentido, permaneceremos aturridos, alelados, atónitos, trastornados por un torbellino de informaciones contradictorias que nos vuelve incapaces de decidir. Dado que estamos obligados a dar un sentido a los hechos y a los objetos que nos *hablan*, disponemos de un medio con el que arrojar luz en la neblina provocada por el acontecimiento traumático: el relato” (Cyrulnik, 2006, p. 37). Explica el neuropsiquiatra que la tendencia a contar el relato de lo que nos sucede constituye en sí un factor de resiliencia a condición de que demos sentido a eso que acontece y de que se proceda a una reorganización afectiva. El surgimiento del sentido sólo se hace posible porque, al sucederse, las palabras actúan como las fichas de dominó que se caen, se dan muerte sucesivamente; cuando la infancia se disipa, puede convertirse en relato, y cuando la vida se muere, descubrimos por qué ha sido preciso vivirla.

El cuerpo sacudido por un cáncer sacude la psique que lo alberga, y el organismo entero está sometido a unas presiones que influyen en la evolución psíquica subsiguiente. El trauma consigue romper con la personalidad anterior y obliga al ser a asumir un cambio. El propio Freud llamó a este cambio cicatrización, cuando dijo en 1930, en las cartas a Ferenczi, que no se podía seguir hablando de trauma sin abordar al mismo tiempo la cuestión de la cicatrización reactiva.

Cyrulnik reanuda el desarrollo psíquico hecho pedazos gracias al sostén afectivo y cotidiano de las personas que rodean y arropan al ser, y cuando el discurso cultural da sentido a su herida. Conviene con Bowlby que el grado de resiliencia y la vía que sigue cada persona se hallan sólidamente determinados por la estructura de la vinculación que ésta haya desarrollado. También está de acuerdo con la psicología del desarrollo de Elder y con la esencia de este trabajo, en que la articulación de los acontecimientos dolorosos que nos suceden es un factor de resiliencia imprescindible para seguir adelante. Para poder tender la mano a un agonizante psíquico y ayudarlo a volver a ocupar un lugar habitable en el mundo, es indispensable realizar una labor de construcción de sentido, donde la narración es la herramienta imprescindible. “El medio más seguro de torturar a un hombre es desesperarlo diciéndole *¡Aquí no hay por qué!* Esta frase le hace caer en el mundo de las cosas, le somete a las cosas y le convierte a él mismo en cosa” (Cyrulnik, 2006, p. 23). **Amar los por qué es un factor de resiliencia precioso, pues permite volver a tejer los primeros puntos de un vínculo desgarrado.** La terapia de ayuda no rodea los porqués, sino que los coge de frente; los traduce en palabras y comparte imágenes y emociones vividas a fin de darles un sentido comunicable.

En el plano de la intervención, Reivich y Shatté (2002) describen siete pasos para mejorar el factor de resiliencia. El primer paso es la identificación del pensamiento propio, para evitar las trampas mentales. Detectar creencias mentales falsas que interfieren con objetivos propios es el segundo paso, al que sucede su desafío, lo que permite enfocar los problemas de un modo eficaz; estos dos pasos convergen en el penúltimo, lo que denominan el *focussing*, o el enfoque calmado de la tarea. Finalmente, el último paso es la llamada resiliencia inmediata, es decir, el cambio instantáneo del pensamiento improductivo.

En suma, la irrupción del cáncer constituye un período sensible que permite la adquisición de nuevas improntas y la modificación del estilo afectivo propio. Estos puntos de inflexión permiten el aprendizaje de capacidades relacionales inesperadas e instauran una forma diferente de paladear el mundo. Una teoría de la resiliencia debe interesarse, por tanto, en los cambios que se constatan y en las condiciones afectivas y culturales que modifican la receptividad de un organismo. En un trabajo de investigación anterior (Roustan, 2008a) recopilamos características de resiliencia como la felicidad, el bien extrasubjetivo, el optimismo, la autodeterminación, la eficacia y la creatividad. Respecto a la resiliencia ante el cáncer, hay que subrayar **la importancia del proceso de ganar o educar dichas calidades**. Cuando la homeostasis de un ser humano se interrumpe por un acontecimiento corporal invasor como el cáncer, el paradigma de la persona tiende a cambiar, con salidas positivas o negativas; la vida *progres*a, integrando resiliencias y factores invasivos; o bien *digres*a, reintegrando las pérdidas, o también se puede *estancar*, lo que supondría agarrarse a la homeostasis rota y enquistarse (Roustan, 2008a). El cáncer encarna la decadencia de un organismo, y, paradójicamente, también su grandeza: el fracaso que sufrió al luchar contra su propia autodestrucción, enfrentada al esfuerzo del principio del placer. La resiliencia será el punto de inflexión.

3.1.2. Potenciación de la perspectiva de futuro

La dinámica del comportamiento humano se orienta hacia la construcción de proyectos o planes que están ubicados temporalmente en el futuro, próximo o lejano, de modo que se crea una dimensión temporal futura o se configura una perspectiva temporal para la persona. Un investigador pionero de la cuestión fue Nuttin (1985), quien estudió la relación entre la perspectiva temporal y las motivaciones mentales y cognitivas de las personas, y diseñó un modelo de investigación elaborado, válido y fiable. Nuttin distingue entre **tres aspectos del tiempo psicológico**. **El primero, la perspectiva temporal en sí**, caracterizada por su extensión, su densidad, el nivel de estructuración y el nivel de realismo. **El segundo aspecto es la actitud temporal**, y se refiere a la posición positiva o negativa que tiene la persona hacia el pasado, presente y futuro. **El tercero es la orientación temporal**, que señala la orientación preferencial en el comportamiento de una persona, sea hacia el futuro, pasado o presente.

Nos interesa la perspectiva temporal circunscrita por Nuttin. Se construye mediante objetivos a largo o corto plazo, que determinarán el comportamiento de la persona para conseguirlos. Para medir la perspectiva temporal, Nuttin la relaciona con los aspectos siguientes: (1) su extensión o alcance; (2) su densidad, esto es, la distribución en el pasado o el futuro de los objetivos que se desean conseguir; (3) su grado de estructuración, lo que significa la presencia o ausencia de vínculos entre un objeto y otro, y para acabar, (4) el grado de realismo con el cual las personas ven sus objetivos. Nuttin utiliza dos métodos para medir la perspectiva de futuro: el primero está relacionado con la recogida de objetivos, y usa un cuestionario de inductores (*motivational induction method*) que recoge cuarenta inductores —como por ejemplo “me gustaría hacer...” o “trabajaré para...”—; el segundo método se lleva a cabo mediante tests proyectivos que luego se procesan y se interpretan. En ambas maneras,

está claro que medir unos objetivos implica ubicarlos en una escala temporal, que presupone la presencia de determinados requisitos fundamentales. En primer lugar, una integración temporal; esta condición “íntegra”, por ejemplo, una acción presente, como hacer la selectividad, y una acción futura, como entrar en la universidad. En segundo lugar, la disposición para imaginarnos atribuciones causales internas, como por ejemplo reconocer el papel personal o instrumental para obtener nuestros objetivos. Un grado elevado en estas dos medidas implica tener una “*integración temporal y una competencia temporal*” altas (Nuttin, 1985, p. 29). Por ejemplo, un alumno que considera sus estudios como un instrumento para su futura carrera tiene una perspectiva de futuro realista y una percepción integrada del presente y del futuro.

Al ser la alternancia la que marca el ritmo de vida, un ideal terapéutico sería ofrecer un sostén, una especie de brújula orientada hacia el futuro que ayude a la persona a abordar el suyo participando en él. Si por culpa de un cáncer el mundo del sujeto se desconfigura y su cuerpo cambia en el presente, reanudarse hacia un futuro próximo lo alentará a una remodelación permanente; paralelamente, y desde la resonancia biológica, si la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de una experiencia devastadora como el cáncer, las sinapsis que sufren una remodelación permanente también forjarán una huella sináptica con respecto a este planteamiento de futuro.

Nurmi (1989), otra figura clave en el tema, nos ofrece un modelo conceptual de la perspectiva temporal futura, PTF, que consta de tres componentes: **motivación, planificación y evaluación prospectiva.**

El primer componente, la motivación, equivale a la extensión temporal futura. El segundo componente, la planificación, consiste en las tres fases propuestas por la psicología cognitiva: búsqueda de metas, y construcción y realización de planes. Su tercera apuesta es la evaluación prospectiva, que se basa en el modelo de adaptación al entorno y en la teoría de la autoeficacia de Bandura (Díaz Morales, 2006).

Dado que la PTF es una variable sensible al cambio y que tiene la plasticidad de adaptarse a las influencias culturales situacionales, es normal esperar cambios a lo largo del ciclo vital. Díaz-Morales (2006) realizó un estudio cuyo propósito era describir y analizar las diferencias a lo largo del ciclo vital en la PTF considerando las dimensiones del modelo de Nurmi. En el estudio se utilizó el cuestionario de metas y temores creado por Nurmi, compuesto por preguntas demográficas, seguidas de preguntas relacionadas con el nivel de afectividad respecto al futuro. A continuación se puntúan las metas más importantes para cada sujeto, y para cada meta se contestan las preguntas correspondientes a las dimensiones propuestas por Nurmi: 1. Extensión temporal; 2. Conocimiento; 3. Realización; 4. Control, y 5. Probabilidad de realización. Como cada participante evalúa sus propias metas y/o temores, este procedimiento permite rescatar la individualidad de cada persona y no asumir un marco temporal establecido a priori. Para calcular la distancia temporal a la que cada participante situaba la realización de sus metas, se calculó la media de la edad en que se estimaba que se realizaría el conjunto de las metas y se restó de la edad cronológica. El análisis de covarianza indicó que la distancia temporal se acorta con la edad. Los resultados del estudio coinciden con la propuesta de Nurmi et al. establecida en 1992, quienes constataron que la disminución del control dependía del contenido de las metas y los temores.

Sin entrar en territorios sospechosos de controlar el calendario vital, nuestro trabajo terapéutico se ilumina si se fundamenta en una perspectiva de futuro que no ofrezca solamente vínculos sociales y afectivos, sino que predisponga a las personas a plantearse su porvenir, sobre todo después de que el cáncer haya interrumpido las referencias temporales de sus vidas. Si uno deja de representarse el tiempo, quedaría prisionero de las estimulaciones del presente y se sometería a lo inmediato, es decir, escucharía sus pulsiones directas sin darse un respiro para que éstas adquieran un sentido, para pensar sobre ellas o incluso para frenarlas.

En los procesos oncológicos, la mayoría de los pensamientos intrusivos y resistentes implican miedos asociados a la salud futura y la de los seres queridos; o sea, la amenaza que produce la enfermedad está normalmente proyectada en el futuro. La memoria futura que incluye la identidad propia y la imagen personal está fracturada por culpa del cáncer; contrariamente a otros acontecimientos traumáticos delimitados en el tiempo, que marcan un antes y un después, el cáncer es como un maratón a largo plazo. Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) hablan del **crecimiento postcáncer** en términos de cambios en la perspectiva de futuro, una mejora en las relaciones interpersonales, cambios en las autopercepciones y el hallazgo de sentido. Los resultados incluyen encontrar elementos positivos para hacer frente a la adversidad, obtener un mejor funcionamiento psicosocial, aumentar los recursos personales y adquirir una nueva manera de entender la realidad después de enfermar.

En las reuniones GAFA, el proceso discursivo es el vehículo que permite alejarse del presente (pulsional) para proyectarse en un futuro más pensado (reflexivo). Efectivamente, cuando una participante se ve inmersa en un presente sin futuro e hilvana la conversación alrededor de turbulencias sin salida, los otros miembros del grupo y/o el terapeuta-analista se encargan de hacérselo notar. A veces, auténticas confrontaciones se instalan *sensu stricto*. Cuando el grupo oscila entre un pasado y un presente lleno de lagunas propias de la resistencia, el terapeuta-analista lleva el discurso hacia un terreno menos enredado y planeado en el futuro próximo. En este sentido, el grupo actúa como un dique, un limitador del goce pulsional, diría Lacan, y vehiculiza las participantes hacia estratos diferentes, orientados hacia el futuro próximo y dirigidos hacia la mejora de sus vidas.

Mediante este intercambio discursivo, GAFA se enraiza en la confrontación y en el diseño de una política de acción. Esta movilización se proyecta en el conjunto del grupo, que suele ofrecer una burbuja de soluciones. Esta avalancha de respuestas suele hacer vacilar las soluciones sintomáticas que la participante utilizaba como soporte en su vida. Incontestablemente, el proceso discursivo, en su faceta constructora, libera un espacio que antes estaba ocupado por mitos que enferman o que atrapan a la persona. **La inspiración no viene de un pasado experimentado, sino de la esperanza de un futuro anhelado; así que las perspectivas de futuro son como a veces esos mensajes de socorro que salvan la vida, pues permiten un paso adelante:** efectivamente, una de las influencias más importantes que podemos ejercer sobre el cuerpo propio son nuestras expectativas.

3.1.3. Potenciación de la conciencia interpersonal

El ámbito en el cual se mueve el ser humano es el de las relaciones interpersonales, puesto que el encuentro con el otro constituye un aspecto básico de la vida y es un paso indispensable para llenarla con más plenitud y calidad. Shutz (1989) fue uno de los pensadores psicológicos que consideró la conciencia interpersonal como un postulado básico del estudio de la psique. Legó su nombre a la posteridad gracias a las hondas palabras *people need people*, que resumieron sencillamente su postulado. El ser humano tiene necesidad de aceptación, de comprensión, de libertad; es decir, de elementos interpersonales que sólo se pueden satisfacer mediante las relaciones con otros. Por otra parte, la insatisfacción de una necesidad interpersonal genera en el organismo la misma ansiedad que la insatisfacción de una necesidad fisiológica como el hambre o el sueño, e incluso llega a ser vivida con más intensidad.

Otro psiquiatra clave en la cuestión fue Sullivan (1953), famoso por sus teorías interpersonales. Sostenía que el desarrollo de la personalidad y las enfermedades mentales son determinadas básicamente por el juego de las fuerzas personales y sociales más que por factores constitucionales. Tanto él como Ferenczi (2008) o Rank (1968) habían llegado a la conclusión de considerar la personalidad física real como un factor en la cura. Según ellos, las defensas tienen la intención de reducir la ansiedad con el descenso inherente de la autoestima. Estos autores marcan el rumbo de un sendero interpersonal al postular que el yo se entiende como una función de los procesos psíquicos dinámicos, y no como una estructura. La vida propuesta por Sullivan adquiere su fuerza a través de la ansiedad, que está constituida y evocada en un contexto interpersonal, con lo que deja al individuo a merced de la necesidad de establecer y mantener una seguridad interpersonal, así como de minimizar los rechazos del otro.

Este paraguas conceptual sobre la intersubjetividad del ser humano posee el mismo sello que el pensamiento social; propone integrar el impacto de la cultura de lo interpersonal y de lo político dentro del pensamiento analítico. Trascender los límites personales y alcanzar puntos de equilibrio más allá de la propia situación hace que las relaciones con otros sean vitales y enriquecedoras o bien dañinas y opresivas. Así que, en un grupo, el yo de los miembros debería aprehenderse en el *hic et nunc* de la matriz terapéutica; es el giro hacia un yo relacional, una forma de conceptualarlo, donde los elementos prevalecientes, estructurales, intrapsíquicos e interpersonales son puestos en relación, y los efectos terapéuticos que se producen tras el encuentro con otros se sitúan en el terreno del trabajo preliminar de una terapia profunda; sin embargo, son más bien rápidos, puesto que colocan al sujeto frente a su goce y su deseo, y frente a la renuncia de él —o al menos a parte de él— a cambio de otras ganancias.

El concepto de valencia diseñado por Bion en 1961 permite la exploración de la interacción y la relación entre los miembros de un grupo. La valencia es la tendencia del individuo a acercarse a otro u otros miembros para mantener uno de los conceptos básicos grupales: el concepto que mide el grado de cohesión de un grupo. De todas maneras, un grupo es una entidad en sí, pero el individuo es un grupo en sí; así de sencillo y claro nos lo presenta Malcolm Pines en 1998, citado por Geller (2005), quien enfatiza la identidad que se cristaliza en el cruce de lo social (familia, cultura, religión, política) con las fronteras donde grupo y ego propio se hacen sombra entre sí. Ésta es una idea esencial en nuestro trabajo puesto que, cuando un miembro expresa una emoción, también expresa la de otros miembros y da voz a elementos de su pasado.

Según Yalom (1985), *in loco citato* por Lara, Navarro et al. (2004), los grupos que descansan sólo en los principios psicoeducacionales o conductuales fracasan al intentar conseguir la esencia terapéutica grupal; tales grupos serían más eficientes si llegasen a incorporar un enfoque en el proceso interpersonal. Lara, Navarro et al. (2004) presentaron un análisis cualitativo del proceso interpersonal de un grupo psicoeducacional para mujeres depresivas. Sin pretender hacer una terapia de grupo, sino un modo de intervención restringido y con una vista preventiva, el objetivo del trabajo realizado fue investigar el grado de fidelidad de la intervención, mediante categorizaciones de variables y la determinación de las categorías que mejor describen los mecanismos terapéuticos grupales de Yalom. Los diálogos transcritos durante las sesiones constituyeron la base del análisis, y surgieron las cinco categorías siguientes: 1. Establecimiento de normas; 2. Intercambio convencional; 3. Intercambio de experiencias; 4. Trabajo reflexivo dirigido hacia el cambio mental y conductual, y 5. Las limitaciones del proceso de intercambio. Los resultados del estudio confirmaron la tesis de Yalom que afirma que **las intervenciones psicoeducacionales o conductuales serían más eficaces si incorporasen un enfoque interpersonal**, también llamado a veces vivencial o experiencial.

Cyrułnik (2007) nos rinde a la evidencia sobre la importancia del aspecto vinculante y de la curiosa imposición de la condición humana: sin la presencia del otro no podemos llegar a ser nosotros mismos, como lo revelan los escáneres de las atroñas cerebrales de los niños privados de afecto. Para poder desarrollar nuestras aptitudes biológicas, estamos obligados a apartar la atención de nuestro centro a fin de experimentar el placer y la angustia de visitar el mundo mental de los demás.

Profundizando en los textos de Lacan, observamos que la figura de Sócrates le sirvió de apoyo para alimentar un modelo de búsqueda de la verdad que supone al Otro, un otro susceptible de hablar, responder, concluir. En los diálogos platónicos, Lacan encontró la referencia que necesitaba para indicar la afinidad entre la intersubjetividad y el psicoanálisis (Miller, 2004). Lacan acude al diálogo platónico, a las nociones de dialéctica e intersubjetividad y a la problemática de la relación —conceptos articulados por Sartre— para hacer entender que **el encuentro de la verdad surge más del diálogo y del intercambio que de la soledad**. El psicoanálisis defendió esta función socrática de hacer vacilar los “semblantes” (o simulacros) de la civilización; por este hecho, el psicoanálisis lleva su acción más inmediata a la disolución de las identificaciones formadas; la dificultad para encontrar la autenticidad de lo que uno es suele ser un motivo frecuente a la hora de buscar ayuda. Precisamente en la cura, el analista “suspende” las definiciones sucesivas que el sujeto se aplica a sí mismo y fomenta que se deslicen hacia otros rumbos. Como la ciencia, el psicoanálisis ha contribuido considerablemente a vaciar los ideales. Al final se llega a lo real, que, en el sentido de Lacan, es lo que no se puede negar y eventualmente no se logra soportar, como muestra, por ejemplo, la dimensión delirante en las psicosis. Las verdades sucesivas por las que pasa el sujeto desembocan en una fatiga por la verdad: darse cuenta de que hay para sí algo imposible de soportar, y aceptarlo con el menor sufrimiento posible.

Otra contribución relevante a la relación interpersonal es la de Westerman (2005), cuyo trabajo representa un inicio de diálogo entre la psicología del desarrollo y la clínica, y entre la filosofía y la psicología. El significado de los comportamientos en un intercambio depende del papel que adoptan en el contexto de aquel intercambio. Por ejemplo, puede haber intercambios que unen sus fuerzas para establecer un tema

colectivo. La postura cartesiana se rechaza en el hecho de que los fenómenos psicológicos se traban dentro de un mundo social; se rehúsa la idea cartesiana del sujeto-objeto, una división que propone que el sujeto, afectado por el contexto, reacciona ante los acontecimientos. Sin embargo, no todas nuestras actividades son interpersonales; para serlo, tienen que involucrar a otros. El autor define **el comportamiento interpersonal como la contribución de una persona cuando hace algo con otras personas**. Así que el significado de un comportamiento dado depende del papel que juegue en el contexto de la interacción. Muy a menudo, los comportamientos buscan activamente crear aquel contexto que se necesita para el intercambio, otorgándole una perspectiva funcional que podría ser útil en procesos psicoterapéuticos, cuando un terapeuta ayuda a que su paciente dirija sus esfuerzos hacia el cambio deseado.

La confluencia de los referentes en el desarrollo de la conciencia interpersonal nos lleva a apostar por el desarrollo de **una alianza terapéutica interpersonal**, necesaria para llevar a buen término un tratamiento grupal. La psicoterapia no puede concebirse al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre los pacientes y el terapeuta. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso y es una variable determinante de la eficacia del tratamiento, como lo han ido probando las investigaciones en este sector. Es esencial que un paciente viva su pasado problemático en el seno de la relación terapéutica con el fin de fortalecer la base de una experiencia emocional correctiva. Los estudios dedicados a buscar la relación entre **la alianza terapéutica** y la eficacia de la psicoterapia conforman un cuerpo creciente de publicaciones que ha fomentado el incremento de la creación de instrumentos para su evaluación.

Corbella y Botella (2003) realizaron una revisión exhaustiva en este ámbito y demostraron que existe una relación significativa entre la alianza terapéutica y los resultados finales de la psicoterapia; éstos son más profundos cuando la alianza se evalúa en la fase inicial del proceso, por lo que parece que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor anunciador del resultado que la alianza en la fase intermedia o final. Parece ser que **las primeras sesiones son particularmente importantes para el establecimiento de una buena relación**; por el contrario, los pacientes abandonan prematuramente el tratamiento si falla la adherencia. Para construir **la alianza terapéutica, base de una conciencia interpersonal entre los miembros de un grupo**, se hace hincapié en las intervenciones del terapeuta que se dirigen directamente a potenciarla, como por ejemplo las que aclaran malentendidos o, indirectamente, las que hilvanan *do ut des* una red empática y contribuyen a dotar de credibilidad el concepto de metacomunicación.

Otros estudios insisten en la importancia de la alianza terapéutica y han elaborado cuestionarios para medirla, revisando versiones de varios autores para adecuarlas a una población dada. Un cuestionario que demostró su eficacia en la población británica, francesa y suiza es el HAQ, o *Help Alliance Questionnaire*, en su segunda versión revisada (Le Bloc, De Roten et al., 2006).

Estudios revisados por Corbella y Botella (2003) ponen más énfasis sobre la calidez y la empatía del terapeuta, sus habilidades sociales y sobre todo su capacidad de centrar su actividad en el aquí y ahora. Parece ser que los pacientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica se benefician más de técnicas específicas, mientras que

los que establecen una buena alianza pueden beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más explorativas. Así pues, por lo que respecta a GAFA, aquellos pacientes con perfiles de funcionamiento interpersonal de hostilidad o evitación social necesitarían de más sesiones para establecer una relación óptima. **La importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión interpersonal entre el terapeuta y los pacientes.**

En cuanto a la disección biológica, nos permite comprender por qué un primer corte interpersonal, la separación de la madre, suele ser tóxica cuando provoca una inundación de corticoides. Paradójica o lógicamente, una duración igual de separación puede alterar a un niño y estimular a otro, según el estilo de apego que mantuviera cada uno. Por ejemplo, una hija que sea emocional a causa de la emoción que sufría su madre durante el embarazo responde a los cortes interpersonales con una inundación de cortisol y de ACTH que la extenua y le altera las células nerviosas del hipocampo, soporte de la memoria (Cyrlunik, 2007). El autor vincula esos cortes interpersonales con la biología y explica que se puede hablar de reversibilidad si el cerebro y el organismo retoman su curso normal. Por eso resulta imprescindible entender los circuitos del sufrimiento; la percepción de la infelicidad pide felicidad, conque las vías anatómicas de ambas son muy vecinas.

El punto de encuentro entre el psicoanálisis y las neurociencias consiste en que una huella sensorial provocada por un acontecimiento exterior puede abrir una impronta sin recuerdo (inconsciente cognitivo) del mismo modo en que un recuerdo puede permanecer inconsciente, no cuando se lo olvida, sino cuando el sujeto no logra medir su dimensión (inconsciente psicoanalítico) (Cyrlunik, 2007). Podemos analizar cómo se desgarran un vínculo y cómo puede ser reparado: el organismo adquiere una propensión duradera hacia la seguridad y la expansión en un momento preciso, durante el cual el cuerpo segrega un pico de acetilcolina, neuromediador de la memoria. Un aislamiento afectivo “apaga” los lóbulos prefrontales en una resonancia magnética en 3D tan fatalmente como si hubiera habido una alteración orgánica de esos dos lóbulos.

La construcción de la empatía, quid de la conciencia interpersonal, puede adquirir diferentes formas: un desarrollo obstaculizado en la infancia concentra al sujeto en sí mismo y lo convierte en un narciso hipertrofiado o, por el contrario, lo desconcentra hacia el otro y llega a producir una hemorragia narcisista. Así pues, la empatía adquiere formas diversas. Por ejemplo, los psicópatas que nunca han aprendido a salir de sí mismos perciben al otro como una simple señal, ya que su empatía ha sido frenada, y el sufrimiento que infligen no les produce ningún disgusto, como si fueran depredadores. En cambio, los paranoides interpretan una mínima señal como un ataque y quedan prisioneros en su propia interpretación, dado que carecen de una codificación interpersonal que puedan comprender o interiorizar (Cyrlunik, 2007). Por ello, en un grupo como GAFA, la confluencia de los elementos interiores de cada persona adquiere tintes nuevos gracias al espejo que ofrecen los demás y la interpretación del terapeuta, que sella el cambio y lo enlaza con la situación presente, intentando cerrar el ciclo de lucha vivido y abrir uno nuevo. Por excelencia, **lo que aumenta el apego, la empatía y la conciencia interpersonal en una terapia es el alivio de un sufrimiento y no la satisfacción de un placer.** En GAFA, cuando las participantes acuden a las reuniones, el grupo se apresura a perturbarlas y movilizar así la conciencia interpersonal. Como en un tablero de juego, en el grupo siempre hay alguna participante que se extravía, pero que acaba reencontrándose con las demás.

3.2. Modelo interactivo de comunicación

La comunicación, el *leitmotiv* de nuestro trabajo, es la herramienta para intercambiar información; también es un proceso constitutivo basado en el significado, el proceso por excelencia mediante el cual los mensajes verbales y no verbales se usan para crear y compartir significados. El grupo es un lugar privilegiado *de* comunicación y *para* la comunicación (Frey y Sunwolf, 2005).

El grupo, con sus fronteras simbólicas, posibilita la relación entre los miembros, que forman un sistema social basado en la comunicación. Las teorías que estudian esta disciplina persiguen analizar la influencia que ésta ejerce en el proceso de toma de decisiones en los grupos pequeños. También estudian el contexto en que se desarrollan, entendiendo por contexto los elementos conceptuales, el conjunto de definiciones, la metodología, las propuestas de clasificación y sus categorías, así como los modelos de estudio que influyen en la creación, aplicación, modificación y defensa de las teorías en cuestión, y que son influidos por ellas (Frey, Gouran y Scott Poole, 1999).

El desarrollo grupal, siempre visto desde la orilla de la comunicación, se caracteriza por los cambios que se dan en los niveles de comunicación y en la relación entre los miembros. El grupo madura y evoluciona como consecuencia de los cambios personales que facilitan la relación y la realización de la tarea (Izquierdo, 2001b), a la vez que se tienen en cuenta los *feedbacks* de las metacomunicaciones y su impacto emocional. En definitiva, la orilla de la comunicación ofrece una perspectiva única para el estudio de los grupos. Los grupos se sostienen gracias a ella, con lo que se ratifica la idea de que los grupos son un “fenómeno de la comunicación”.

En este apartado se presentarán los niveles de la comunicación que se dan en GAFA y se comentará la interacción que se da entre ellos. Este modelo interactivo constituye una de las perspectivas que utilizamos para nuestro estudio.

3.2.1. Niveles de interdependencia comunicativa

Los participantes que aterrizan en un grupo le aportan sus características personales (rasgos de personalidad, valores, motivaciones y habilidades) que influyen en su manera de comunicarse en el grupo. Las formas no verbales de comunicarse también estructuran la interacción y sirven para presentar y manejar la identidad propia, negociar el poder y el liderazgo, comunicar afecto y conducir la conversación (Frey y Sunwolf, 2005). La competencia comunicativa de un hablante, pues, contribuye a la comprensión, regula la organización del turno de palabras y asegura un sistema eficaz de comunicación entre los locutores.

Con esas premisas, entendemos que el aparato teórico que sustenta en GAFA el análisis dialógico de la conversación nos permite perfilar el asunto desde diversas miras. Una muy relevante es el concepto de *floor talking*.

La noción de *floor* en la estructura de la conversación ha sido introducida por Sacks (1972), quien, tomando una de las acepciones de la palabra, consideró el *floor* y el turno de palabra como equivalentes.

La interacción conversacional comprende dos tipos de *floor*: uno es **el turno monoconversacional**, en el cual un turno predomina en la conversación en curso, y el otro es **el turno múltiple**, cuando dos o más turnos monoconversacionales tienen lugar simultáneamente, o cuando los participantes se dividen en varios subgrupos y cada subgrupo maneja un turno distinto. Los turnos, además, pueden ser cíclicos: cada ciclo consiste en un periodo de preparación que se satura de energía y luego tiene un final armonioso; sin embargo, estos pasajes no se presentan siempre de esta forma sistemática. El periodo de transición entre un turno y otro suele ser concomitante con la transición entre la preparación y el periodo de acabado armonioso, pero también a veces aparecen estrategias de negociaciones (Hayashi, 1991). Al periodo de acabado normalmente le sigue otro periodo de preparación, cuando otro participante intenta hacer algo con el turno. Así que las negociaciones incluyen una petición de turno, una añadidura al turno existente, bajar la atención de escucha, soportar el turno existente y la repetición de la estructura que ha funcionado con el turno actual. **Cuando las estructuras del turno están aclaradas y puestas al descubierto proporcionan un marco analítico para examinar la participación, la atención puesta, las estrategias de interacción y su sentido social.**

El hecho de que estemos siempre juzgando a las personas según su manera de interactuar apoya la idea de que la estructura de una conversación es tan importante como su contenido. La estructura dialógica de la interacción consiste en la conducta oral de varios participantes que se van alternando, cosa que produce una conversación. Así pues, nos interesa analizar las conductas orales que contribuyen a mantener el contacto entre los participantes (Izquierdo, 1996): los hablantes y los oyentes colaboran para que la naturaleza dialógica del encuentro no sea desplazada por una colección de monólogos. De esta manera, el efecto de la conducta del oyente en el turno del hablante, y viceversa, puede considerarse como un nivel de análisis socioestructural de la “interdependencia” (Marcus, 1998), que puede rotularse de cooperación dialógica.

Adoptando las unidades conversacionales definidas por Duncan (1973) como turnos del hablante y del oyente, la conversación queda definida como “intercambios verbales y no verbales entre los participantes en un flujo irregular de turnos de hablante y oyente, actividades simultáneas permisibles o no, pausas acústicas y visuales y otras conductas positivas o negativas dentro de cada turno” (Poyatos, 1994, p. 227).

El turno del hablante hace referencia a una corriente de habla continua, mientras que el turno del oyente se enmarca por definición dentro del turno del hablante, sea para complementarlo, diferir de él o apoyarlo, verbalmente o no. Poyatos (1994) clasifica los turnos del hablante como petición de turno, toma espontánea de turno y toma de turno concedida. Denomina los turnos de oyente de *retrocomunicación*, mientras que Izquierdo (1996) los designa como *turno dentro de un turno*, pero su característica principal es que constituyen actividades que sirven como prueba de que los oyentes

están escuchando y que reaccionan de alguna forma, al margen de que estén de acuerdo o no. Poyatos los diferencia en pericones de aclaración, de información, de corrección, de repetición, de conclusión, de interrupción y de señales apuntadoras, encaminadas a controlar la aportación del hablante (Poyatos, 1994).

En cambio, los turnos simultáneos y múltiples se dan cuando los participantes se solapan hablando todos al a vez o cuando el turno de palabra está en posesión de varios participantes a la vez, de forma que se establece un fraccionamiento, como lo llama Izquierdo (1996), o trayectorias paralelas y cruzadas, como las llama Poyatos (1994), siempre y cuando estamos hablando de una interacción “enfocada”, como sucede en un grupo de terapia, con participantes axiales y no axiales. En GAFA se dio el surgimiento inédito de un tipo de “habla compartida”, donde los turnos simultáneos se cruzaban con una fuerza empática tal que las participantes completaban las frases de otras, sin que por ello se diera ningún fraccionamiento; efectivamente, a través del laberinto de las palabras, las hablantes abrían camino a su singularidad, haciéndola común al grupo.

En la figura siguiente reproducimos los tipos de *floor*:

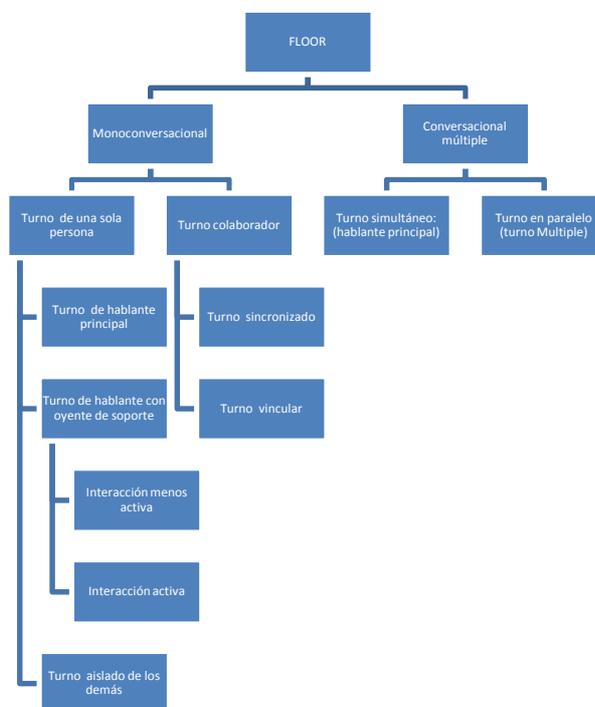


Fig. 3-1: Clasificación de los turnos, adaptada de Hayashi (1991, p.8) y fundada en los trabajos de Edelsky, en 1981, y Schutz, en 1982

Para proseguir con la presentación de nuestro modelo interactivo acudiremos a los conceptos de simetría y complementariedad, introducidos por Bateson (Watzlawick y Weakland, 1981). En su obra *La ceremonia de Naven*, Bateson aborda la interacción humana planteando la posible existencia de un cambio progresivo, que él bautiza cismogénesis complementaria, y que se da cuando un comportamiento como la sumisión favorece un comportamiento de autoridad; en contrapartida, en la cismogénesis simétrica, un comportamiento llama a la puja del mismo comportamiento en el interlocutor, como sucede cuando dos personas se autocolocan medallas en una

espiral en *crescendo*. Watzlawick y Weakland (1981) nos dan una definición operacional de la simetría y la complementariedad: la similitud o disimetría estructural de los comportamientos de comunicación de los miembros de un sistema dialógico. Estos términos son exhaustivos y mutuamente exclusivos, así que una interacción sólo puede ser simétrica o complementaria; la complementariedad indica la existencia de dos posiciones, la inferior y la superior.

Por otra parte, cuanto más complejidad hay en el sistema, más flexibilidad hay en el comportamiento, y a la inversa: a menos complejidad, más rigidez. Es decir, un sistema comunicativo muy complejo mostrará mayor flexibilidad en su respuesta comunicativa, y las reglas, roles, relaciones y realidades que determinan esas respuestas también serán flexibles. Pincus (2001) elaboró un sistema de dinámica interpersonal («las cinco erres») confeccionado a partir de modelos de distintos coloridos ya existentes. Las cinco erres son: *reglas*, *roles*, *relaciones*, *realidades* y, para acabar, las *respuestas* resultantes de las cuatro primeras erres.

Es interesante recurrir en este punto a la clásica enseñanza de Berlo (1969), quien nos presentó un sencillo y útil análisis del proceso comunicativo, que parte de un nivel 1 muy sencillo de interacción (interdependencia física) hasta llegar a un nivel 4 (interacción empática), que representaría el ideal de un proceso comunicativo. El esquema siguiente lo explica:

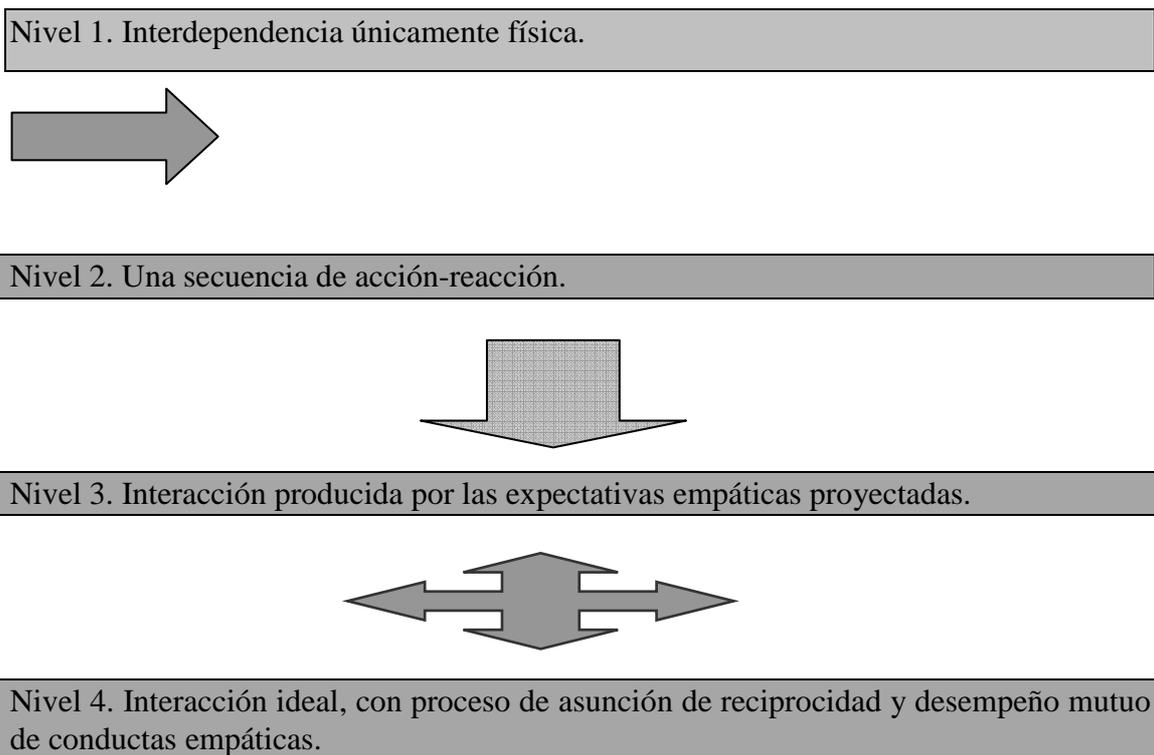


Fig. 3-2: Niveles de interacción comunicativa, adaptado de Berlo (1969)

Heath y Bryants (2000) hacen su aportación a la complejidad de la interdependencia de los niveles comunicativos recordando que no deben olvidarse los procesos mentales implicados en el lenguaje. Una teoría que desacredita los procesos inherentes al

lenguaje humano anuncia su muerte desde su nacimiento. Estos autores se apoyan en sus revisiones exhaustivas para fundamentar su planteamiento con razones varias: sin los procesos mentales, nadie podría explicar los malentendidos y sus efectos sobre las variables relacionales como la desilusión, el conflicto y el fracaso de coordinar esfuerzos. Estos entendimientos desbloquean los misterios de la comunicación humana. Explican que la comunicación no puede considerarse adecuadamente sin tomar nota de las interpretaciones subjetivas de los hablantes cuando intentan interactuar simbólicamente. Es imprescindible para ello el modo en que los sujetos se representan su mundo mental, construyen su propia asociación de eventos e interpretan elecciones propias. Para iniciar una actividad simbólica no es suficiente limitarse a un análisis mecánico en el estudio de la comunicación. Partiendo de esta idea, los investigadores especifican que una buena comunicación implica no sólo compartir el conocimiento, sino también *saber* que uno está compartiendo aquel conocimiento. El lenguaje permite que las personas funcionen en dos niveles: el de sus propios pensamientos (*lalangue* diría Lacan, asumiendo que no se trata de un *lapsus calami* en francés) y el de darse cuenta de que otros comparten significados e interpretaciones similares.

En la misma línea, Frey (1994), con su disciplina alfabética, nos recuerda que los estudios que tienen tendencia a explicar los fenómenos sólo desde el punto de vista de quien los observa pueden caer en lo que denominó Farris en 1981 un error sociopsicológico. El contexto en el cual descansa el grupo, su soporte emocional y las redes sociales en las que está entramado no pueden pasarse por alto.

Aplicando los niveles de interdependencia comunicativa a la generación de la ayuda, se observa que los grupos con una interdependencia comunicativa más alta han dado mejores resultados desde el punto de vista de su **tarea funcional** que los grupos con una interdependencia más pobre (Cummings y Ancona, 2005). En cuanto a la motivación, se advierte que los grupos con mejor capacidad de reducir la incertidumbre y aumentar su identidad grupal son los que generan más motivación (Hogg, 2005).

Entrar en una conversación de una manera **paradiscusiva**, sin adentrarse en esferas privadas, dinamiza la entrada en pleno en la **protodiscusividad**, donde los intercambios se hacen más personales y cogen la forma embrionaria de la **discusividad** ideal para GAFA, la que pretende *disolver* los nudos personales sin discutirlos como problemas de cálculo. Las participantes consienten entonces a participar y a ser evaluadas, y salen de su prisión de pensamientos para exponer sus ideas, gracias a lo cual se llega a un resultado que diverge de sus previsiones iniciales.

También el grado de **identificación social** que desarrolla un miembro con su grupo está relacionado con el vínculo positivo que tenga con los demás miembros. Así se confirma la idea de que la atracción social dentro de un grupo, siempre realzada por la comunicación, facilita la ayuda, minimiza la marginación, allana las tomas de decisiones y aumenta la cohesión. Por otra parte, un grupo es un lugar privilegiado para aprender (de los otros), entrenarse en expresar y compartir trozos de vida y dominar habilidades relacionales basadas en el ejercicio de la palabra. Esta dimensión de **aprendizaje vicario** se considera igualmente de ayuda, puesto que partimos del supuesto que la interiorización de los procesos positivos grupales ayuda más a los miembros que un control externo que obligue a mantener vivo el interés de las personas.

En el trabajo grupal comunicativo, el grupo en conjunto resulta terapéutico para sus miembros, y cada miembro es ayudante y ayudado; esta capacidad de ayudar a otro aumenta la autoestima y en sí es terapéutica. Como lo expresa Schmid (2007), el grupo

debería ser el punto de entrada a una terapia, puesto que el ser humano, social por naturaleza y nacido dentro de un grupo, se encuentra más fácilmente a sí mismo dentro de la matriz privilegiada que le ofrece el grupo como microcosmos. De esta forma, el grupo posee un enorme impacto en los cambios de una sociedad. De ahí la importancia de la comunicación en el grupo y su análisis como terapia dialógica.

El sistema de relaciones interpersonales que se configura en un grupo constituye una condición imprescindible para que éste se convierta en un lugar privilegiado donde sentir experiencias en el contacto cercano con los demás, todos reunidos bajo el paraguas de un mismo asunto. Esto crea la base de una experiencia de maduración, como lo llamaría Maslow, con la consiguiente movilización de energía, como lo denominaría Yalom.

En el régimen de igualdad en ayudar y ser ayudado, cada miembro tiene la oportunidad de romper un círculo, a veces infernal, de soledad, sobre todo después del infortunio de una enfermedad orgánica, normalmente revolucionaria. Izquierdo (2001b, p. 246) nos habla del *contagio emocional* que emerge y se potencia cuando:

- a) La interacción y la cohesión son altas.
- b) Una emoción se expresa claramente.
- c) Una emoción es congruente con las reglas de la expresión emocional.
- d) Las emociones contrarias no han sido previamente inducidas.
- e) El sentimiento existente conduce a una interpretación común del significado de un evento.

A partir de estas premisas, Izquierdo clasifica el *comportamiento emocional inteligente* en tres niveles: **Orientado** (con respuestas automáticas), **Controlado** (con una adecuación flexible a la situación) y **Experto** (con una reflexión alrededor de las propias emociones); así que las personas emocionalmente expertas en la comunicación utilizan la reflexión y disponen de un alto conocimiento acerca de las familias de sentimientos y las maneras de transformarlos.

En definitiva, **el grupo, además de ser una escuela de comunicación, posee un potencial curativo; la ayuda es la energía movilizadora y la cura que ofrece es social, ergo, comunicativa.** El significante “encuentro” viene ya de camino para caracterizar la facilitación de la ayuda que se da en el grupo: encuentro con la verdad individual (Lacan), con el inconsciente colectivo (Jung), encuentro verdadero con el otro que altera el propio ego (Maslow), experiencia de encuentro catártica (Rogers), invitación a un encuentro (Moreno), encuentro social (Lewin) y encuentro directo con el aprendizaje (Bandura). A veces, desde la experiencia propia, las personas descubren con asombro como la ayuda golpea a su puerta cuando menos la esperaba, y este efecto sorpresa en sí también es otro encuentro.

3.2.2. Criterio de deseabilidad según el modelo interactivo de comunicación

La concepción de GAFA como praxis del aprendizaje para vivir mejor después de un cáncer permite plantear el proceso GAFA como un aprender a aprender, pensar y

comunicar en un contexto social y bajo un buen vínculo. Es un itinerario en espiral continua, en la que cada uno se retroalimenta con la experiencia, modificándose a sí mismo y modificando a los demás, de modo que se forma una estructura vincular; en ese interactuar, se internaliza la estructura relacional, con la gratificación y/o la frustración que emane de ello, lo que condiciona positivamente o vicia los aprendizajes futuros.

En suma, GAFA constituye **un lugar de respuesta**. Por tanto, son necesarios el vínculo y el discurso para que las respuestas puedan emerger. El esquema siguiente, adaptado de Keyton (1999), lo clarifica:

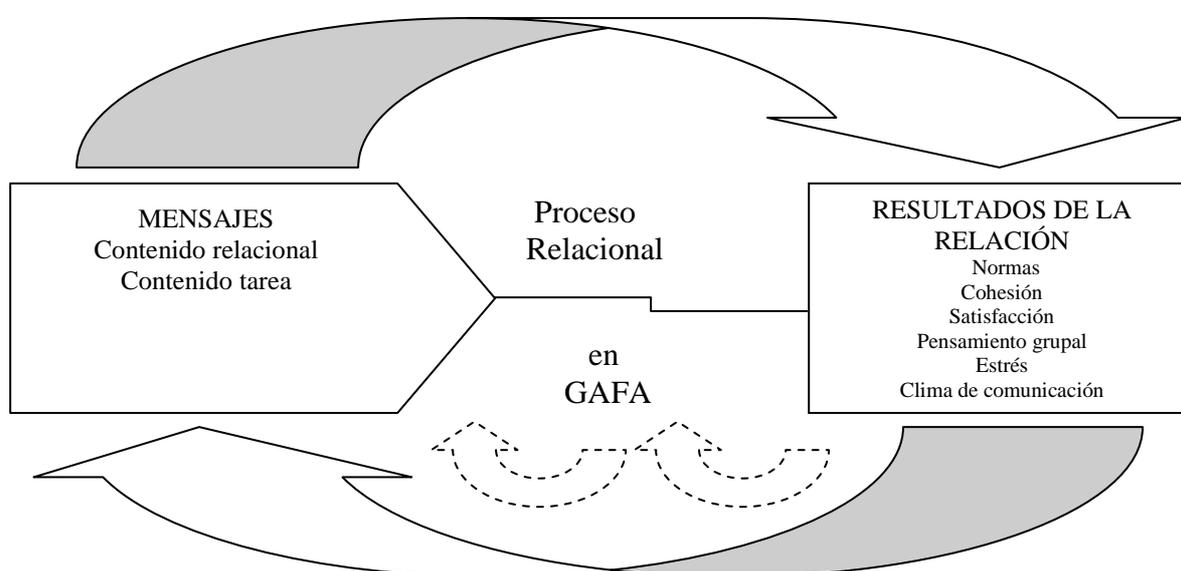


Fig. 3-3: Bucle relación-tarea en GAFA

Como se ve en la figura 3.3, el modelo de relación es cíclico: los resultados relacionales afectan consecutivamente a la tarea y a los mensajes relacionales, que, a su vez, afectan a los procesos relacionales, etc.

Entendemos con Keyton (1999) que **todo mensaje que se da en un grupo tiene una doble función de relación y de tarea**. En nuestro caso, para beneficio de la comunicación, se instala un proceso relacional que resulta de un desarrollo participativo que contribuye a disolver los nudos que lastran o bloquean el desprendimiento de la enfermedad superada. Así pues, el cambio positivo de las participantes en una reunión de tipo GAFA sienta sus bases en la interacción comunicativa recíproca, que se genera en el curso de los encuentros del grupo e incide sobre ellos. A partir de esas premisas, que fundamentan el tejido social como base para el aprendizaje, y junto al modelo psicoanalítico de crecimiento-etapas de la terapia grupal, dibujamos los niveles de deseabilidad (o efectividad) siguientes:

Nivel 1: Interacción solamente espacial y física. Considerado el nivel menos deseable para las reuniones GAFA. Sólo es aceptable a la hora de iniciar una sesión. Si se diera en otros momentos, indicaría una falta total de contacto o una resistencia para entrar en un tema personal.

Nivel 2: Interacción de acción-reacción. Hay un seguimiento activo pero superficial; las interacciones se quedan en un nivel no discusivo, o bien las conversaciones derivan hacia temas ajenos a la tarea. No es muy deseable para GAFA.

Nivel 3: Empieza la ayuda interactiva y el establecimiento de un contacto más profundo. La interacción se refleja en la empatía y en la expectativa de retroalimentación. Aunque de deseabilidad media, este nivel se considera de bisagra, y puede evolucionar hacia un nivel superior más favorable o bien degradarse a un nivel más bajo y menos deseable. Efectivamente, las participantes se ven comprometidas con la tarea y con el seguimiento activo, y comparten sus relatos personales o los acontecimientos del propio grupo. Visto desde esta óptica de niveles, es deseable que las participantes hagan aportaciones dirigidas a cooperar en la conducción de la reunión.

Nivel 4: El vínculo está creado, con que la iniciación de polémicas, incluso si son antagónicas, ya se consiente. Hay un relieve sobresaliente en el seguimiento activo, y se permite la discusión, aunque con poca confrontación directa. Este nivel se recomienda en reuniones de sello GAFA, ya que es deseable que las participantes pidan un *feedback* sobre los problemas, preocupaciones, actitudes o emociones expresados, y ayuden a las demás a desarrollar otros asuntos temáticos personales. La noción de vínculo es una estructura social compleja que incluye dos polos y una mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje. Los lazos vinculares internalizados condicionan el aprendizaje de la realidad, y la interacción funciona terapéuticamente como un circuito abierto no viciado por la repetición cerrada.

Nivel 5: La interacción promete continuidad en el tiempo (incluso después del final de las reuniones), y se instala el compromiso con una misma y con las demás. Es la cura ofrecida por el tejido social, y se considera el nivel más deseable para GAFA. El vínculo en sí deviene terapéutico, en el sentido de que si existe una conducta desviada, ésta se restablece adaptándose al medio social. El seguimiento es activo, se despliegan cuestionamientos, y el tema-tarea es discusivo y confrontativo.

El esquema siguiente (Fig. 3-4) representa lo explicado:

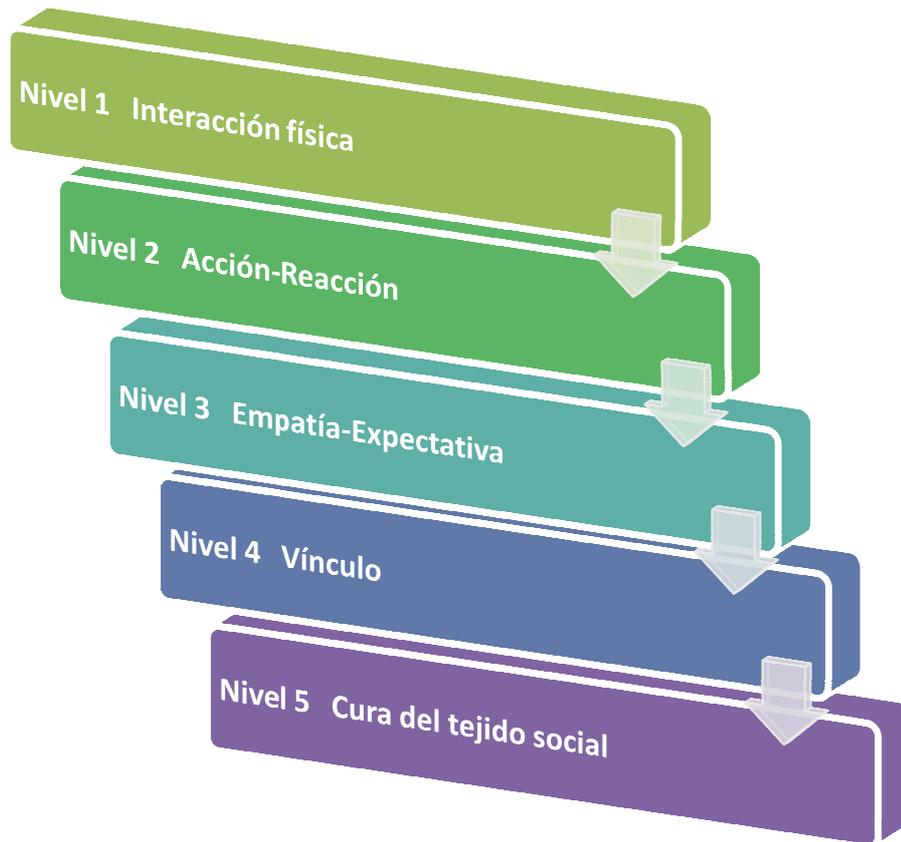


Fig. 3-4: Niveles de deseabilidad de GAFA

3.3. Aspectos técnico-profesionales

3.3.1. Rol del terapeuta-analista GAFA

A modo de introducción.

GAFA reúne elementos analíticos, psicoeducativos y sociales, por lo que la función de un(a) terapeuta-analista, indistintamente denominado a veces **conductor de grupo, terapeuta, analista o incluso facilitador grupal**, debe reunir aspectos de esos tres paradigmas. En este apartado revisaremos los elementos más importantes para un conductor GAFA, que son aquellos que han sido necesarios para construir la tabla de categorías de las intervenciones del terapeuta-analista, una de las dimensiones trabajadas en este estudio.

Por regla general, el peso del terapeuta-analista añadido al peso grupal constituye un modo de compulsión dinámica para una mejora de la salud grupal y del bienestar de los miembros; dicho de otra manera, los miembros junto con su conductor forman una malla de presión dinámica y positiva, que anima un sistema de retroalimentación verbal, que a su vez potencia un ímpetu para el desarrollo y el crecimiento (Berg, Landreth &

Fall, 2006). Por otra parte, gracias al terapeuta, cada participante llega a sentirse útil y también comprendido por los demás; esta premisa es necesaria para evitar la sensación de alienación de la matriz grupal. De igual importancia para la inclusión de todos los miembros es la disposición de las sillas, que debe facilitar el contacto visual entre ellos y con el conductor, por lo que la preparación previa del *setting* grupal suele ser responsabilidad del conductor. La atmósfera grupal gana en calidez con un *setting* acogedor y con poco ruido exterior. Por otra parte, aunque la responsabilidad de facilitar la circulación de la ayuda recaiga sobre el conductor, la de solidificar la identidad grupal y la sensación de pertenencia recae sobre todos los miembros.

Para acabar esta pequeña introducción, nos gustaría recordar que todo conductor GAFA deshila vínculos para elaborar otros nuevos con los participantes del grupo, así que a fortiori, el terapeuta arranca el grupo con una deuda ética hacia cada uno de los participantes que han confiado en él. El terapeuta es el agente profesional durante toda la experiencia y su máximo responsable. La asociación para los especialistas en el trabajo grupal, ASGW, habla incluso de *agente ético* (Berg, Landreth & Fall, 2006); éste debe ofrecer una atención considerable a la intención y el contexto de sus acciones, puesto que su posición implica una vulnerabilidad ética potencial. Excede de este apartado entrar en los detalles éticos, pero se resumen en otro capítulo del estudio; no obstante, remitimos al lector interesado a la descripción de las responsabilidades éticas descritas que hace esta misma asociación (ASGW, 1989, *Ethical guidelines for group counselors*; ASGW, 1998, *Best practices*). Desde la experiencia propia, diríamos que la persona que pretende llevar un grupo debería entrar en él como un soldado que atraviesa un campo de minas; esta fórmula sería la que mejor traduce el peligro de la inatención y de las repeticiones perjudiciales.

En la figura de la página siguiente se ofrece un resumen de los elementos que debe tener un terapeuta-analista GAFA.

ROL DE UN(A) TERAPEUTA-ANALISTA GAFA

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Rol analítico A:</div>	}	<p>Emite intervenciones dirigidas al individuo</p> <p>Emite intervenciones dirigidas al grupo</p> <p>Facilita el <i>insight</i> y el proceso resiliente</p> <p>Ayuda a renunciar a las idealizaciones infantiles tóxicas</p> <p>Ayuda a restituir las relaciones rotas mediante una nueva relación grupal</p> <p>Rescata del desbordamiento psíquico que provoca quiebra y impotencia</p> <p>Rescata de las repeticiones compulsivas dañinas, persecuciones, resentimientos y culpas, mediante el conocimiento, la reconciliación y el amor</p>
+ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Rol formativo F:</div>	}	<p>Permite una comprensión cognitiva y su internalización</p> <p>Permite un cambio perceptivo</p> <p>Permite el aprendizaje de un repertorio nuevo de reacciones</p> <p>Permite el aprendizaje de expresión emocional</p> <p>Enseña a entender a los demás miembros</p>
+ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Rol de apoyo social A:</div>	}	<p>Fomenta una atmósfera facilitadora de la comunicación</p> <p>Protege a los miembros</p> <p>Rescata de la soledad y del aislamiento</p> <p>Acompaña, contiene, tranquiliza</p>
+ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Aptitudes personales</div>	}	<p>Capacidad de responsabilizarse de los demás</p> <p>Capacidad de autoanálisis</p> <p>Empatía y escucha</p> <p>Ser uno mismo y estar cómodo</p> <p>Capacidad de improvisación pero con intencionalidad</p> <p>Capacidad de usar el humor</p> <p>Estable, flexible y poco aplastante</p> <p>Aceptar dejarse interiorizar por los miembros</p> <p>Dejarse sorprender</p>
= <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Repertorio facilitador de la comunicación y de la ayuda</div>		

Fig. 3-5: Modelo de intervención del terapeuta-analista GAFA

3.3.1.1. Aspectos del terapeuta-analista de corte psicodinámico

El terapeuta-analista pretende ayudar a cada participante, y al grupo en su totalidad, a generar un sentido psicodinámico de su experiencia. Con respecto al cáncer, se pretende que cada paciente localice algunos de los elementos que influyeran en su bajada de defensas previa a la enfermedad y detecte si ésta cumplió con algún beneficio secundario, o si apareció en su vida precisamente como respuesta psíquica a otro malestar subyacente que puso a la persona en una tesitura de impotencia. Básicamente, mediante las aportaciones verbales interpretativas, el terapeuta debe elegir los momentos adecuados para señalar, con cautela, aquellos elementos que ayudarán a producir un *insight* a un miembro en particular (interpretaciones individuales) o al grupo en su totalidad (interpretaciones grupales). Puesto que este proceso es muy largo y excedería los límites de las ocho o nueve sesiones de un grupo GAFA, se pretende coger un atajo con las explicaciones psicoeducativas y con la facilitación grupal, que son los dos otros roles del terapeuta-analista GAFA.

Toda experiencia analítica grupal incluye la calidad interpretativa que emerge del tejido intersubjetivo, único y puntual, en el cual se hallan los miembros grupales. La interpretación, vehículo primordial para el *insight* y la comprensión, es una creación grupal o, al menos, es correalizada por un miembro y el terapeuta en un instante intersubjetivo dado, gracias a una resonancia mutua, a una comunión conjunta. A través de una aclaración interpretativa, el grupo procura conseguir más claridad emocional o más entendimiento cognitivo sobre los significados ocultos en juego que forman parte de su mundo vivencial.

Doctors (2007) habla de un proceso bidireccional y de regulación propia e interactiva que tiene lugar dentro de un modelo intersubjetivo diádico de sistemas. Explica que el terapeuta, mediante su personalidad y su actividad, facilita y restringe el flujo verbal del paciente. Teniendo en cuenta la complejidad de la comunicación verbal y la no verbal, la consciente y la inconsciente, afirma que el terapeuta participa en un proceso bidireccional de comunicación que transcurre a varios niveles simultáneamente. Hay muchas formas no conscientes, explica, de percibir y comunicar que influyen en esta experiencia. Aparte del contenido, ciertos aspectos paralingüísticos del discurso comunican la calidad afectiva de la relación, proporcionan señales muy potentes acerca del significado de lo dicho, suministran impresiones fuertes que reflejan la situación, y a veces ni siquiera pueden capturarse conscientemente. Tras rastrear el proceso comunicativo, esas impresiones resultan muy útiles al terapeuta a la hora de avanzar en las interpretaciones. El proceso por el cual la experiencia emocional se vuelca en el lenguaje incluye una percepción emocional del impacto de la experiencia discursiva. Doctors explica cómo se forman juicios, conscientes e inconscientes, acerca del efecto de hablar de las experiencias, bien directamente, a partir de las palabras de alguien, o bien indirectamente, mediante las sugerencias tácitas o explícitas que amplifican y modifican el lenguaje, y también por la vía de la comunicación no consciente. Demasiado a menudo consideramos el pensamiento y el discurso —los llamados componentes cognoscitivos de la interpretación— exclusivamente como capacidades internas y nos equivocamos a la hora de tener en cuenta las circunstancias intersubjetivas que facilitan o dificultan lo que podemos saber y comunicar.



De ahí que una buena interpretación tenga que ver con el *hic et nunc* grupal y con la transferencia sobre el terapeuta u otro miembro, además de estar vinculada con una emoción traída del pasado de la persona.

Assoun (2003) deslinda la palabra llena de la vacía para explicar la importancia de la comunicación verdadera e interpretativa; dice que la primera surge sólo cuando en el curso del análisis se depura de sus coartadas comunicativas y alcanza su función de puro significado, dado que se limpia el imaginario del contenido de significación particular y de la intención de significación. Sólo entonces emerge la relación de la palabra a la verdad (p. 96), la del paciente.

Siguiendo con el tamiz psicoanalítico, Solano (2004) captura la obra de Lacan y extrae tres verbos que resumen las funciones básicas del terapeuta-analista: **tener, negar y dar**. Tener aquello que le falta al otro, negar su propia angustia y dar el signo de la falta de significante. Son tres verbos que el terapeuta GAFA deberá saber conjugar al unísono con su acción para estar a la altura de la eficacia que se espera de él. Sólo a partir de ese momento estará en condiciones de autorizarse por sí mismo y por algunos otros para ocupar el lugar de agente del discurso psicoanalítico. Esta constelación breve presentada por Solano (2004) en el *Seminario del campo freudiano de Madrid* (p. 167) no es exhaustiva, pero constituye un abordaje económico y pragmático, como la clínica lacaniana, y refleja bastante bien la visión de nuestro trabajo. Efectivamente, la clínica lacaniana asigna al terapeuta el lugar del sujeto que supuestamente posee el saber. En su teoría sobre la transferencia, Lacan (2001) deja claro que el deseo del analista juega un papel primordial en la cura. El terapeuta es silencioso; no pasa por su propia demanda con el fin de que el paciente pueda poner en evidencia su deseo y verbalizar la suya.

¿Y cuál es el lugar del deseo del analista?

Rastreando la enseñanza de Lacan, vemos que nos da una indicación simple y sencilla, aunque a veces difícil de asumir: el lugar es el de ofrecer espacio al deseo del paciente para que éste se pueda realizar. En su *Seminario VIII* (2001) apunta que el único signo del deseo que ha de dar el analista es el signo de la falta de significante, puesto que ese es el único signo que no se soporta, ya que provoca una indescriptible angustia. Lacan asegura que es el único signo que puede hacer acceder al paciente a lo propio del inconsciente.

Dicho de otra manera, el deseo del analista está centrado en el duelo que debe hacer; esta posición contradice al deseo de Freud. En el capítulo 19 del mismo *Seminario* (p. 305) añade: “Somos, en último término, en nuestra presencia, nuestro propio sujeto, en el punto donde éste se desvanece, donde está tachado”. El analista no está representado por un significante; es sólo un vacío, una falta. Una sabia enseñanza del mismo seminario, en los capítulos 22 y 23, nos aclara la confusión que se da en la comunicación. Dice que toda palabra tiene siempre un más allá: detrás de lo que dice un discurso, está lo que quiere decir, y detrás de lo que quiere decir, hay un querer decir; el proceso no se agotará nunca, sino que se llega a que la palabra es creadora, a que la palabra hace surgir la cosa misma, la cual no es otra cosa que el concepto. GAFA no renuncia a este principio: perseguir la verdad de cada miembro para ayudarle a crear su propio sentido. “En el camino de la palabra hay un hueso”, explica Miller (2008), yerno

de Lacan y portavoz de su enseñanza; “la palabra va a dar vueltas en espiral alrededor del hueso, casi hasta esculpirlo” (p. 333).

Otro referente de utilidad para el conductor GAFA es Winnicott. De este psicoanalista extraemos la importancia de la capacidad del terapeuta de preocuparse por el otro. La preocupación (Winnicott, 1963) significa que el conductor cuida al otro, siente y acepta la responsabilidad de hacerlo; esta capacidad está detrás de todo trabajo constructivo y es propia de una vida sana y normal. Winnicott sostiene que la preocupación aparece en la vida del individuo, dentro de su psique, como una experiencia muy completa y sutil en el proceso de reunión de la «madre-objeto» y la «madre-ambiente». Desde una óptica grupal, explica que la «madre-ambiente» (es decir, el grupo) recibe todo cuanto pueda llamarse afecto y coexistencia sensual, en tanto que la «madre-objeto» pasa a ser el blanco de la experiencia, respaldada por la burda tensión de los instintos. El suministro ambiental conserva su importancia vital, si bien el individuo comienza a adquirir la capacidad de tener esa estabilidad interior propia del desarrollo de la independencia. Si el grupo no le suministra una oportunidad de reparación en la que pueda confiar, el miembro del grupo perderá la capacidad de preocuparse, y la reemplazará por angustias y defensas más primitivas, como la escisión o la desintegración.

El terapeuta-analista tiene un papel clave añadido: no renunciar a «contrariar» el deseo de no curarse, subyacente a la pulsión de muerte que se halla en la mayoría de los miembros del grupo. Es decir, no rechazar el mal, el goce mortífero que acompaña a la enfermedad. Es muy difícil saber lo que será terapéutico para un miembro; además, lo que es terapéutico para uno puede no serlo para otro, de modo que los mismos miembros deberán realizar la evaluación de los efectos del tratamiento. Sin embargo, rechazar el mal —el *kakón*, como lo llaman los griegos— es función del terapeuta. A posteriori, son los propios pacientes quienes se hacen cargo de su relación con su mal.

El terapeuta-analista grupal debe igualmente estar al tanto de las patologías regresivas que pueden darse en un grupo considerado no patológico. Nos lo explica Badaracco (1999), quien, desde su abordaje a grupos multifamiliares, avisa del peligro de la compulsión de repetición que un sujeto puede desarrollar con el terapeuta, configurando un tipo de *folie à deux*. Se trata de una regresión a una condición infantil patológica, en la que se constituye una pareja simbiótica patológica, donde hay mucha agresividad y odio. Es una situación muy difícil de afrontar para el terapeuta, que podría llegar a necesitar de una intervención exterior. Respecto a las intervenciones adecuadas y de ayuda que pueda necesitar el conductor en esos momentos, el sostén nos llega de la pluma de Guimón (2003), quien afirma que los grupos hospitalarios deben tener como finalidades facilitar la interacción y velar por el mantenimiento de las fronteras del grupo, sin descuidar el trabajo de ciertos temas que aparecen invariablemente, como la ansiedad sentida al ingresar, los efectos indeseables de la medicación, el duelo por otros miembros o los temores ante la perspectiva de ser dados de alta. Guimón añade que son útiles las intervenciones focales del conductor, quien intenta poner en relación los conflictos surgidos en la sesión entre los miembros con situaciones similares atravesadas por las familias de orígenes respectivos, y en relación también con el terapeuta. En este triángulo habrá que estudiar “la pulsión relacional, las consecuencias negativas anticipadas y la solución encontrada” (Guimón, 2003, p. 171).

Desde mi experiencia, abogo por un papel de protección y seducción hacia la vida. Ante el sufrimiento del paciente, el terapeuta acepta compartir su angustia de muerte para

seducirle con la vida y, en clave de Stern, sintonizar afectivamente con él. Bien llevado y con la ayuda del papel psicoeducativo y social, el papel analítico deviene un vehículo importante de la cura, el que más genera sentido. Frente al significante mutilado por el tumor, la interpretación devuelve un sentido a la enfermedad y la articula en la vida del paciente. Viajando junto a los demás miembros del grupo a través de los senderos de la infancia, se hallarán los recuerdos enquistados por la no aceptación, por el dolor o bien por la impotencia; pero para extirparlos, primero hace falta hacerles un lugar en la memoria consciente.

3.3.1.2. Rol del terapeuta-analista desde el paradigma psicoeducativo

La coyuntura de la comunicación que palpita en todos los grupos hace que pongamos el acento sobre la competencia del terapeuta-analista en materia de la práctica de la comunicación; efectivamente, el proceso que lleva a cabo contribuye a enseñar a los participantes a imitarlo y a aprender de él. Por ello y por los demás factores citados en este apartado, GAFA no puede ser un grupo sin conductor (liderazgo horizontal); necesita de un conductor (liderazgo vertical) que recoja a los miembros y que ayude a que confluyan y se traben los complejos aspectos que están en juego en el grupo, manifestados mayoritariamente por el ejercicio de la palabra. Dejar un grupo de las características de GAFA sin un terapeuta asignado sería peligroso y atrevido, y engendraría un peligro de alienación o de naufragio dentro del mismo grupo.

El punto de partida formativo ayuda a un sujeto a asumir un nuevo orden de relación simbólica con el mundo. Según la clásica aportación de Rogers en su terapia centrada en el cliente, el objetivo primordial del conductor es proporcionar un entorno seguro para el aprendizaje de los miembros. Para ello se requieren tres condiciones básicas: la empatía, la calidez o respeto incondicional y la autenticidad. A partir del análisis transaccional (AT) de Eric Berne, terapeutas como el matrimonio Gouldings (1979) integraron técnicas gestálticas y del AT para elaborar la *Redecision Therapy*. En esta terapia, el conductor forma parte de la resolución del problema del participante, estableciendo un diálogo con él y enfrentándolo a sus decisiones, las cuales no se consideran aceptadas a menos que el propio participante las integre y reconozca su utilidad en la decisión tomada.

La opinión generalizada nos viene del referente grupal, Yalom (1985), quien señala que las tareas básicas del terapeuta grupal son las de mantener el grupo, construir una cultura grupal y evidentemente facilitar el proceso de *insight*. Como técnico cualificado, es él quien selecciona a los miembros y compone el grupo, formula los contratos grupales, establece horarios y lugares de encuentro, y define el papel de los miembros. Fundamentalmente, intenta fomentar una atmósfera en la cual los pacientes puedan hablar con libertad, modelar un conjunto de parámetros para alentarlos, promover la aceptación de los participantes sin juzgarlos y dar seguridad a cada uno de ellos.

3.3.1.3. Rol del terapeuta-analista desde el paradigma de apoyo social

El estudio del liderazgo grupal desde una perspectiva social se remonta a los años 30, cuando Lewin, padre de la psicología social, junto a sus discípulos, investigó la naturaleza y el efecto de tres estilos de liderazgo: democrático, autoritario y *laissez-faire* (Lewin y Lippitt y White, 1939). Más adelante, y desde una perspectiva funcional de la comunicación, se argumentó que el liderazgo satisface dos funciones que reflejan la categorización clásica y tradicional de los grupos, en grupos de tareas (instrumentales) y grupos de mantenimiento (socioemocionales) (Frey y Sunwolf, 2005). Hirokawa (1988) se funda en esta teoría para postular la suya, basada en la competencia comunicativa, y argumenta que un buen conductor, eficiente en su comunicación, es mediador y organizador de la interacción grupal, por ejemplo, sugiriendo acciones, manejando el turno de palabra y manifestando preocupación por los sentimientos y emociones de los miembros.

Lieberman y Golant (2002) nos dan la clave del comportamiento del terapeuta-analista grupal de GAFA desde la orilla social. Estos autores examinaron los efectos del comportamiento del conductor en 269 pacientes de cáncer pertenecientes a grupos de soporte. Su modelo, que parte de estudios previos y está reforzado por una revisión exhaustiva de investigaciones sobre el tema, especifica cinco dimensiones con respecto al liderazgo:

- 1- Evocación y estimulación.
- 2- Dirección y ejecución.
- 3- Atribución de sentido.
- 4- Uso de sí mismo.
- 5- Preocupación y soporte.

A continuación un resumen de los criterios de codificación de cada una de las dimensiones:

1-Evocación- Estimulación	Invita, cuestiona, refleja, desafía, confronta.
2-Dirección- Ejecución	Frena interacciones tóxicas, sugiere procedimientos, maneja el tiempo, recuerda las normas grupales, objetivos y direcciones, ayuda a tomar decisiones.
3-Atribución de sentido	Explica, compara, resume, invita y solicita retroalimentación, explica los cambios grupales y los conceptos interpretativos.
4-Uso de sí mismo	Revela valores personales y participa como miembro.
5-Preocupación y soporte	Protege, soporta, da amistad y cariño.

(Adaptado de Lieberman y Golant, 2002)

GAFA se apoya en estos autores para agregar a su repertorio de actuaciones de liderazgo las funciones revisadas por ellos. También examinaron la influencia que pueden tener las intervenciones de los terapeutas, para lo cual eligieron explorar los factores curativos de los grupos y la vivencia de ayuda que se haya podido dar en ellos. La efectividad grupal se evaluó mediante un cuestionario sobre la calidad de vida en

pacientes oncológicos (*Functional assesment of cancer therapy*) elaborado por Cella en 2001, y con un autoinforme sobre sintomatología depresiva, realizado por Radloff en 1977. El comportamiento del conductor fue codificado según las cinco dimensiones de Lieberman presentadas más arriba en la tabla, y la experiencia de ayuda fue evaluada por un cuestionario de 30 ítems elaborado por el mismo Lieberman en 1973, que recopila seis dimensiones:

- 1- El soporte que se da en el grupo.
- 2- El grado de exposición propia ante los demás.
- 3- Las ideas existenciales.
- 4- La información mental y cognitiva.
- 5- Las actitudes y creencias.
- 6- La participación e identificación.

Los resultados mostraron que los conductores calificados de generadores de sentido y los dotados de un buen manejo directivo son los que se asociaban a niveles depresivos bajos, a menos problemas físicos, a un bienestar más alto y a una mejora del funcionamiento; desde el lado de la investigación, y dicho sea de paso, esos resultados atestan que la influencia del conductor se examina mejor gracias a sus intervenciones que con la evaluación directa de los resultados grupales.

Otras investigaciones rigurosas realizadas con grupos experienciales y de soporte de pacientes afectadas de cáncer de mama, revelan que tres macrodimensiones señalan las técnicas del conductor: 1. Cambiar el foco; 2. Clarificar; 3. Demostrar soporte (Keyton, Beck, Dennis y Kunkel, 1999). El estudio realizado por estos autores muestra el poder de liderazgo de un conductor a la hora de hilvanar el discurso que se da en un grupo con mujeres con cáncer de mama. Efectivamente, los autores sitúan el liderazgo grupal dentro de un marco de proceso de interacción; para ellos, la función del conductor es ayudar a superar la variedad de tareas y problemas relacionales encontrados en el grupo, y esta postura asume que el liderazgo: (1) está considerado como un proceso comportamental que puede identificarse en mensajes o intervenciones; (2) puede variar en complejidad, en función de la complejidad exterior al grupo, y (3) ayuda a los miembros a dotar a su entorno de cierto sentido y a perseguir los objetivos deseados. Empleando una revisión sobre los grupos de soporte con pacientes que sufren de cáncer de mama, Keyton, Beck, Dennis y Kunkel (1999) señalan que hasta el año de su estudio, el proceso de interacción en los grupos de soporte no se había investigado rigurosamente y que la literatura común sobre la calidad de liderazgo del conductor sigue situándolo en una política democrática; aun así, recogiendo los trabajos realizados en los años 90, deducen de los estudios realizados por Kolb en 1996 que una de las habilidades en los grupos de soporte efectivos es la capacidad del conductor de tolerar la incertidumbre. Otra habilidad resaltada por Cronshaw y Ellis en 1991 es la de gestionar claves sociales, con la sensibilidad y el clima emocional adecuados. En cuanto a su papel de facilitador, los autores extraen de la literatura unas conclusiones de interés: **la habilidad de facilitador cumple con una función de intervención**. También revisan determinadas responsabilidades que pertenecen a esta función: crear situaciones que propician el aprendizaje, establecer un modelo de comportamiento, proveer nuevos valores, facilitar el flujo de información, participar como experto, proteger a los participantes de los ataques y del estrés innecesario del grupo y confrontar al grupo con su proceso.

Revisando el liderazgo en grupos de soporte social (no necesariamente con pacientes afectados de cáncer), no podemos omitir los trabajos clásicos de Bales (1976), pionero en la observación y el análisis de la interacción grupal, quien elaboró una rejilla para codificar los atributos y comportamientos del conductor y los participantes, entramados en una interacción mutua. Su rejilla, denominada IPA o *Interacción Process Análisis*, teoriza que los grupos tienen uno de dos objetivos (que posteriormente se han considerado clásicos en la literatura grupal): mantenerse (grupo socioemocional) o realizar una tarea (grupo experiencial o instrumental). A pesar de la antigüedad de las investigaciones de Bales, no resulta obsoleto mencionarlo: las doce funciones que agrupó en cuatro categorías se han utilizado en muchísimos grupos para identificar roles en ambos tipos de grupos, socioemocional e instrumental. Resaltamos las cuatro categorías:

- 1- Intervenciones socioemocionales positivas.
- 2- Intentos de responder a la tarea.
- 3- Preguntas por la tarea.
- 4- Intervenciones socioemocionales negativas.

Dentro del clima de la psicología social que se esfuerza, como lo dijo en su día Pichon Rivière (1995), por salvar a cada hombre de ese conflicto que lo desgarrar, la labor del terapeuta-analista consiste en capacitar al sujeto para integrar su individualidad y proporcionarle seguridad frente a la incertidumbre que lo desestabiliza.

3.3.1.4. Atributos personales del terapeuta-analista de GAFA

Para continuar formando el puzzle del liderazgo de GAFA, es menester mencionar algo sobre los atributos personales del terapeuta. La técnica sin la táctica de saber utilizarla no sirve de mucho si consideramos la multitud de variables que cohabitan en un grupo de esas características. De hecho, las variables de un terapeuta llegan a ser ocho veces más importantes para el resultado final de una terapia que la influencia de las técnicas terapéuticas en sí, como lo demuestran Ávila, Caro et al. (2002). Para llegar a esta conclusión utilizaron el instrumento CCDP, o Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas, desarrollado por Orlinsky en 1999. Este cuestionario es un autoinforme, descriptivo y evaluativo, compuesto de subcategorías y que recoge variables de diferentes índoles:

1. Cantidad y tipos de entrenamiento profesional.
2. Experiencia.
3. Desarrollo personal como terapeuta.
4. Experiencia con terapia personal.
5. Adquisición de habilidades varias: ganancia de capacidad empática, capacidad para guiar a otros terapeutas, capacidad de detectar reacciones emocionales de los pacientes, destreza para conseguir la alianza del paciente, uso provechoso las propias reacciones, confianza en su rol de terapeuta, posesión de naturalidad al trabajar, efectividad en comunicar su comprensión al paciente, etc.

Muchas de estas variables se van ganando con el tiempo y la práctica, y esta ganancia a su vez depende de los atributos personales del terapeuta. Ávila, Caro et al. (2002) definieron el desarrollo del terapeuta mediante cuatro construcciones descriptivas: DRC (Desarrollo Retrospectivo de la Carrera), DEA (Desarrollo Experimentado Actualmente), DCC (Desarrollo en Cortes Comparativos) y DLI (Desarrollo Longitudinal Individual). Estas categorías descriptivas realzan la figura del terapeuta en la relación interpersonal entre éste y el paciente.

Berg, Landreth y Fall (2006) nos hablan de la baja autoestima que puede tener un conductor grupal y de los miedos que puede albergar con respecto a su propia capacidad o con respecto al grupo que lleva. Esos miedos van en detrimento del éxito del grupo, por lo que deben ser trabajados y superados, sea mediante supervisión, sea mediante una experiencia grupal similar a la que lleva. Estos autores delimitan las premisas de los atributos personales que debe tener un conductor principiante. Hacemos nuestras algunas de ellas para el trabajo GAFA, y añadimos algunas desde la experiencia propia:

- 1- Conocerse a sí mismo para promover la disposición propia a hacerse responsable de los miembros.
- 2- Estar dispuesto a aprender acerca de los procesos grupales (las fases grupales, el desarrollo grupal, etc.).
- 3- Usar las propias sensaciones y emociones que surgen a raíz del grupo para analizarlo; se incluyen los mecanismos de defensa propios como la negación, la proyección y la racionalización.
- 4- Explorar las capacidades personales propias para ir desarrollándolas, especialmente la capacidad discriminativa (escuchar y entender) y la comunicativa (responder a lo que se ha escuchado), y seis dimensiones que están en todas las transacciones humanas —la empatía, el respeto, la autenticidad, la concisión, la confrontación y la inmediatez (p. 61)—, que forman el espectro de base para promover un desarrollo grupal eficiente.
- 5- Aceptar que los miembros se identifiquen con él y a veces lo internalicen. Velar por la integridad de la vida psíquica es necesario para prevenir una desintegración psíquica o mental, especialmente cuando se trata de ex pacientes de cáncer sacudidos por una enfermedad que pone la vida en juego. El encuentro alma a alma proporciona una asistencia; una identificación que sostiene cuando todo vacila se hace necesaria para revalidar una identidad establecida o bien para construir otra nueva.
- 6- Ser flexible pero al mismo tiempo estable.
- 7- Aceptar dejarse sorprender por cada participante de grupo. Cada uno acude con sus visiones y experiencias, de modo que ir con un prejuicio de conocimiento suele ser poco productivo.
- 8- No caer en la trampa de tomar la transferencia negativa como un ataque a su persona. La transferencia es a veces difícil de soportar. Lacan llegó a afirmar en su seminario sobre la dirección de la cura que no hay más resistencia al análisis que la del propio analista.

Explotar la capacidad personal del terapeuta y ponerla al servicio de la cura se hace imprescindible.

3.3.1.5. Conclusión

Después de la revisión de los aspectos de conducción analíticos, formativos y sociales, hemos destacado los aspectos más relevantes para los objetivos GAFA.

Lo que se espera de un terapeuta-analista GAFA se puede resumir en tres verbos que corresponden respectivamente al paradigma analítico, formativo y de apoyo: **señalar, formar y facilitar**:

-Señalar mediante interpretaciones, dirigidas al individuo o al grupo, aquellos elementos que conducen a un *insight* considerado constructivo o a rescatar a la persona de sus repeticiones, sus pesadillas dantescas, resentimientos, culpas prevalecientes, compulsiones dañinas o persecuciones, para ayudar a resiliarlas mediante el conocimiento, la reconciliación, el perdón y el amor.

-Formar en aquellos aspectos sociocognitivos que permitan procesar e internalizar una información, deshacerse de los mecanismos mutilantes mediante un aprendizaje vicario y promover la identificación grupal.

-Facilitar la participación grupal y la comunicación, vehículo terapéutico imprescindible para los propósitos del grupo, siempre protegiendo a los miembros de sus propias reacciones, a veces exhibicionistas, que podrían malinterpretarse.

En suma, se subraya la idea de que el grupo es por definición y por experiencia personal un instrumento terapéutico muy potente; recoge la historia de muchos desencuentros y, en nuestro caso, de negociaciones con la vida, de modo que el terapeuta-analista tiene que estar al tanto en todo momento de qué hacer para transformar en conocimiento, y “capacitación” resiliente el malestar, el sufrimiento o incluso en algunos casos el trastorno. Se trata de hacer con el grupo una nueva historia, la de un encuentro.

3.3.2. Reglas grupales de GAFA

Los criterios de admisión al grupo GAFA son los siguientes:

- Compromiso de asistir a todas las sesiones y de respetar las normas de confidencialidad. Se acepta firmar una hoja de autorización y colaboración con la investigación, así como de protección de datos (ver Anexo 9).
- No se admiten personas con un trastorno mental grave o con retraso psíquico.
- No se admiten toxicómanos o alcohólicos.
- No se admiten personas bajo un tratamiento paliativo y con mal pronóstico, ya que la intervención grupal les resultará caduca; al no ayudarles les resultará frustrante y probablemente con efecto contrario al deseado.
- Es preferible que no estén en una fase de tratamiento quimioterapéutico violento o bajo radiaciones.
- Que acepten no fumar durante las sesiones si son fumadores, y abandonar sus teléfonos y el contacto con el exterior durante la sesión.

Las reglas grupales que rigen nuestro grupo son las siguientes:

- 1) La regla de la confidencialidad: Nadie del grupo puede revelar la identidad de los miembros fuera de él sin, en todo caso, el permiso de la persona en cuestión.
- 2) La regla de restitución: Todo lo que tiene que ver con el grupo, como por ejemplo ir a tomar algo después de la reunión, deberá devolverse al grupo en la sesión siguiente.
- 3) La regla de asistencia obligatoria: Dejar de asistir por un asunto de elección propia tiene que ver con el resto del grupo y puede provocar un sentimiento de abandono, de culpa o de enfado.

3.3.3. Medidas éticas

La psicoterapia, con su diversidad de procedimientos y su vertiente social, representa uno de los medios más eficaces para resolver los problemas psicológicos y psiquiátricos, así como cuestiones de índole familiar, social y comunitaria. Esta concepción supone que la psicoterapia trate lo biológico con lo social y que adquiera, además de valor clínico, un valor comunitario. Por lo tanto, se requieren unos límites y unas normas para regularizar su práctica y adecuarla al contexto legal, cultural y temporal.

En la estructura de los colegios de psicólogos, la deontología ocupa un lugar destacado y de obligado cumplimiento. La comisión deontológica preserva los derechos del profesional así como los del paciente, y marca unos límites que no se pueden saltar. En un campo tan amplio como el de la psicología, es de suma importancia entender que la amplitud de miras no significa otorgarse una permisividad sin límites o sin la conciencia de la responsabilidad que conlleva trabajar con seres humanos, que se merecen ante todo un gran respeto. Es muy importante también que el facultativo sea consciente de las consecuencias de sus intervenciones y sea capaz de asumirlas. Del mismo modo que no se puede jugar con las emociones y sentimientos de una persona, no se puede pasar por alto que la intervención del psicólogo puede iatrogenizar problemas o arrastrar a cambios indeseables. La cautela, el cuestionamiento personal y la formación continuada son de rigor.

La expresión «principios éticos básicos» se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos preceptos y valoraciones particulares de las personas. Entre los principios que más se aceptan en nuestra cultura se cuentan el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia (Abel Fabre, 2001):

1. El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas: tratar a todos los individuos como agentes autónomos y el derecho a protección de todas las personas cuya autonomía esté disminuida.
2. La beneficencia se entiende en el sentido radical de obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en ese sentido: no causar ningún daño y maximizar los beneficios posibles.

3. La justicia no se aplica cuando se niega a alguien un beneficio al cual tiene derecho, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga.

Para la toma de decisiones éticas en la práctica clínica hemos de distinguir tres aspectos:

1. La ética substantiva: qué hacer en un caso concreto.
2. La ética de procedimiento: quién decide, según qué criterios y cómo se resolverán los conflictos.
3. La estructura profunda de la decisión: la justa interpretación de la justicia, beneficencia y autonomía, dentro del marco y del encuadre facultativo-paciente.

Las normas de conducta profesional en psicología y psicoterapia han sido ratificadas por la mayoría de las asociaciones científicas, las cuales las han hecho accesibles a sus afiliados. Resulta pertinente resaltar algunas de ellas:

- El fallecimiento del cliente o su desaparición no libera al profesional de las obligaciones del secreto profesional.
- La exposición de casos con fines didácticos o de divulgación científica debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trate, a no ser bajo un permiso firmado.
- El ejercicio de la psicología no debe ser mezclado ni en su presentación pública ni en la práctica con otros procedimientos y prácticas ajenos al fundamento científico de la psicología.

También es adecuado recordar aquí las recomendaciones del doctor Gómez-Batiste, director del servicio de **Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología (ICO)**, quien considera que los deberes éticos que un especialista oncológico debe cumplir se pueden resumir en **las cuatro «C»**: competencia, o conocimiento de la mejor opción terapéutica para los enfermos; compromiso con los pacientes, familias y equipos; conciencia de todas las dimensiones que acompañan el proceso de la enfermedad, y compasión, o sea, que sepa acompañar al enfermo y a la familia en las situaciones de dificultad (Gómez-Batiste, 2007).

Más allá del aprendizaje y del conocimiento, existe el saber. El peso del conocimiento está multiplicado por el saber. Asomándose a la lucidez de los decires de sus pacientes, cada psicoterapeuta presta su escucha, pero sobre todo su lectura, al saber de éstos. El mal de vivir de los pacientes anida donde puede y como puede; el paciente puede sufrir la incomprensión de muchas personas en su contexto social, pero nunca debería sufrir la de su terapeuta. Cómplice de la vida, éste sella un pacto del silencio con el sujeto, pero no con su síntoma clínico. El viaje de ambos se inicia con una buena impresión mutua y una toma de posiciones, pasa por la definición de objetivos mutuos a conseguir y se establece un proyecto común. A través de la historia clínica del paciente, de su anamnesis, se establece su estado actual, tomando en consideración su visión integral, su aspecto físico, funcional, social, profesional-laboral y familiar. Se elabora un diagnóstico preliminar, se elige o no compartirlo con el paciente en función de si le ayuda o no saber lo que le pasa; si se elige compartirlo, se trata de no utilizar terminología que no va a entender. Así se inicia el proyecto común, cuyo objetivo es lograr el máximo bienestar del paciente.

Por otra parte, han sido de ayuda las reglas de prácticas grupales éticas delineadas por la asociación grupal AGPA (*American Group Psychotherapy Association*), que ayudan al conductor de grupo a tomar sus decisiones diarias. El líder debe evaluar sus acciones según tres criterios específicos, tres preguntas que debería poder contestar:

- 1- Si la acción satisface al miembro en cuestión.
- 2- Si la acción plantea una dificultad ética.
- 3- Si la acción es factible.

Otras recomendaciones de AGPA son:

- 1- Agudizar la cautela respecto a la presión grupal, como por ejemplo los abusos verbales, el aislamiento destructivo o la elección cuidadosa de los participantes.
- 2- Guardar unas memorias registradas de las sesiones, en beneficio de los miembros.
- 3- Confidencialidad, fronteras extragrupalas y consentimiento informado.
- 4- Aumentar la cautela a la hora de evaluar un tratamiento, con el objetivo de no sesgar los resultados; con este fin es recomendable utilizar baterías adecuadas de evaluación.

Aplicando a la psicoterapia estas reflexiones, se puede concluir con Goleman (1996) que, al margen del conocimiento técnico, la competencia personal —autoconciencia y autogestión— y la competencia social —conciencia social y gestión de las relaciones— de cada psicoterapeuta son claves para la salud de sus pacientes. Si añadimos a esta conjetura el rigor en la aplicación de la ética, tanto personal como profesional, se puede emprender el viaje terapéutico con ilusión y serenidad, y entrever en cada paciente la paloma de la paz en el infierno de sus batallas internas.

3.3.4. Espacio físico, temporal y duración de las sesiones

Las reuniones de GAFA se realizaron en la consulta de la terapeuta (las fotos y los detalles se desglosan en el cap. 5). Las sillas, dispuestas en círculo cerrado, dejaban bastante espacio entre ellas como para que las participantes no se sintieran invadidas. La luz era bastante fuerte para mejorar la captura de la cámara y para no desmaterializar las emociones dibujadas en las caras. El despacho, situado en una séptima planta, permitía un silencio exterior y una vista del horizonte para la mitad de las participantes. Una sala al lado, de espera, hizo de guardarropía para bolsos, móviles, chaquetas y todos aquellos objetos que habrían provocado distracciones y trajín en el grupo. Las cámaras, como enseña la foto, estaban montadas detrás del grupo, y gracias a su mecanismo automático no era necesario levantarse en ningún momento una vez estaban en marcha, con lo que se evitaban interrupciones inútiles. En el medio del círculo había un taburete bajito con una grabadora digital de voz. Detrás de la silla del observador había una mesa de ruedas con bebidas frescas, vasos y galletas. Un micrófono angular que colgaba del techo complementaba el escenario del plató. No había más mobiliario en la sala que lo descrito.

Las reuniones transcurrieron los jueves a las 18:00, con la luz natural del invierno casi agotada. La calefacción estaba puesta a unos 23°, lo justo para sacudir los ánimos y burlarse del frío.

Cada sesión duraba oficialmente una hora y media; sin embargo, las participantes acudían unos diez minutos antes, charlaban un poco y rompían el hielo; al acabar la sesión, no se alargaban mucho, pero podían transcurrir diez o a veces quince minutos. En tres ocasiones grabamos esos espacios intersesiones para analizarlos, aunque no los sometimos a codificación. Las fechas de las sesiones fueron las siguientes:

- 1- 28 de febrero de 2008
- 2- 6 de marzo de 2008
- 3- 13 de marzo de 2008
- 4- 27 de marzo de 2008
- 5- 3 de abril de 2008
- 6- 10 de abril de 2008
- 7- 17 de abril de 2008
- 8- 24 de abril de 2008
- 9- 15 de mayo de 2008

3.3.5. Constitución del grupo

Convocatoria:

Las participantes fueron convocadas bajo el lema de “ayudar y ser ayudadas”. La convocatoria se divulgó por Internet (página web de la autora) y en la asociación GAMIS contra el cáncer de mama, hospedada en el Hospital Clínico de Barcelona; mediante esta asociación, la autora pudo presentar *in vivo* la convocatoria y dejar allí sus datos para que las interesadas la pudiesen llamar; llamaron unas 10 candidatas que ofrecieron su colaboración, de las cuales se seleccionaron 6. Dos participantes acudieron al grupo por otras vías (Internet y conocidos).

Se concertó por teléfono una entrevista individual previa, de una hora como mínimo, para explicar la investigación y los criterios de admisión. Durante la entrevista (*vid.* Anexo 8), grabada en audio, se recoge algo de la biografía de la candidata y las condiciones que rodearon su enfermedad, y se le presentan los objetivos siguientes:

- Proporcionar un espacio de contención y de aprendizaje.
- Compartir experiencias comunes sobre el cáncer, su manera de vivirlo, afrontarlo e incorporarlo a sus vidas.
- Posibilitar una salida adaptativa y constructiva, tanto para una misma como para los demás.

Tres candidatas no fueron aceptadas por no cumplir los requisitos de GAFA presentados en el apartado 3.3.2, y una candidata seleccionada no pudo acudir al grupo por motivos personales. Una vez se cerró el trato, se les hizo firmar una hoja de protección de datos (*vid.* Anexo 9).

Agenda:

Es necesario el establecimiento de una agenda grupal para la periodicidad de las sesiones, con un intervalo entre ellas lo suficientemente largo para elaborar lo vivido en ellas y lo suficientemente corto para recoger posibles angustias o enfados evocados. Se decidió que una semana sería un intervalo adecuado. En cuanto a la duración de cada sesión, 90 minutos son suficientes: 15 minutos al principio son normalmente necesarios para iniciar la sesión y establecer un intercambio caluroso, una hora para trabajar aspectos más profundos, y 15 minutos al final para cerrar lo abierto y evitar confusiones. El grupo se constituye oficialmente para durar ocho sesiones con la posibilidad de hacer una novena sesión, considerada de devolución y evaluación.

3.3.6. Presentación y conducción de la actividad grupal

Durante la primera sesión, se invita a las participantes a escoger la silla que les parezca. Después de dar por iniciada la sesión, el observador del grupo hace la foto grupal, y se les entrega un cuadernillo con 9 hojas (*vid. Anexo 7*), en las cuales se presenta lo siguiente:

- Una idea rectora de ayuda, como un tipo de brújula para no perderse:

El encuentro con el Otro favorece el acceso a nuestra verdad como sujetos.

“Puedo dar un nuevo impulso a mi vida buscando dentro de mí lo que deseo, lo que no quiero y lo que no demando, con la ayuda que me proporciona poder hablar de mí con las compañeras de grupo.”

- Ocho ideas clave, paralelas a las ocho sesiones, pero no necesariamente deben seguir el mismo orden.

Se explica verbalmente que esas ideas claves no son lineales y que se pueden solapar durante las sesiones. Son las siguientes:

- 1- El crecimiento personal es una necesidad intrínseca y compartida.**
- 2- El recuerdo de una mala noticia es el suceso vital que tenemos en común.**
- 3- La fuerza para luchar contra la enfermedad. El contexto de la enfermedad gana sobre el texto, y el tiempo pierde sus referencias.**
- 4- La buena noticia de un pronóstico favorable atestigua que la adversidad está controlada.**
- 5- Entre volver a la normalidad del pasado y definir nuevas prioridades. Lo esencial emerge.**
- 6- Motivos personales para seguir creciendo: una misteriosa disonancia con la enfermedad.**
- 7- Desear y planear objetivos personales de forma realista y positiva. Utilizar la razón y el corazón.**
- 8- La importancia de recibir y dar ayuda para crecer a través de la comunicación. Participar de la dimensión de la palabra adquiere una resonancia psíquica y permite una remodelación permanente en varios aspectos.**

También se explica verbalmente la consigna del grupo, hablar y escuchar, así como las reglas éticas del grupo. Igualmente se indica cual es el papel del observador (tomar notas para la investigación y cuidar de la parte técnica, como hacer la foto grupal y preparar el equipo de captación de imágenes) y su obligación de no hablar a no ser que alguien le dirija expresamente la palabra. En este trajín de instantes, las participantes entienden perfectamente que las tertulias forman parte de la experiencia, pero se enriquecen con la mirada y la expresión, así que intuyen que donde falla la voz, la visión escópica pone el remedio; si no, se rompería la tertulia unificada del grupo. No hizo falta detallar todo eso: lo fueron viendo y fueron “copiando” la actitud de la terapeuta. Al fin y al cabo, un analista es siempre responsable de lo que ha querido decir y de lo que no ha querido decir, pero es escuchado, como nos recuerda Miller (2008), lo que da a entender que nos toca calcular lo que decimos. Así se intentó.

A partir de ahí, se les da el turno de palabra. Para facilitar la comunicación se las anima a presentarse como manera de entrada en materia.

En resumen, este capítulo ha concretado el protocolo de la intervención GAFA y ha concluido la parte conceptual del estudio. El próximo capítulo abre el marco empírico y examina el empleo de la observación sistemática de las reuniones: se justifica la elección de la metodología observacional, se señala el problema de observación y se detallan los objetivos específicos del estudio. Se cerrará el capítulo con la presentación del diseño empleado.

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 4

4. Observación sistemática de las reuniones GAFA

En la primera parte de esta investigación ha quedado contextualizado, delimitado, documentado y fundamentado el encuentro GAFA de personas que han superado un cáncer de mama. Ahora toca poner en práctica el modelo de ayuda interactiva y analizarlo. Desde un punto de vista profesional y pensando en la continuidad de nuevas convocatorias, interesa obtener datos sobre la construcción de patrones conductuales de relación terapeuta / participantes en el contexto de la tarea conversacional de compartir trozos de vida, con el propósito de disolver nudos o fijaciones y establecer anclajes mentales de acuerdo con la nueva condición de mujer curada de cáncer de mama.

4.1. Justificación de la metodología observacional

Empecemos por señalar que los problemas de investigación que pueden plantearse determinan en gran medida la estrategia científica más adecuada, pero en numerosas situaciones la metodología observacional constituye la mejor estrategia o simplemente es la única posible; por ejemplo, las interacciones sociales, las discusiones entre parejas, entre profesionales, las interacciones entre niños y padres, los repertorios conductuales de bebés, la comunicación kinésica, son algunos ejemplos de investigaciones realizadas preferentemente con metodología observacional.

La práctica de la observación en investigación científica, tanto si nos referimos a las ciencias naturales como a las humanas, es un procedimiento clave para avanzar en el conocimiento riguroso del mundo físico y social en el que vivimos. No obstante, hay que reconocer que se ha librado una larga batalla en el ámbito de la psicología, desde los años 60 del siglo pasado, para que el llamado “viejo método” o, lo que es lo mismo, las observaciones narrativas, superaran el listón de la falta de focalización y se transformaran en un proceso cada vez mejor controlado y más selectivo sin caer, por supuesto, en la manipulación experimental, que conllevaría la consiguiente pérdida de naturalidad.

En 1978, Anguera publica *Metodología de la observación en las Ciencias Humanas*. Esta obra, dirigida a la formación de psicólogos y la práctica profesional, se ha convertido en un vademécum de referencia y, gracias a las sucesivas ediciones y actualizaciones, la obra sigue viva. Un valor añadido de ella es su prólogo, firmado por el profesor Miguel Siguán recientemente fallecido. Éste eminente científico, haciéndose eco de trabajos de vanguardia sobre la observación científica, dejó bien claro que tanto la experimentación como la observación sistemática son necesarias en psicología. Y en un apretado y conciso apunte sobre cómo observar las actividades humanas, el profesor Siguán dice que la comunicación humana implica interlocutores y un contexto en el que situar las interacciones mutuas. Y en el caso de la observación de un grupo, añade, “la descripción de la situación colectiva y de las interacciones mutuas ocupan el primer

plano y la clasificación previa de los hechos observables deberá referirse precisamente a ellas” (Siguán, 1978, p. 12).

Este profundo cambio en la forma de valorar los métodos de observación –que se mantienen en continua evolución - que ha realizado en general la comunidad científica de psicólogos y de forma muy particular los psicólogos del desarrollo y de la comunicación humana, se ha rotulado como *observational methodology* (Bakeman y Gottman, 1987). La metodología observacional puede definirse como un procedimiento sistemático que se ajusta a las fases del método científico, orientado a obtener información sobre un objeto conductual cuyos indicadores o conductas darán lugar a la construcción de instrumentos de medida categórica. La metodología observacional se compromete con la empresa de cuantificar la conducta haciendo gala al mismo tiempo de flexibilidad y rigor (Anguera, 2010b). Es un procedimiento científico encaminado a articular una percepción deliberada de la realidad manifiesta con su interpretación adecuada, captando su significado; permite estudiar la incidencia de comportamientos perceptibles, de forma que se registren y cuantifiquen adecuadamente, lo cual implicará poder analizar relaciones de secuencialidad, asociación y covariación en sus contextos naturales.

Como no puede ser de otra manera, la metodología observacional sigue las 4 etapas del método científico: delimitación del problema, recogida de datos, análisis de datos e interpretación de resultados. En primer lugar debe decidirse qué actividad cotidiana interesa estudiar y delimitarla temáticamente. Como dicha actividad deberá contemplarse en interacción con el entorno, el supuesto objeto de observación se verá afectado por tres únicas restricciones: su carácter perceptible, la espontaneidad del comportamiento, y la naturalidad o habitualidad del contexto. La recogida de datos consiste en efectuar un volcado de la realidad sobre algún soporte determinado utilizando un sistema de códigos validado. La faceta cuantitativa suministra los recursos analíticos para el tratamiento más conveniente de los datos, en función de la elección del diseño y de las técnicas de análisis. Para acabar se procede a interpretar y discutir los resultados que se obtienen.

La observación en contextos naturales, según Anguera (1991, 1993 y 2010b, entre otras publicaciones), supone desarrollar un procedimiento que resalta la ocurrencia de conductas cotidianas y el análisis de las relaciones entre ellas. Mediante un registro objetivo y sistemático de la conducta generada de forma espontánea en el contexto estudiado, y una vez sometido a una adecuada codificación fiable y validada, y consiguientemente a un correcto análisis, se obtienen resultados válidos dentro del marco específico de conocimiento en que se sitúa.

Por tanto, el amplio arco de cuestiones sobre la interacción comunicativa en grupo relacionadas con la descripción, variabilidad, las tendencias y patrones que la metodología observacional está en condiciones de resolver, es el resultado del impulso dado desde el último tercio del siglo pasado hasta hoy al desarrollo de la observación científica en los siguientes aspectos (Anguera, Blanco y Losada, 2001; Anguera e Izquierdo, 2006): la profundización en el planteamiento sistemático de la observación, la incorporación de los avances en medios técnicos de registro, la gestión informatizada de amplias y complejas bases de datos, la superación de la dicotomía “dato cualitativo/dato cuantitativo”, haciendo hincapié en la teoría de los instrumentos de

observación y en el desarrollo de técnicas analíticas cuantitativas para datos categóricos, y el fortalecimiento de los controles para garantizar la calidad de los datos.

Conviene aclarar que la observación sistemática cuantificable, en sentido estricto, se aplica a las conductas directamente perceptibles por los órganos sensoriales, con o sin soporte técnico a la hora de capturar la corriente de conducta. Se considera que se lleva a cabo una observación indirecta cuando la conducta manifiesta es considerada como indicador de otra conducta, o situación no observable, objeto de estudio, o bien la conducta ostensible o manifiesta se reemplaza por material documental susceptible de ser sometido a análisis de contenido. Tanto si la observación es directa como indirecta el observador-analista debe ofrecer una “fotografía” del fenómeno observado que proporcione un retrato de la “realidad” comunicable y creíble. De acuerdo con el grado de inferencia de los datos observacionales, éstos pueden situarse en un continuo que va desde la “recogida” de datos perceptibles directamente, hasta la “construcción” de datos interpretativos a partir de componer y/o relacionar las descripciones externas del observador, con lo que se considera significativo para los sujetos observados en su contexto (Guilleron, 1980).

Muchos de los investigadores de la comunicación en grupo graban (con audio o video) la comunicación oral que se despliega en las reuniones de grupo, transcriben el material conversacional, codifican los datos brutos siguiendo uno u otro método, y terminan analizándolo desde un punto de vista cuantitativo y/o cualitativo (Frey y Sunwolf, 2005). La metodología observacional es la que permite realizar el análisis de la interacción en el grupo, clasificando objetivamente el comportamiento comunicativo de los participantes, en función de categorías pre-establecidas o hechas a posteriori. En cuanto a la forma de concebir el instrumento de la observación y la elección de las unidades de estudio (número de sujetos o agrupamiento, unidad de registro, segmentación de la conducta interactiva en unidades de medida), se debe tener en cuenta, como señala Hirokawa (1988), que la orientación teórica y los objetivos del estudio sean compatibles con la aplicación del método del análisis de la interacción.

En el ámbito de los estudios observacionales de la comunicación interpersonal y en grupos pequeños, Anguera y Izquierdo (2006) ponen de relieve que puede declararse categóricamente que la metodología observacional es la que mejor refleja la complementariedad entre los enfoques cualitativos y cuantitativos, dado que siempre necesita del desarrollo *ad hoc* de un instrumento que sirva para llevar a cabo el registro (fase cualitativa), y pueda así presentarse al control de calidad y a un adecuado análisis (fase cuantitativa o de cómputo basada en técnicas analíticas cuantitativas, como el análisis de la varianza, o cualitativas como el análisis secuencial). Sin entrar más allá en las relaciones entre metodología cualitativa y cuantitativa, merece especial mención un reciente trabajo de Anguera sobre el desarrollo de la *metodología mixta* a partir de 1990: [este desarrollo] “implica no solamente considerar la complementariedad de las dos grandes orientaciones metodológicas, sino implicar a ambas en el desarrollo de las diversas fases del proceso” (Anguera, 2010a, p. 215).

El análisis de la interacción comunicativa (Knapp y Daly, 2002) aporta la fundamentación metodológica y las técnicas analíticas, tanto desde un enfoque cuantitativo como cualitativo, que hacen posible el estudio de la actividad grupal. La comunicación basada en el análisis de las díadas y que parte de la premisa que cada participante afecta y está afectado por otros (Gayle y Preiss, 2002), depende igualmente

de la metodología observacional: examinando las características observadas de los hablantes y oyentes, se puede investigar, explicar y justificar motivos y comportamientos en el establecimiento de relaciones, como por ejemplo las percepciones, las imágenes propias, las necesidades de afiliación y las habilidades comunicativas. Tratándose de grupos reunidos alrededor de temas de salud, y con una naturaleza de vida y muerte, el contexto interpersonal deviene un fenómeno de los más importantes para observar metódicamente.

En resumen, los métodos observacionales son apropiados, como sugieren Neuman y Kreuger (2003), al referirse a la investigación de grupos, cuando el problema de investigación consiste en *aprender, comprender y describir* cómo las personas interaccionan en las reuniones. Además, la observación del comportamiento de las personas en su vida diaria está considerada por los investigadores en comunicación humana, en psicología y trabajo social, una importante vía de acceso para obtener información sobre el funcionamiento de las personas en los grupos (Riva y Wachtel, 2005). Así que el método en cuestión, dilucidado por los expertos en el sector, aparece vinculado a propósitos *exploratorios y descriptivos* para el estudio de la interacción social en reuniones. Aunque este nivel de indagación es el que se ajusta a las preguntas que nos formulamos sobre la reunión GAFA, cabe repetir que la metodología observacional, al ser una estrategia del método científico, también puede utilizarse para validar una teoría de referencia.

4.2. El problema de observación

Se pretende explorar la generación de ayuda recíproca en las reuniones GAFA en cuanto actividad de intervención psicosocial, teniendo en cuenta la sensibilidad de las participantes (**plano personal**), el compromiso participativo en el mantenimiento de los intercambios (**plano interpersonal**), la aceptación de las reglas de la tarea GAFA (**plano grupal**) y la aportación de la terapeuta-analista por lo que respecta a la sincronización de los intercambios (**plano profesional**).

La reunión GAFA se desenvuelve en el espacio no artificial de la psicoterapia de grupo cuyo escenario tiene sus condiciones (Burlingame, Kapetanovic y Ross, 2005), pero éstas son inherentes a la actividad y, de ninguna manera, se imponen o se manipulan cuando se decide observar sistemáticamente la reunión.

Cuando las personas se reúnen, gran parte de la interacción social que mantienen tiene que ver con los intercambios orales, el estado de los canales de comunicación, la cantidad de habla que pone cada persona en circulación, y el clima socioafectivo y relacional de las interacciones. Bratman (1992) caracteriza un grupo de discusión como uno que realiza una actividad cooperativa compartida, y que requiere de tres condiciones, de acuerdo con Pavitt y Hopkins (2004): mutuo reconocimiento de la unidad de acción, sensibilidad e interés mutuo por las acciones de otros, y un compromiso de apoyo mutuo. Estos prerrequisitos, si forman parte de la intención participativa de todos los participantes, comportan obligatoriamente la coordinación de las acciones propias y ajenas. En la literatura sobre grupos de discusión (Johnson y Johnson, 2000), se subraya la importancia de mantener un clima de aceptación

interpersonal y apoyo para facilitar la realización de la tarea. En una reunión GAFA puede ocurrir que el encuentro pase por una situación embarazosa, sea porque las participantes se muestren ausentes o poco participativas, sea porque demuestran negatividad y poca cooperación; en el polo opuesto, el encuentro puede discurrir o pasar por momentos más o menos extensos orientados a fomentar la implicación participativa; entre ambos extremos (*cooperación cuestionada/cooperación esperada*), el encuentro puede discurrir o pasar por momentos de *cooperación limitada*, cuando los intercambios se centran en compartir información, reafirmar pronunciamientos sin que medie la apertura a diferentes puntos de vista, o cuando ingresan sólo en tareas del mantenimiento del aquí y ahora grupal. La participación limitada cumple una importante función para el buen desarrollo de las reuniones, siempre y cuando animen a tomar el modo de participación esperada. Como apunte clínico, la participación esperada facilita un vaciado del lenguaje enquistado en el cuerpo para pasar algo del sufrimiento o el negativismo al reino de la palabra.

La segmentación del proceso conversacional en unidades de turnos, como se explicará en el cap. 5, permitirá describir las funciones de la ayuda interactiva (**mantenimiento de contacto y función discusiva**). El enfoque deductivo del proceso de selección de las categorías está guiado por los trabajos sobre la estructura social de la interacción oral (Izquierdo, 1996; Hayashi, 1991; Poyatos, 1994) y la identificación de las intervenciones de la terapeuta-analista (*Vid.* Cap.3).

Las pacientes recuperadas del cáncer de mama encaminan sus vidas articulando e incorporando la enfermedad que padecieron; después de un ataque cancerígeno que atraviesa el cuerpo de pleno, ellas luchan por conseguir recursos para orientarse en sus existencias. Nuestra intervención pretende determinar y predisponer factores de ayuda para ello, mediante un grupo analítico, formativo y social, ganar en la calidad de escucha y la sensibilidad hacia los demás, ganar en escucha interior para determinar perspectivas de futuro propias, hacer emerger deseos inconscientes y *insights* que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida, y provocar un cambio como reacción a las intervenciones del grupo. La iniciación y mantenimiento de una relación incluye las percepciones y atribuciones que construyen las participantes sobre la comunicación realizada con las demás; los estudios en este sector demostraron que las atribuciones realizadas están basadas sobre los mensajes no solo verbales pero también los no-verbales, y están significativamente relacionadas a los resultados relacionales (Gayle y Preiss, 2002).

Prosigamos: la meta de las reuniones apunta a realizar el acuerdo mutuo y recíproco de ayudarse a normalizar la propia vida, y controlar la adversidad subjetiva con energías renovadas a partir del sufrimiento. Y es por todo ello que nos interesa **examinar, describir y evaluar** la interacción oral para que se hagan visibles la actividad cooperativa y el sostén discusivo y emocional de los intercambios establecidos.

Sostenemos como tesis que, aún asumiendo el principio de la interdependencia de la relación y la tarea, el curso de la reunión terapéutica GAFA necesita ser conducido equilibrando la tendencia interpersonal a centrarse en compartir los problemas, las preocupaciones y las soluciones pasivas, dada la dificultad que supone entrar en discusión para movilizar crecimiento y cambio. En este sentido, la tesis considera que la sensibilidad y la iniciativa compiten. Aunque la sensibilidad positiva debe considerarse como la base de la iniciativa, debe promoverse el deseo de llevar una discusión

comprometida con la confrontación, sobre un tema personal. Insistimos en lo de personal, porque entendemos que los organismos están habitados por personas que responden de manera subjetiva y única a los avatares de su cuerpo.

De acuerdo con esto, una idea hipotética general es que los patrones comunicativos participantes / terapeuta variaran de forma significativa a medida que avanzase el grupo; es más, es posible que la organización que subyace al proceso de comunicación observado puede que se ajuste a una secuencia lineal de fases como sucede con el IPA de Bales (Bales y Strodtbeck, 1951) y las categorías verbales asociadas a las etapas de desarrollo de un grupo psicoanalítico (Wheelan et al., 1994). En todo caso, este tipo de cuestiones pueden formar parte de futuras investigaciones con grupos similares.

Como se expuso al definir y fundamentar la intervención GAFA (*Vid* Caps. 2 y 3), el contenido-tarea de las reuniones planteado en la consigna es “dar” y “recibir” ayuda, o participar en la ayuda interactiva, la que anima a nuestros paradigmas de referencia. Esta clase de ayuda supone que las personas reunidas, por un lado, son conscientes de lo que están haciendo en la reunión y, por otro, comprenden que la ayuda es bilateral y se realiza a través del ***mantenimiento del contacto, y de la entrega y discusión del tema personal***. Efectivamente, las personas presentes en el grupo, al participar en la realización de la tarea terapéutica de contar y discutir su situación personal, aportan actos comunicativos e intervenciones que cumplen la función de mantener el contacto entre ellos, de acuerdo con el enfoque teórico adoptado. Asimismo, al participar básicamente de la dimensión de la palabra corporizada y lingüística, centran la tarea terapéutica en “hablar y escuchar”, rezumando sufrimiento, preocupaciones, esperanzas y deseos en relación con la superación de la enfermedad y abriendo las puertas a la comprensión del surgimiento inédito de sus propias capacidades para esta labor. Por otra parte y desde la sombra, a pesar de que, subjetivamente, la negatividad tenga sus raíces en los individuos, se manifiesta de una manera observable en las diadas y en los efectos negativos de las relaciones (Spitzberg y Cupach, 1998). En realidad, es imposible no transmitir. El simple cuerpo a cuerpo basta. Ahora bien, lo que transita entre las almas puede transportar tanto felicidad como desgracias (Cyrulnik, 2006) y este lado oscuro de la interacción se merece un escrutinio escrupuloso y empírico.

La otra cara de la tarea corresponde al profesional. Este “escucha y habla” como facilitador de la participación y de las condiciones terapéuticas. Mientras las participantes se “implican” mutuamente al intercambiar relatos y puntos de discusión, la terapeuta- analista señala lo “implicado” desde la escucha del contenido-tarea, y interviene activamente para discernir nuevas conexiones entre conceptos, revelar elementos desagradables y incómodos en la interacción social, integrar conceptos nuevos sobre una misma y sobre los demás, encarar las formas conscientes de solucionar problemas, y provocar *insights* y exposiciones induciendo las personas a enfrentar los elementos que le provocan malestar. Su papel, pues, se mueve entre la revelación, la integración, y incluso la provocación (Fig. 4.1).

Reunión GAFA: Relación y tarea						
Contenido-tarea: Ayuda Interactiva						
Funciones de la Ayuda Interactiva						
Función Mantenimiento del Contado				Función Discusiva		
<i>Feedback</i> de seguimiento		<i>Feedback</i> emocional		Compartir Información	Confirmar posicionamientos ya tomados	Confrontar mirando al futuro
Implicación de las participantes	Señalamiento implicante del profesional	Implicación de las participantes	Señalamiento implicante del profesional	Tema Personal/No personal	Tema Personal/No personal	Tema Personal/No personal
				Interv. de la profesional	Interv. de la profesional	Interv. de la profesional

Fig. 4-1: Relación y Tarea: Ayuda interactiva

Cabe señalar que la consigna de “dar” y “recibir” ayuda no requiere establecer la distinción entre el agente de ayuda y su receptor. Por ejemplo, la participante que aporta un fragmento de su vida está ayudando al grupo a tomar conciencia de su papel activo de receptor de lo que entrega la participante, mientras que los participantes oyentes, al dar muestras de atención, seguimiento o participación, beneficiarán a la persona que las recibe.

Se asume, por tanto, que cada participante del grupo pone en juego sus capacidades comunicadoras como un “todo” integrado (relación y tarea). En términos de relación de ayuda, el “corazón” de la tarea terapéutica (Berg, Landreth y Fall, 2006), GAFA considera a los miembros del grupo con capacidad para poder ejecutar de forma efectiva las conductas que facilitan la sensibilidad y el interés por las participantes y sus aportaciones (*Función de mantenimiento del contacto*), y la discusión sobre todo aquello que compromete o limita la fortaleza personal, y acerca del control sobre la propia vida (*Función discusiva*).

Concretamente, mediante el análisis de la función de mantenimiento de contacto y mediante la función discusiva, **los objetivos empíricos generales se pueden resumir en:**

- 1- Describir el proceso de la comunicación grupal de ayuda interactiva atendiendo al modo de funcionamiento *del* grupo.
- 2- Extraer patrones secuenciales de la relación participantes / terapeuta: estudio de la intervención y mapa conductual de la participación
- 3- Evaluar la experiencia GAFA a partir de los indicadores o conductas observadas (códigos), de la trama textual de las reuniones hilada por cada participante, y de la representación construida por la terapeuta como base de apoyo de su seguimiento interpretativo.

4.3. Objetivos específicos del estudio

Los objetivos empíricos generales citados en el apartado 4.2 se concretan en los objetivos específicos siguientes:

I. Análisis **descriptivo** del comportamiento interactivo del grupo

- Describir la estructura dialógica de la interacción y la actividad participativa del grupo: Nos interesa valorar la evolución del intercambio a lo largo de las sesiones y dentro de las fases de la misma reunión.
- Describir la contribución del grupo para cumplir con el mantenimiento del contacto interactivo y para cumplir con su tarea discusiva: Nos interesa valorar la función relacional y el patrón de ayuda interactiva que se da, y evaluar su posible evolución a lo largo del rodaje grupal.
- Describir la posición interactiva de la terapeuta –analista: Nos interesa describir el tinte analítico, formativo y de apoyo para valorar la constancia de la actividad GAFA en sus paradigmas teóricos.
- Describir el perfil métrico del uso de la palabra, la estructura interactiva del habla, el mantenimiento de contacto, la función discusiva y las intervenciones de la terapeuta a través del rodaje del grupo: Nos interesa valorar la actividad grupal en su totalidad y describir su efectividad.

II. Análisis **secuencial** de la interacción observada:

- Perfilar el mapa conductual de la secuenciación diacrónica de **la actividad** (relación/tarea), con el criterio del tipo de intervención de la terapeuta: Nos interesa encontrar patrones asociativos entre las intervenciones de la terapeuta y el mantenimiento de contacto y/o la función discusiva.
- Descubrir los **patrones comunicativos** de la actividad GAFA, para valorar el intercambio comunicativo de las participantes en función de la conducta criterio de la terapeuta: Nos interesa descubrir la existencia de díadas participativas significativas para explorar los factores y patrones de ayuda e incluso determinar roles que se dan en el grupo.
- Estudiar los resultados bajo la condición del rodaje grupal: Nos interesa valorar la efectividad del trabajo respecto al tiempo de rodaje del grupo para obtener información sobre el índice de ayuda.

III. Análisis valorativo del proceso vivido

1. Desde el punto de vista de las participantes

- Recabar la valoración subjetiva *après coup* de las participantes. Por ello, añadimos la sesión novena para recoger sus impresiones, grabadas y transcritas, y algunas incluso por escrito; nos interesa su grado de satisfacción de la experiencia, su evaluación de alguna ganancia personal, social o terapéutica, y sus críticas para aprender de ellas.

2. Desde el punto de vista de la terapeuta

- Explicitar la interpretación del profesional del modelo conjuntivo de ayuda GAFA, desde la vertiente del señalamiento de la evolución biográfica de los objetivos terapéuticos, y desde la condensación temática de los núcleos de vida compartidos. Se evalúa la experiencia como un estudio de la comunicación con fines terapéuticos, y se valora el desarrollo terapéutico de las participantes, como enfrentarse a sus propias vicisitudes vitales, para seguir un camino saludable y ético que les lleve hasta las raíces de sus deseos o culpas.

Los objetivos específicos perseguidos justifican la elección del diseño observacional que se describirá a continuación.

4.4. Diseño observacional

El tipo de diseño observacional actúa como esqueleto y soporte metodológico de cualquier estudio en que se siga la metodología observacional. La propuesta desarrollada por Anguera, Blanco y Losada (2001) parte del cruce de tres dimensiones generadoras de dichos diseños, y que son: el carácter idiográfico o nomotético del estudio, el carácter puntual o de seguimiento y el carácter relativo a la dimensionalidad.

Los objetivos específicos descritos en el apartado 4.3 y que responden a los análisis descriptivos y secuenciales justifican la elección de un diseño del método observacional, elegido entre los 8 diseños que nos ofrece el método, y que representamos en la figura 4.2:

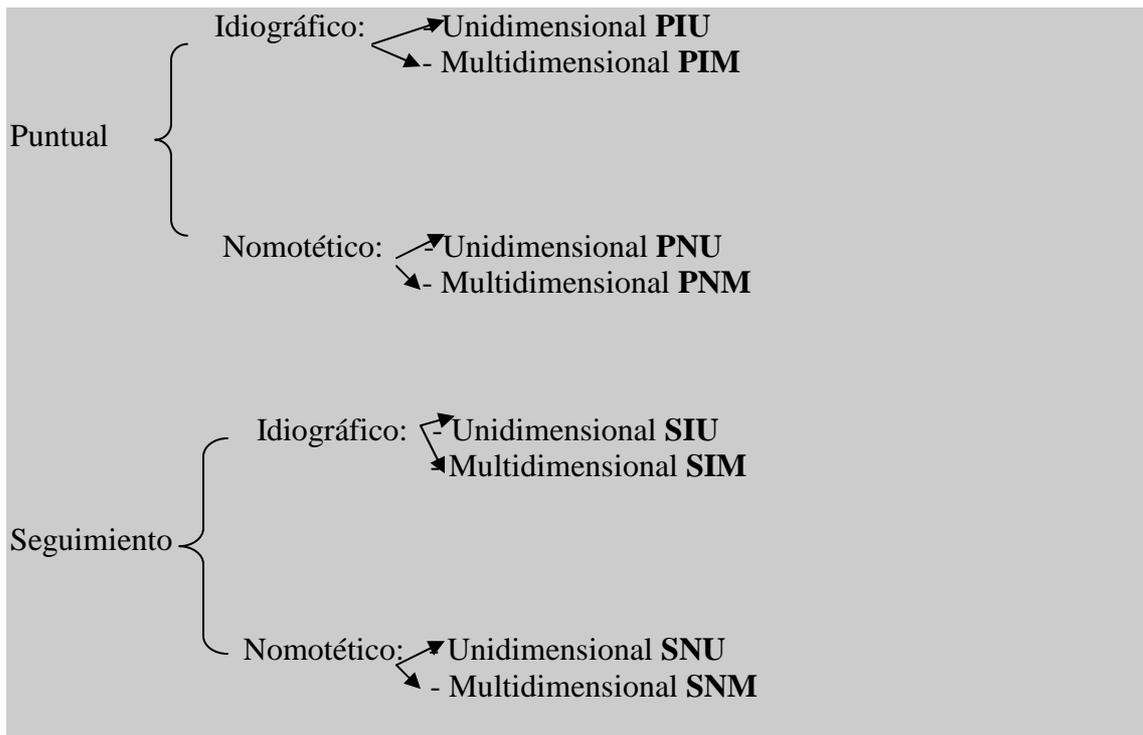


Fig. 4-2: Diseños observacionales (Anguera, Blanco-Villaseñor y Losada, 2001)

En la elección del diseño, optamos por el diseño de Seguimiento/Idiográfico/Multidimensional, puesto que es él que mejor se adapta a nuestros objetivos específicos descriptivos y secuenciales; lo detalla el esquema siguiente (Fig. 4.3):

SEGUIMIENTO IDIOGRÁFICO MULTIDIMENSIONAL SIM

- *Es un estudio de seguimiento porque estudiamos un proceso, con la continuidad implícita.*
- *Es idiográfico porque estudiamos el grupo como unidad, dado que las personas reunidas comparten la misma tarea grupal reglada por GAFA*
- *Es multidimensional porque estudiamos diversos niveles de respuesta, recogidos en el instrumento de la observación.*

Fig. 4-3: Diseño observacional SIM

La implantación del diseño SIM (seguimiento idiográfico multidimensional) se justifica puesto que nuestro estudio observacional se ha estructurado sobre la base de un sistema de factores interrelacionados que actúan de una u otra forma en referencia a la dimensión temporal, y consecuentemente al carácter de seguimiento (diacrónico) del comportamiento. Así que los criterios delimitadores de nuestros diseños son el seguimiento observacional de las reuniones, el registro de la conducta interactiva del

grupo a través de sus miembros (unidad idiográfica porque consideramos que los asistentes se comportan como parte del grupo de tarea), y el nivel de respuesta que tiene que ver con la conducta verbal y no verbal, sin excluir otras clases de sucesos (multidimensional)

El método de análisis que se utilizará se detalla en el próximo capítulo 5. Como *flash* anticipativo y para proseguir con las etapas del método científico, adelantamos que se utilizará el **análisis descriptivo** para elaborar tablas de frecuencias, tablas de contingencias y tabla de duraciones, y el **análisis secuencial** de retardos de tiempo, prospectivos y retrospectivos, para obtener las tablas secuenciales que generarán las discusiones y análisis de resultados. El análisis secuencial pone en relación medidas conductuales obtenidas diacrónicamente, y busca patrones de repetición en el tiempo. Por otro lado, el análisis secuencial de retardos se complementará en algún caso con la utilización de la técnica de coordenadas polares (Sackett, 1980).

Para concluir, notamos que en esta fase de estudio del método GAFA, no abordamos todavía los criterios de eficacia (conseguir los objetivos terapéuticos perseguidos) ni de eficiencia (relación entre la inversión de los recursos y los resultados obtenidos). Nos limitamos a constatar si se han objetivado aspectos positivos (reuniones efectivas) que hagan recomendable hacer una nueva convocatoria actualizada con los aprendizajes que esta investigación nos va a proporcionar.

El próximo capítulo se adentra en el método empírico del estudio: se presentarán los participantes, los instrumentos de registro y de observación, y se explicará el procedimiento utilizado; el capítulo se cerrará con la presentación de las técnicas de análisis efectuadas.

Capítulo 5

5. Método

En este capítulo se informa con detalle de las decisiones tomadas y la forma de llevarlas a término en cada uno de los aspectos —el de las participantes, el de los instrumentos y el del procedimiento—, los cuales tienen un compromiso con la implementación del proceso que debe conducir a la obtención de resultados en la línea de los interrogantes que se pretenden esclarecer. ¿Las participantes eran las adecuadas para el estudio? ¿El registro técnico audiovisual de las reuniones ha proporcionado un material intacto? ¿El proceso de elaboración del instrumento observacional y la unidad de codificación empleada reflejan la “realidad” de lo ocurrido en los encuentros? ¿Se ha cuidado la calidad de los datos? ¿Los análisis establecidos aportarán sentido a las conclusiones en el marco de la conceptualización GAFA?

5.1. Participantes

En el presente estudio se buscan participantes cuyo perfil se adecúe a los objetivos, y al seleccionarse, se constituye una muestra clásica de “oportunidad”. Anguera (2008) explica que la selección de un muestreo intencional no pretende representar a una población con el objeto de generalizar los resultados, sino que propone ampliar el abanico y el rango de los datos tanto como sea posible a fin de obtener la máxima información de las múltiples realidades que son susceptibles de descubrirse. En el capítulo 3 se explica con detalle la llamada a la participación y los criterios de selección aplicados (apdo. 3.3.5). En este apartado presentamos las participantes seleccionadas.

La primera convocatoria GAFA ha reunido a siete mujeres con una buena capacidad comunicativa, de nivel social medio alto, trabajadoras y con estudios. La edad media del grupo es 58 años; la más mayor tiene 72 años, y la más joven, 52 años. Una de las participantes estaba jubilada, pero las demás tenían una vida laboral activa.

Con respecto al tratamiento, como todas habían salido del episodio cancerígeno, ninguna estaba bajo los efectos de un tratamiento directo. Visto desde otro ángulo, el del síntoma analítico, ninguna demostraba una anomalía peculiar que pudiese interferir en la investigación. Tampoco tomaban antidepresivos de una manera regular, y en todas se apreciaba una vitalidad participativa. Entre líneas, todas reflejaban haber visto las varias caras de la vida; experiencias de amores felices o malogrados en el acontecer de sus días; heridas resueltas y otras aún abiertas; momentos de euforia, de esperanza y de resaca. Obviamente, todas llevaban el sello de haber sido derrotadas por la noticia de un cáncer.

A continuación, la tabla (Fig. 5.1) resume algunas coordenadas de la historia clínica de cada participante:

Participantes	Edad	Tiempo de superación	Prueba genética	Nivel del cáncer
Charis	57 a.	3 a.	Negativa	Grave
Maia	62 a.	17 a.	No hizo	Medio
María	71 a.	9 a.	Negativa	Grave
Olga	59 a.	1 a.	Negativa	Leve
Ula	56 a.	2.5 a.	Negativa	Grave
Nora	52 a.	2 a.	Negativa	Grave
Irene	52 a.	10 a.	Negativa	Medio

Fig. 5-1: Participantes

Pasaremos a presentar a continuación un breve perfil psicosocial de cada una de las participantes, con base en la selección de rasgos y sucesos de vida potencialmente significativos del comportamiento interactivo que se observará en las reuniones. Esta información está extraída de las entrevistas previas que se realizaron antes de las reuniones en grupo. (Para saber más sobre el tipo de preguntas que se les hizo en aquellas entrevistas, véase el Anexo 8). Se asigna a todas ellas un nombre ficticio de origen griego, por lo que su significado inspiraba a la autora.

P1: Charis. 57 a. Con un nivel de cáncer considerado grave, Charis recibió quimioterapia durante 4,5 meses, braquiterapia 36 horas y terapia hormonal durante 2 años. La prueba genética que le hicieron salió negativa. Considerada dependiente y miedosa, vive insatisfecha en pareja y tiene dos hijos, ambos cursando una carrera universitaria. Trabaja. Es la sexta de siete hermanos. Empática con la gente marginada. Mucho aguante pero poca resiliencia. Crisis importante a los 45 a. El cáncer le enseñó a apreciar que *“el afecto es lo más importante de la vida”* y le obligó a cambiar sus prioridades vitales; básicamente le enseñó a priorizar el amor altruista a expensas del propio, otorgándole un semblante de mujer sacrificada o victimizada. Tiene una mirada incisiva y parece algo desbordada por sus responsabilidades familiares y por sus dudas. Miedo a la muerte, sobre todo a la de los seres queridos. Se refugia mucho en un supuesto *“no puedo cambiar nada de mi vida”*, con lo que se queda atrapada fácilmente en ello como en un repentino torbellino de palabras, que ella misma reconoce y utiliza como pasaporte de presentación: *“Hablo mucho”*, dijo.

P2: Maia. 62 a. No tiene antecedentes de cáncer en la familia. Recibió un *“tratamiento tradicional”*, sin conocer los detalles. No sabe qué nivel de cáncer tuvo, puesto que en aquellos años no se le informó, pero deducimos que fue un cáncer de origen hormonal y no de mutación genética. Se siente muy culpable, de casi todo. Simpática y altruista. Vive en pareja y tiene una hija mayor de edad. Trabaja en el ámbito de la salud. Reconoce dos atascos importantes antes de la irrupción del cáncer. Se sostiene cuidando de los demás y anulando bastante su subjetividad. Buen nivel de resiliencia gracias a su fluidez afectiva. Tiene momentos elocuentes y otros en los cuales apaga rápidamente su discurso con un gesto de rendición, dejándolo en murmullos tímidos, aunque no pierda el tono cálido de su voz. Repudia de su vida la agresividad y los ataques frontales. A veces confunde la esperanza con la incertidumbre y la anticipación con la precipitación, pero ello no le impide actuar.

P3: María. 71 a. Tuvo un cáncer de nivel 3/3, como describe. La prueba genética resultó negativa. Recibió quimioterapia, radio y terapia hormonal durante 5

años. Muy altruista y dispuesta a ayudar siempre, ostenta un positivismo sin fisura y una fortaleza notable. Es la hija más pequeña de una familia numerosa. Madre de cuatro hijos y abuela de varios nietos. Actualmente está jubilada, pero parece que el tiempo no le haya robado la juventud, por su manera tan dinámica de hablar y presentarse. Habla de un atasco justo antes del cáncer, en su narcisismo y en su imagen de madre. Le gusta tener autocontrol y dominar las situaciones. No presenta tensiones a la hora de hablar y desnudar sus emociones, aunque las negativas están rápidamente expulsadas. Sentirse querida y amar la vida fueron dos estrellas fugaces que descubrió en la tormenta de la enfermedad. Sus relaciones personales se pusieron al descubierto después de ella.

P4: **Olga.** 59 a. La prueba genética de su cáncer, aún muy reciente, salió negativa. No recibió quimioterapia, pero sí radio y terapia hormonal. Viene a GAFA sólo *para ayudar*, dice, no para *ser ayudada*. Feliz en su matrimonio. Es la mayor de cinco hermanas y un hermano. Madre de dos hijos universitarios; abuela reciente. Tuvo un atasco familiar antes del cáncer. *Dar y ayudar* es el lema que la sostuvo, antes y después del cáncer. No está muy acostumbrada a recibir, por lo que le cuesta incorporarse en el discurso a no ser que sea para aportar algo. Cuando habla, lo hace con autoridad. Aunque presente una cara impenetrable la mayoría del tiempo, sigue de cerca la conversación y se agrega a la tertulia con la mirada.

P5: 51 a. Trabaja en el sistema sanitario. En el último momento le fue imposible participar por motivos laborales; se hace mención de ella en este apartado porque se le mantuvo una silla vacía durante la primera sesión.

P6: **Ula.** 56 a. El cáncer que padeció, considerado de nivel 3/3, era de mutación genética pero no heredada. Tomó herceptin (que estaba aún en fase de prueba) y recibió radioterapia. Vive con su pareja y con su madre anciana, y tiene dos hijas universitarias. Tuvo el cáncer justo después de la menopausia, junto con un vacío personal. Se sentía ya inútil y no necesitada, con poco impacto sobre los seres significativos de su vida; incluso el impacto de su cáncer fue leve, hasta para los mismos profesionales de la psique de su hospital, que le decretaron como una sentencia "*ahora ya estás bien*", frase que la persiguió por la paradoja interna que le provocó, puesto que, a pesar del alta que le dieron, ella no se encontraba bien. Parecía costarle hablar y a menudo daba la sensación de traicionar sus sentimientos verdaderos, como si dañaran a su conciencia, pero luego, con la ayuda de la profesional, aceleraba sus palabras.

P7: **Nora.** 52 a. La prueba genética que le hicieron a raíz del cáncer considerado "violento" resultó nula; recibió quimio y alambres radioactivos, pero no terapia hormonal. Tuvo otro cáncer primario dos meses antes de las reuniones, pero sin necesidad de tratamiento. Es la más pequeña de seis hermanos. Separada, sin hijos. Trabaja en la salud. Vivió un atasco fuerte y turbulento justo antes del cáncer. Discreta y dulce cuando habla. Muy autónoma. Le gusta aprender y participar pero sin intimar. Inconsciente débil y elementos yoicos fuertísimos. Se la considera resiliente precisamente desde esas defensas yoicas, pero no desde las construcciones internas. Su vida laboral, académica y profesional la llenaba antes de recibir el cáncer, pero después no podía trabajar. Sus palabras, normalmente flojas, pueden acabar deglutiéndose, pero su constancia hace que retome el flujo de palabras y de pensamientos. Su discurso carecía de omisiones, y a menudo daba las cosas por definitivas. En general tenía mucho tacto y prudencia.

P8: **Irene**. 52 a. El cáncer que tuvo hace una década no era genético sino hormonal. Recibió quimio, radio y terapia hormonal. Le encanta saber. Vivió un atasco violento antes del cáncer. Muy resiliente, positiva, colaboradora, altruista y empática. Madre de un hijo, y vive en pareja que no es el progenitor del hijo. Fluida en la comunicación, se muestra vital y dinámica; filtró sus relaciones personales a raíz de su cáncer, y a partir de él empezó a hacerse cargo de su bienestar. Utiliza las palabras como bálsamo o dique ante cualquier malestar, que capta enseguida. Siempre sonriente y muy atenta.

Px: **Marina Roustan**. Terapeuta-analista. Psicóloga clínica, con formación grupoanalítica, psicoanalítica (lacaniana) y forense. Especializada en neurociencias. Consulta propia con unos 17 años de experiencia. Tiene interés por el estudio del cáncer desde su afiliación a una fundación de ayuda contra él. Su madre y algunos familiares padecieron cáncer.

Además de las personas presentes, hacemos constar la presencia no participativa de **Juan José Cuervo**. Técnico-Observador, doctorando de la UAB, alumno de primer año en el momento de las reuniones. Controla el registro audiovisual de las sesiones, y como observador, toma notas en directo sobre el desarrollo de la reunión. En principio, no establece interlocución verbal.

5.2. Instrumentos

En este apartado presentaremos los instrumentos de registro y de observación.

5.2.1. Instrumentos de registro audiovisual de las reuniones

Para el presente estudio se consideró pertinente el uso de dos cámaras de video, una grabadora de audio, un micrófono con sistema de grabación envolvente (360° de cobertura) y una grabadora de voz Mp3 (Fig. 5.2).



Fig. 5-2: Cámara, grabadora de voz y micrófono.

Se buscó que la ubicación de las cámaras y la audiograbadora no entorpecieran el intercambio que se buscaba generar, ya que el mismo espacio físico del encuentro era propicio como ambiente de intimidad y de mutualidad (Fig. 5.3).

Como instrumentos para el tratamiento de las imágenes, utilizamos el programa *Picture Motion Browser*, el reproductor de Windows multimedia y el *Media Player*.

Como ya he indicado, la presencia del técnico-observador en las reuniones tuvo un grado de participación leve, y el grupo asumió su presencia desde la primera sesión. Como nos recuerda Behar (1993), el uso de las cámaras garantiza una protección frente a ciertos sesgos que de manera sistemática se van incorporando a los resultados y que, por ende, afectan a las conclusiones del estudio.

La inclusión de los instrumentos de registro comporta una discusión acerca de la posible generación de distracciones y/o reactividad en las participantes (Losada, 1993). En nuestro estudio, coincidimos con Bieschke, Mathiew y Pricken (1998) en que cuanto más temprana sea la inclusión externa, menor será el impacto en la cotidianidad de la interacción de los participantes. La manera como la terapeuta-analista organizó el escenario, haciéndolo aparecer cotidiano y natural, así como el uso adecuado del consentimiento informado, permitieron la incorporación de los instrumentos en el transcurso de los encuentros. Además, la misma intención de ayuda y de colaboración (el eje fundamental de GAFA) llevó a que las participantes se involucraran como “sujetos” de investigación e incluso vieran en los instrumentos un apoyo fundamental para la consolidación de los propósitos planteados como objetivos.

En la figura siguiente (Fig. 5.3) se observa la distribución en el espacio de los instrumentos de grabación.

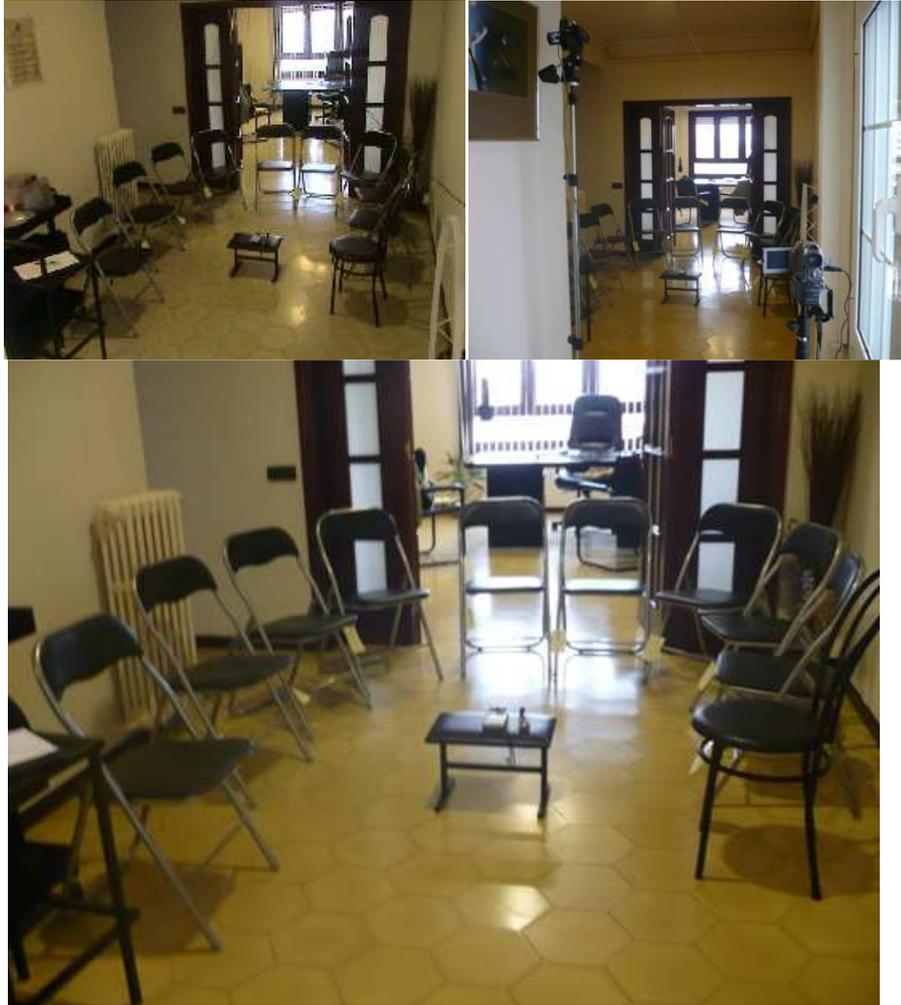


Fig. 5-3: Colocación de los instrumentos de registro

5.2.2. Instrumentos de observación

El instrumento de observación es el formato de campo combinado con sistemas de categorías para cada dimensión considerada. Los formatos de campo se caracterizan por la necesidad no forzosa de contar con un marco teórico, aunque sea recomendable —como sucede en este caso—, y por su carácter abierto y multidimensional, que conlleva la posibilidad de realizar una codificación múltiple y autorregulable (Anguera e Izquierdo, 2006). Dada la amplia y vasta gama de conductas que se generan en un episodio comunicativo, se justifica perfectamente la construcción de un instrumento de observación *ad hoc* con las características señaladas. En resumen, el contenido de la matriz de códigos que se genera mostrará la enorme complejidad de la información correspondiente al flujo comunicativo y constituirá el punto de inflexión entre las perspectivas cualitativa y cuantitativa.

A partir de la observación pasiva de los vídeos grabados y en función de los objetivos de estudio, se decidieron los criterios axiales y se elaboraron las listas de conductas y situaciones correspondientes hasta llegar a la exhaustividad y la mutua exclusividad de las categorías: para llevar a cabo la observación sistemática, garantizando al máximo la

calidad de los datos, definimos un sistema de categorías para cada una de las cuatro dimensiones que se consideran fuentes pertinentes y relevantes de datos, de acuerdo con las preguntas de investigación planteadas. **Nuestra unidad de registro es el turno de palabra**, cuya unidad mínima temporal es un segundo; por lo tanto registramos segundo a segundo, de principio a fin.

El término turno se refiere tanto a las actividades (movimientos) que las participantes realizan para conducir la alternancia (el cambio de turno) como a las actividades de mantenimiento del contacto interactivo a través del uso de la palabra (Parker, 1988; Stasser y Taylor, 1991). Siguiendo a Ducan (1973) y Poyatos (1994), definimos la unidad de participación como un turno de palabra mantenido por uno o más hablantes que se alternan de forma más o menos fluida y reglada, de acuerdo con los hábitos conversacionales de los hablantes. Las características interactivas de la actividad de turno se codifican teniendo en cuenta las funciones sociales (habla, relación y tarea) que cumplen. Con independencia de su duración, cada turno se codificará como un “todo” según las dimensiones consideradas, que presentamos a continuación: tiempo de habla, espacio, tipo de intercambio oral, situación grupal de relación/tarea e intervención de la terapeuta. Efectivamente, en este trabajo, las actividades de turno que nos interesan son las que contribuyen al mantenimiento del contacto interactivo en diferentes niveles del contexto de la tarea GAFA: uso del tiempo de habla (Bales, 1970), conformación del tipo de habla (Hayashi, 1991), situación de la tarea grupal de ayuda (Hill, 1977; Poyatos, 1994; Izquierdo, 1996) e intervención de la terapeuta (Guimón, 2003).

El instrumento de observación construido contempla cuatro dimensiones:

- 1- Cualidades primarias del habla: Quién habla, cuándo y durante cuánto tiempo. Son datos identificativos que consisten en la explicitación de la secuencia de las diversas conductas y de su duración.
- 2- Estructura interactiva del habla: Configura la estructura participativa entre el hablante y el oyente: habla singular, habla simultánea y habla múltiple.
- 3- Situación de actividad GAFA: Describe en cada momento el modo de mantener el contacto interactivo y la manera de abordar el proceso de generar discusión según las aportaciones de las participantes.
- 4- Intervención de la terapeuta: Pone en evidencia el tipo de intervención que hace ésta según la arquitectura GAFA, sea analítica, de formación, de ayuda de conducción, o bien mixta entre formativa y de conducción.

Para cada dimensión se ha definido un sistema de categorías exhaustivo y mutuamente excluyente. El conjunto multidimensional y sus sistemas de categorías definen la matriz de códigos —obtenidos por vía inductiva y deductiva— utilizados para describir el proceso observado de comunicación interactiva de ayuda.

Además de describir los turnos participativos de forma precisa, fiable y válida, otra cuestión clave es responder a la pregunta de si la relación de ayuda mutua observada, construida a través de la comunicación oral, conforma un proceso a la vez dialógico y discursivo. Para seguir este proceso y captar sus variaciones como consecuencia del movimiento que se produce en las dimensiones-funciones del uso del turno participativo, se ha dotado al instrumento de un código valorativo, llamado código de *deseabilidad (D)*, que permite ubicar cada turno participativo descrito en la cadena de turnos antecedentes y consiguientes de acuerdo con el papel que juega: inicia, secunda,

cierra o interrumpe una cadena de intercambios que son valorados según la escala de apreciación GAFA. Así pues, el código *D* permite visualizar porciones más o menos amplias de turnos participativos con un mismo valor dialógico y discusivo (véase cap. 3), y sus variaciones a lo largo del curso de la actividad.

Volviendo a los sistemas de categorías, antes de confeccionar el instrumento tuvimos que llevar a cabo un análisis conceptual de una lista previa de rasgos y tomar decisiones para desestimar los que no serían de utilidad para los objetivos de nuestro estudio. Recordemos con Anguera (1993, p. 120) que cada categoría cumple a su vez requisitos internos de equivalencia en atributos esenciales, aunque pueda mostrar una gama diferencial o heterogeneidad en su forma. Esta construcción supuso una mayor lentitud a la hora de elaborar el sistema; además, hizo falta una comprobación sistemática hasta que se alcanzó el punto de exhaustividad del instrumento. Pudimos considerar el instrumento acabado al cabo de varias revisiones.

En cuanto a la base de datos, se utilizó la hoja Excel, que fue posteriormente traducida al lenguaje SDIS (*Sequential Data Interchange Standard*) para poder aplicar el programa de análisis secuencial GSEQ (*Generalized Sequential Event Querier*) (Bakeman y Quera, 1996).

Las dimensiones y sus categorías se pueden representar con el esquema siguiente (Fig. 5.4):

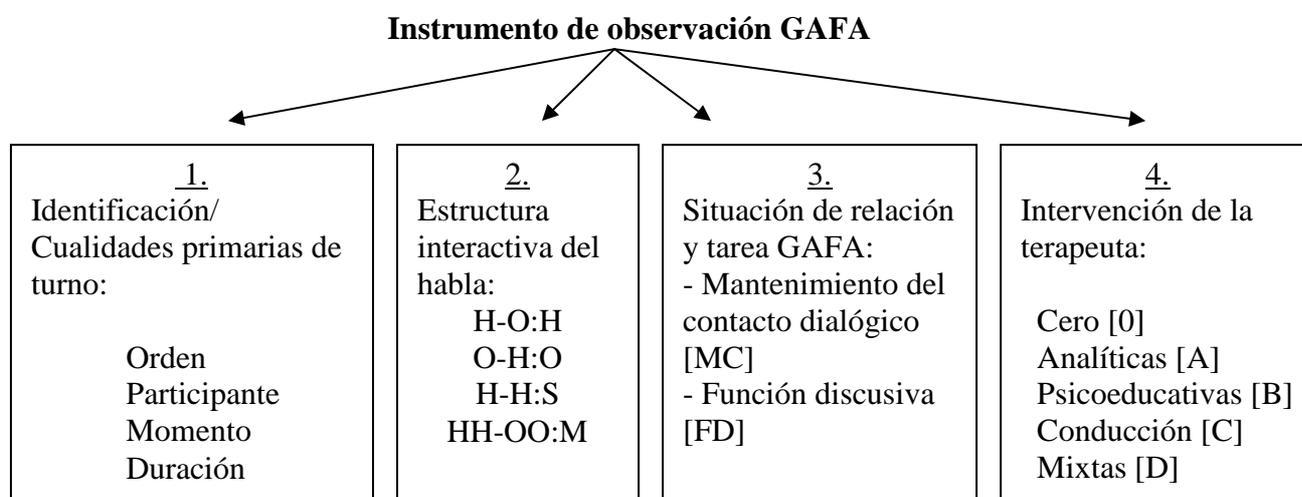


Fig. 5-4: Esquema multidimensional (y sus categorías básicas) de los patrones de ayuda interactiva

A continuación presentamos la explicación de las cuatro dimensiones y las categorías que incluyen; para un comentario más técnico y elaborado, con ejemplos, contraejemplos y criterios de codificación, es preciso acudir al manual de codificación que se facilita en un fascículo adjunto a la tesis, así como en el Anexo 1 del CD adjunto.

5.2.2.1. Sistemas de categorías del instrumento GAFA

- Dimensión 1: Cualidades primarias de turno:

- **Orden:** Registro ordinal de los turnos de palabra. Aporta, por un lado, información sobre el número de veces que ocurre un acoplamiento dialógico de relación de ayuda y, por otro, estructura el carácter secuencial del registro.
- **Momento:** Registro en formato *u:v:v* de la hora de inicio y conclusión de cada acoplamiento dialógico de relación de ayuda interactiva.
- **Duración:** Cuánto tiempo ha durado el turno (en segundos). La duración es el parámetro considerado más consistente y el que encierra mayor riqueza de información, puesto que contiene la del parámetro *orden* y permite diferenciar entre sesiones diferentes en el caso de que se repitiera una misma secuencia ordinal.
- **Participante:** Cuál de las participantes (incluida la terapeuta) es la interlocutora de turno en el espacio dialógico de relación de ayuda.

- Dimensión 2: Estructura interactiva del habla:

-H-O: H: Tiene el turno de palabra un hablante en particular, y se dirige a un oyente, individual o grupal; nadie lo interrumpe y todos lo escuchan.

-O-H: O: Dentro del turno de un hablante principal, un participante oyente se dirige al hablante para aclarar o ratificar lo que éste dice. No coge el turno de palabra o al menos no se observa esta intención.

-H-H: S: Es un tipo de habla simultánea no confundida, donde todo el grupo responde a lo mismo, manteniendo la corriente de la conversación principal. A veces, bajo un grado de empatía elevado, las participantes se adelantan a lo que dirán las demás y les completan la frase. Este tipo de habla es como un coro con diferentes notas, pero juntas forman la melodía de la partitura. No se fracciona el grupo.

-HH-OO: M: Es un tipo de habla dividida a causa de la formación de subgrupos. A veces, bajo el peso del tumulto o de la emotividad que provoca una intervención, algunas participantes, arrastradas por la exigencia de su descarga emocional, se dirigen a la compañera de al lado para acaparar su atención. La situación se desborda. La conversación grupal corre el riesgo de fraccionarse, pero la terapeuta suele estar atenta a este fenómeno grupal y lo recoge al cabo de pocos segundos, de acuerdo con el criterio de “no bloquear el desfogue”, sometiendo, por ejemplo, la idea del debate a una discusión general.

- Dimensión 3: Situación de la tarea grupal:

- Mantenimiento de contacto:

-Contacto cero: Es una llamativa pérdida de conductas de seguimiento desde la posición de oyente; la participante no mira a las demás, hojea un folleto GAFA, mira su móvil o busca algo en su bolso.

-Presencia de conductas de contacto: En la díada que se forma entre dos o más participantes se observa un mantenimiento de contacto que clasificamos según las condiciones siguientes:

a) Seguimiento visual no audible sin reflejo empático: La participante sólo mira a la persona que habla; no se observan detalles comunicativos audibles o gestuales; todo lo que se muestra es una contemplación espectadora.

b) Seguimiento visual o vocal con reflejo empático o expresión emocional: Es un seguimiento no verbal, pero incluye alguna señal sonora o respuesta gestual que ratifica la comunicación en curso o la rechaza.

c) Seguimiento visual y oral sin reflejo empático: Es un seguimiento activo, puesto que incluye una respuesta verbal, pero no transmite ningún mensaje emocional ni acento empático.

d) Seguimiento visual y oral con reflejo empático o expresión emocional: Es un seguimiento activo, puesto que la persona interviene verbalmente, pero además ofrece otros indicios participativos gestuales o audibles que ratifican la presencia de una comunicación emocional.

- Función discusiva de la tarea:

-Tema no personal: Dominada por la dificultad de adentrarse en temas personales, la participante habla de cosas generales, ajenas al grupo o a ella misma, poniendo en tensión la dimensión del tiempo grupal. La reunión toma un tinte paradiscusivo (no disruptivo) cuando el tema personal se reemplaza por el tema organizativo o por aportaciones que producen distensión.

-Tema personal: La participante entra en temas personales o propios del grupo, pero los aborda primero con contribuciones que presentan una estructura protodiscusiva, y después, una clara propuesta de discusividad:

a) **No discusivo:** El discurso es sólo de presentación de la historia personal; son intervenciones que movilizarán algunas preguntas aclaratorias pero que no admiten réplicas.

b) **Discusivo convencional:** Son preguntas y respuestas que reclaman alguna aclaración o detalle (cuándo fue eso, cuántos años tenías, etc.); suelen animar la continuidad del habla, pero no pretenden domar la temática en juego ni profundizar en el sentido de una discusividad avanzada.

c) **Discusivo asertivo:** Las participantes enredan y desenredan el tema afianzando sus planteamientos. La conversación pasa de un mero exponer a identificar los nudos de disolución temática.

d) Discusivo confrontativo: El discurso es francamente confrontativo y desprende un nítido intento de esclarecer y asumir las facetas temáticas en conflicto, para poder “in-visionar” (lograr un *insight*) la capacidad de participación en la construcción del propio futuro. La conversación pasa de ser una discusión a ser un intento de disolver una traba, y deviene una oportunidad para el encuentro de nuevas alternativas.

- Dimensión 4: Intervención de la terapeuta:

El rol de la terapeuta-analista se ha detallado en el apartado 3.3.1, y las categorías que se desprenden se presentan en el manual técnico de codificación. En este apartado las presentamos esquemáticamente para dar cuenta de nuestro formato de campo, y en la tabla (Fig. 5.5) detallamos su contenido:

-Falta de intervención: La terapeuta no habla, sólo escucha; lo hace de las dos siguientes maneras:

a) Intervención cero sin reflejo empático: La terapeuta está escuchando sin mostrar ningún tipo de reflejo emocional, como si no tuviera nada que comunicar, como si no animara el seguimiento de aquella comunicación o como si se desconectara de ella. El hilo de la conversación no se refuerza positivamente.

b) Intervención cero con reflejo empático: La terapeuta está mostrando una escucha activa y empática, con gestos, cabeceos, risas o sonrisas. La conversación se refuerza positivamente por su parte.

-Intervenciones activas: La terapeuta interviene activamente mediante la palabra, y sus intervenciones se agrupan en núcleos según las mismas siglas de GAFA: A, analíticas; F, formativas, y A, ayuda social. Los presentamos a continuación y detallamos su contenido en el esquema de la Fig. 5.5. Para más detalles, hay que acudir al manual de codificación, en el Anexo 1.

A) Analíticas: Pretenden movilizar a la persona o al grupo con un descubrimiento interpretativo. Aclaran la verdad de un síntoma grupal o individual y reflejan la presencia del inconsciente.

B) Psicoeducativas: Son intervenciones formativas que activan el proceso sociocognitivo que permite procesar una información e internalizarla. Se dirigen claramente a proveer al grupo de alguna explicación, sea analítica, grupal, o sobre su funcionamiento.

C) Conducción: Son intervenciones de ayuda que tradicionalmente emanan de la psicología social y grupal; conducen al grupo, matizan el ambiente u orientan la conversación. Pretenden fomentar una atmósfera en la cual las participantes puedan hablar con libertad, modelan un conjunto de parámetros para alentarlas e incrementan su aceptación o su seguridad dentro del grupo.

D) Mixtas: Son intervenciones que son a la vez psicoeducativas y sociales de conducción, puesto que permiten formar en algún aspecto y a la vez facilitan la participación grupal.

5.2.2.2. Códigos asignados a las categorías del instrumento GAFA

El esquema siguiente (Fig. 5.5) resume las categorías de la primera dimensión (datos identificatorios) y los de la segunda dimensión (estructura interactiva o posición de turno), y presenta los códigos que les asignamos:

Cualidades primarias de turno <i>D-1</i>	Estructura interactiva <i>D-2</i>
Nº de turno: orden de la participación oral	H (<i>Hablante</i>)
Participante: X,1,2,3,4,6,7,8	O (<i>Oyente</i>)
Momento: Hora en formato H:MN:SS	S (<i>Turno simultáneo</i>)
Duración: Hora inicio turno siguiente- hora inicio del turno actual	M (<i>Turno múltiple</i>)

Fig. 5-5: Categorías y códigos de las Dimensiones 1 y 2

El esquema siguiente (Fig. 5.6) resume las categorías, con los códigos asignados, de las dimensiones 3 (Situación de actividad GAFA) y 4 (Intervenciones de la terapeuta). Los esquemas de codificación más detallados se encuentran en el Anexo 2.

Mantenimiento del contacto <i>D-3.1</i>	Función discusiva <i>D-3.2</i>	Intervención de la terapeuta-analista <i>D-4</i>
Feedback H↔O focalizado en la cooperación dialógica	Conformación del tipo de intercambio	Intervenciones analíticas (A) Intervenciones psicoeducativas (B) Intervenciones de conducción (C)
<p>10 Contacto-cero</p> <p>11 Seguimiento visual sin reflejo empático</p> <p>12 Seguimiento visual con reflejo empático o manifestación de emoción: ri (rie), em (empatía), mo (emocional).</p> <p>13 Seguimiento activo sin reflejo empático ni manifestación de emoción</p> <p>14 Seguimiento activo con reflejo empático visible o audible o manifestación de emoción</p>	<p>20 Tema personal-cero</p> <p>21 Tema personal no discusivo: contar</p> <p>22 Tema personal discusivo convencional: intercambiar preguntas/respuestas directas</p> <p>23 Tema personal discusivo asertivo: evaluar opiniones y situaciones sin entrar en confrontación. Puede ser en (encubierto) o ex (explicito)</p> <p>24 Tema personal discusivo confrontativo: analizar el problema desde diferentes puntos de vista o alternativas</p>	<p>30 Intervención-cero</p> <p>31 Intervención-cero con seguimiento 11</p> <p>32 Intervención-cero con seguimiento 12</p> <p>40 Intervención interpretativa individual</p> <p>41 Intervención analítica grupal</p> <p>42 Interpretación de universalidad</p> <p>43 Interpretación sobre la resonancia</p> <p>50 Intervención funcional</p> <p>51 Intervención de vinculación y identificación</p> <p>52 Intervención sobre perspectiva de futuro</p> <p>53 Intervención de confrontación</p> <p>60 Intervención facilitadora de participación</p> <p>61 Intervención de protección</p> <p>62 Intervención de contención</p> <p>63 Intervención que señala la empatía</p> <p>70 Intervención mixta entre 50 y 60</p>

Fig. 5-6: Dimensiones 3 y 4 con sus categorías y códigos

5.2.2.3. Código de deseabilidad

Es un código adicional para facilitar un control interno. Identifica fragmentos de intercambios que presentan continuidad y que aclaran el lugar que ocupa un turno particular dentro del episodio de turnos para llegar a esta posición nivelada (*vid.* cap.3). Este apartado reproduce esquemáticamente los cinco niveles y los códigos que les han sido asignados:

D 1: Interacción física. Considerado el nivel menos deseable. Sólo es aceptable a la hora de iniciar una sesión; de lo contrario indicaría una falta total de contacto o una resistencia para entrar en un tema personal.

D 2: Interacción de acción-reacción. El seguimiento activo es superficial; las interacciones se quedan en un nivel no discusivo, o bien las conversaciones derivan hacia temas ajenos a la tarea. No es muy deseable para GAFA.

D 3: Empatía-expectativa. De deseabilidad media, considerado el punto de inflexión para subir a un nivel superior más favorable o bien degradarse a un nivel inferior menos deseable. Las participantes se muestran comprometidas con la tarea y con el seguimiento activo. Es deseable que las participantes hagan aportaciones dirigidas a cooperar en la conducción de la reunión.

D 4: Vínculo. Permite la iniciación de discusiones, aunque sean antagónicas. Hay un relieve sobresaliente en el seguimiento activo y alborea la discusión, aunque hay poca confrontación directa. El patrón D 4 se codifica cuando las participantes piden un *feedback* sobre problemas, preocupaciones, actitudes o emociones expresados, ayudando a las demás a desarrollar otros asuntos temáticos personales.

D 5: Cura del tejido social. El patrón muestra que la interacción promete continuidad, y que se instala el compromiso con una misma y con las demás. Es la cura ofrecida por el tejido social, y se considera el nivel más deseable para GAFA. Se refleja en un seguimiento activo y el despliegue de cuestionamientos, y la tarea es discusiva y confrontativa.

Concluimos este apartado señalando que las categorías presentadas pertenecen todas a una codificación de primer nivel. Según los objetivos específicos de este estudio o de otros ulteriores, y en función del interés analítico requerido, estos códigos se pueden reagrupar en segundos niveles de codificación. En el capítulo 6 se presentará un nivel secundario de codificación para responder a la necesidad de análisis de nuestro estudio.

5.3. Procedimiento

5.3.1. Lugar de la reunión y sus características

Como se ha explicado en el apartado 3.3.4, las reuniones se llevaron a cabo en una sala amplia de la consulta de la terapeuta-analista (Fig. 5.7). La contextualización se articula en los niveles siguientes:

- Contexto físico: Sala-consulta
- Contexto de actividad: Discusión de grupo, según normas GAFA
- Contexto social: Siete mujeres supervivientes y dos profesionales (terapeuta y técnico)
- Contexto organizativo: Reuniones con protocolo GAFA



Fig. 5-7: Sala de la reunión

Las participantes y los dos profesionales estaban instalados según el diagrama de la Fig. 5.8; la elección de las sillas era libre, pero ha sido constante durante las nueve reuniones:

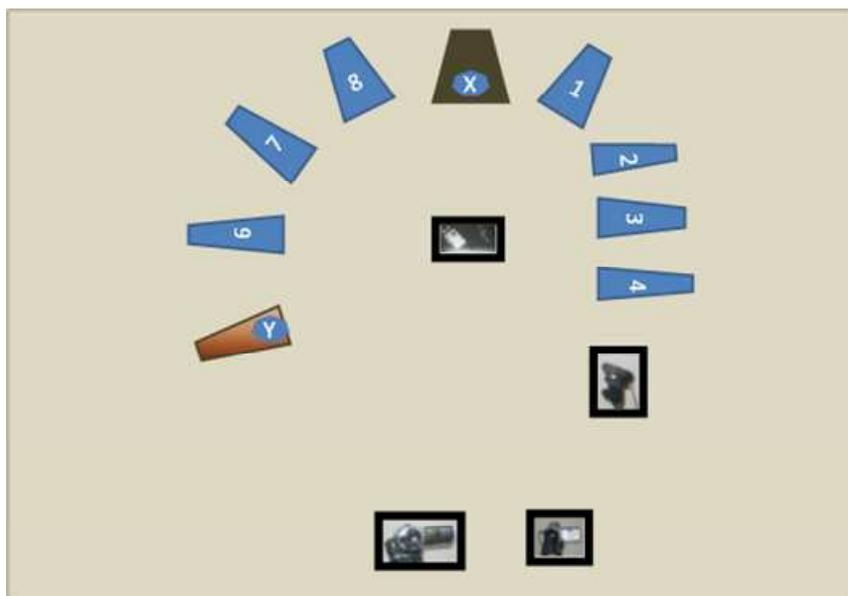


Fig. 5-8: Diagrama de las participantes

Para facilitar el trabajo, las participantes se ofrecieron desde la segunda sesión a conservar cada una su silla con su número correspondiente durante toda la experiencia; esta misma numeración, mostrada en el esquema, fue la que utilizamos en la codificación y transcripción de los textos.

El nacimiento oficial del grupo tuvo lugar el 28 de febrero del 2008, un jueves por la tarde. Las siguientes reuniones trascurrieron los siguientes jueves consecutivos, excepto uno que se saltó por Semana Santa; la novena sesión no estaba planificada de antemano, pero el grupo decidió que se celebraría dos jueves después de la última reunión.

5.3.2. Transcripción de las grabaciones

Acudimos a la ayuda de dos transcritores de la interacción oral de la actividad GAFA. Además de relatar las aportaciones orales, en las transcripciones se incluyen algunos aspectos paralingüísticos y kinésicos (Izquierdo, 1993, 2010; Izquierdo y Anguera, 2001) previamente considerados como conductas reveladoras de procesos emocionales originados, por lo menos en parte, por la naturaleza de la actividad de dar y recibir ayuda: pausas-vacío y pausas-silencio dilatadas, risas o animación (polémica o no polémica), presencia o ausencia de movilidad corporal, gestualidad llamativa, etc.

El estilo transcriptivo de cada investigador ha sido objeto de debate y de dificultad bastante asumida por los estudiosos de la comunicación, como lo ratifican Pavitt y Hopkins (2004). Siguiendo la pauta de estos investigadores, las transcripciones están realizadas fundamentalmente por el investigador principal, quien además suele revisar las transcripciones realizadas por los demás, normalmente personas ajenas al estudio, que cobran por hacerlo, estudiantes de carrera o investigadores de otros estudios. A continuación presentamos tres segmentos de codificaciones, realizadas por dos personas diferentes ajenas al estudio y revisadas por la autora; reflejan la evolución y la dificultad

de encontrar un consenso: la primera transcripción fue la más primitiva, y la última, dotada de una indexación (número de turno, y momento), fue la que acabamos utilizando para todas las sesiones:

Ejemplo 1 de transcripción, extraído de la sesión 1:

7: Venga, empieza tú, que eres más...

6: ¿Yo?

[Risas y comentarios]

x: ... Más al lado del micrófono.

6: Exactamente. [Más risas] Bueno, a ella [a 7] la conocí a través de... Estábamos... No hemos tenido un tratamiento conjunto, sino que fue cuando empezamos la radioterapia. Entonces nos conocimos. Me vino porque llevaba una peluca que, según ella, me quedaba muy bien. Entonces, nos las intercambiamos... y la suya...

7: La mía era un desastre.

6: Y la suyadecía que era un desastre. Bueno, a través de la coquetería femenina nos conocimos...

Ejemplo 2, extraído de la sesión 7:

GRUPO GAFA

SESIÓN nº 7

FECHA: 17 de abril de 2008

Turno	Momento	Quién	Texto
1.	00:00	X	Había pensado que si no acabamos de cerrar temas, no tengo ningún inconveniente en quedar otra vez. Y también os quería decir que si alguien tiene dudas, puesto que hemos abierto temas dolorosos, pues yo estoy aquí, o sea, para cualquiera cosa: encantada... Bueno, quizá ahora podamos hacer dos cosas; o hablar de los autoregistros o ...
2.	01:15	7	-Se ríe- Lo que nosotras éramos las que ...
3.	01:16	X	Digamos que lo dejo a la opción del grupo, eh, más que nada para poder dar un <i>feedback</i> . Entonces sí que, si queréis lo podemos hacer en esta sesión octava o en la sesión extra, según lo que salga. No tiene importancia.
4.	01:55	7 y 6	Bueno, yo creo que por 6 y por mí, voy a tomar un poquito la palabra...
5.	02:01	X	Bien.

Ejemplo 3, extraído de la sesión 9:

Turno	Momento	Quién	Texto
6.	09:05	3	Entonces el problema es que tú no aceptas lo que ves reflejado en el espejo; dices yo no soy así.
7.	09:11	X	Claro.
8.	09:12	3	Yo no puedo ser así, yo tengo que ser de otra forma..
9.	09:16	X	Sí.
10.	09:17	3	Esa imagen no va, no la quiero asumir cuando dices bueno pues, oye si... si soy coja, soy coja, lo tengo que asumir, pero no es lo de ser coja, sino la reacción que a ti te provoca sentirte así y no aceptarlo, pues bueno, si soy así, si no soy mejor, pues ¡no soy mejor y punto!
11.	09:37	X	Sí. Ok.
12.	09:39	3	Entonces la palabra atasco es la que me....., vaya, le di muchas vueltas.
13.	09:43	X	La no aceptación.
14.	09:46	3	No de lo que proyectas, sino de la que ves de ti misma...
15.	09:49	X	Pero que la ves en el otro.
16.	09:52	3	Sí.
17.	09:55	X	De ahí la importancia del otro ...
18.	09:56	3	Cuando yo hablé de mi atasco, me refiero, dije, bueno si mi hijo vuelve a casa, yo lo que quizá no podía aceptar es que para mí fuese un problema que mi hijo regresara a casa, o sea, ¿cómo puedo decir que sea un problema que mi hijo esté en casa?, pensaba, pero yo sabía entonces que había que hacer esto, mi marido, yo, tendré mis... yo lo que no podía aceptar... es decir: es un problema para mí, que mi hijo vuelva y ¡es que yo no puedo reconocer que para mí sea un problema!
19.	09:58	X	Entendido.

5.3.3. Entrenamiento de los observadores y la guía de codificación

En la primera fase de la metodología observacional se observa la conducta objeto de estudio y se elaboran las correspondientes categorías. En la segunda, dicha conducta se mide mediante el sistema de categorías y códigos elaborado en la primera fase. En la

tercera, los datos registrados se contabilizan y se someten a la prueba de fiabilidad para validarlos, y una vez se supera esta prueba, se someten al análisis.

Durante la segunda fase, la de la codificación, es preciso el entrenamiento de los observadores para la realización minuciosa del trabajo. En nuestro estudio primero tuvo lugar mi propio entrenamiento y a continuación el de una ayudante, que se hizo en cuatro encuentros, en los cuales se ponían en común las dificultades encontradas y las consiguientes soluciones a las que se llegaba para afinar el manual de codificación. Igualmente hubo un entrenamiento repetitivo y profundo con el codirector de la tesis. Puesto que utilizamos la vía del consenso entre codificadores, fueron los mismos comentarios los que completaron el manual de codificación, de modo que en teoría no se dejó de lado ninguna situación ambigua que no entrase en ninguna categoría. Cito una frase de Anguera (2010) sobre la competencia observacional: “El observador no nace, sino que se hace” (p. 129).

A la codificadora y a mí misma se nos exigía mucha cautela y horas de trabajo. Una de las sesiones me llevó unas 24 horas de codificación, entre revisiones, idas y venidas al video, etc. Aparte del consenso entre codificadores, Behar (1993) nos recuerda que para evaluar el posible efecto de deriva es preciso tener en cuenta la precisión del registro; por lo tanto tenemos que lograr un excelente adiestramiento de los observadores, y no informarlos de ningún tipo de expectativa (cosa que hicimos en nuestra investigación).

Efectivamente, el vaivén entre los vídeos y la hoja de codificación garantiza que el trabajo esté vacunado contra posibles fugas; además, por lo que respecta a la recogida cualitativa de datos y de información no verbal, la interacción queda reflejada en los vídeos, de manera que desenredando los componentes visuales emisores de signos, a su vez generadores de subsiguientes emisiones, se fue avanzado en la codificación. Anguera (2008) señala que el investigador se convierte cualitativamente en el principal “instrumento” de recogida de datos, en el sentido de que es actor del proceso de captación de la realidad y tiene la capacidad para aportar datos tan fidedignos como los transmitidos por medios más objetivos. Algunas de sus principales ventajas son: 1) su adaptabilidad para registrar información simultánea sobre múltiples factores y a varios niveles; 2) su visión holística, es decir, la capacidad para captar el contexto de forma global; 3) su mayor amplitud de conocimientos; 4) su posibilidad de explorar respuestas atípicas e idiosincráticas, que son difíciles de captar por medios ordinarios y tienen una enorme relevancia para lograr una mejor comprensión.

A continuación (Fig. 5.9) se da un ejemplo de codificación de los diez primeros turnos, extraído de la sesión 1, en el lenguaje SDIS (Bakeman y Quera, 1996). Como muestra el ejemplo, primero se presentan los códigos de las cuatro dimensiones, y a continuación se codifica cada turno en una línea aparte.

```
%Análisis de la PRIMERA reunión GAFA del 28 DE FEBRERO de 2008%
% Declaraciones
Timed<segundos>
($Posición = H O S M)
%Tipo de habla de turno
($Participante = 1 2 3 4 6 7 8 X g )
%Identificación de los hablantes
($Contacto = 10 11 12 13 14 )
% Relación de seguimiento
```

```

($Discusividad = 20 21 22 23 24)
% Conformación de la tarea
($Intervención = 30 31 32 40 41 42 43 50 51 52 53 60 61 62 63 70)
($Deseabilidad = D1 D2 D3 D4 D5) ;

<GAFAR1T>
%Identificación de la sesión

H + X + 12 + 20 + 60 + D3,0:00:30-0:02:04
O + 7 + 13 + 20 + 31 + D4,0:02:04-0:02:05
H + X + 11 + 20 + 60 + D3,0:02:05-0:02:48
O + 1 + 14 + 20 + 32 + D3,0:02:48-0:07:28
H + X + 11 + 20 + 60 + D3,0:07:28-0:10:16
H + 8 + 14 + 20 + 32 + D4,0:10:16-0:10:18
H + X + 14 + 22 + 63 + D4,0:10:18-0:10:21
H + 8 + 14 + 22 + 32 + D4,0:10:21-0:10:23
H + X + 14 + 22 + 53 + D4,0:10:23-0:10:26
H + 8 + 14 + 22 + 32 + D4,0:10:26-0:10:27

```

Fig. 5-9: Ejemplo de fichero SDIS para el análisis de la primera reunión GAFA, del 28/3/2008

5.3.4. Control de la calidad de los datos

Se evalúa la precisión de los datos a través del grado de concordancia entre el observador y los parámetros predeterminados, que en nuestro caso son las dimensiones con las que se busca describir y valorar los patrones de ayuda interactiva. La precisión implica un proceso de interrogación de los datos, que deben seleccionarse tan minuciosa y suficientemente que respondan a los propósitos establecidos del estudio. Una investigación que esté bajo la perspectiva de la metodología observacional conlleva de por sí la ardua tarea de clasificación de los datos a partir de las fuentes primarias conseguidas con los instrumentos de registro, para su posterior macro y micro análisis. Así que en nuestro estudio hemos hecho uso de una guía de codificación reproducible, unas instrucciones de codificación estrictas y concisas, y un acuerdo por consenso entre los observadores, con el objetivo de evitar un mal uso del sistema de categorías, lo que daría lugar al efecto deriva o el efecto de halo ilusorio (Behar, 1993). El buen entrenamiento y el dominio del sistema de categorías suponen la buena práctica y la mejor garantía. Se efectuaron las pruebas que se detallan a continuación.

5.3.4.1. Acuerdo intraobservador

Con respecto a la calidad de los datos obtenidos del esquema de codificación, era necesario preguntarnos si los datos son el resultado de fluctuaciones personales del codificador, es decir, si son fluctuaciones aleatorias introducidas por un instrumento de observación utilizado (Blanco Villaseñor, 1993) o bien si son consistentes. Así que en nuestro estudio, como primer filtro de fiabilidad, buscamos la fiabilidad intraobservadora recodificando al azar aproximadamente dos minutos de cada sesión y comparando los resultados; obtuvimos un resultado de concordancia del 100%.

Abordamos el cálculo de concordancia intraobservador con la utilización de la técnica *Índice Kappa de Cohen* y realizamos el cálculo con el programa GSEQ v.4 (Bakeman & Quera, 1996). Obtuvimos el resultado siguiente:

	segundos	H	O	S	M	1
segundos	0	0	0	0	0	0
H	0	484	0	0	0	0
O	0	0	114	0	0	0
S	0	0	0	40	0	0
M	0	0	0	0	18	0
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0
X	0	0	0	0	0	0
g	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	0
42	0	0	0	0	0	0
43	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	0	0
52	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0
60	0	0	0	0	0	0
61	0	0	0	0	0	0
62	0	0	0	0	0	0
63	0	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0	0
D1	0	0	0	0	0	0
D2	0	0	0	0	0	0
D3	0	0	0	0	0	0
D4	0	0	0	0	0	0
D5	0	0	0	0	0	0
&	0	0	0	0	0	0
Totales	0	484	114	40	18	0
	s	H	O	S	M	1

Concordancia/Kappa GSW, 09/01/2010, 12:54:16

Kappa de Cohen = 1,0000; concordancia = 100,00%

Filas: Codificación inicial; columnas: Codificación segunda

5.3.4.2. Concordancia interobservadores

Abordamos esta clase de medida en el registro observacional con la utilización de la técnica *Índice Kappa de Cohen* utilizada para comprobar el acuerdo entre dos codificadores independientes a partir de una tabla cuadrada $I \times J$ (desde 2×2 hasta $k \times k$ categorías). El cálculo se realiza con GSEQ.

Pruebas Kappa

1. Índice de concordancia general

Kappa de Cohen = 0,6788, concordancia = 87,21%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFFA_KAPPA_Obs2

	segundos	H	O	S	M	1	...
segundos	0	0	0	0	0	0	
H	0	2491	2	0	0	0	
O	0	450	232	0	0	0	
S	0	0	0	307	2	0	
M	0	0	0	0	58	0	
1	0	0	0	0	0	0	
2	0	0	0	0	0	0	
3	0	0	0	0	0	0	
4	0	0	0	0	0	0	
.							
.							
.							

2. Codificación del tiempo

Kappa de Cohen = 0,0000, concordancia = 100,00%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFFA_KAPPA_Obs2

	segundos	& Totales	
segundos	0	0	0
&	0	3551	3551
Totales	0	3551	3551

3. Codificación de la estructura interactiva

Kappa de Cohen = 0,6788, concordancia = 87,21%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFFA_KAPPA_Obs2

	H	O	S	M	&	
	0	0	0	0	0	0
H	0	2491	2	0	0	0
O	0	450	232	0	0	0
S	0	0	0	307	2	0
M	0	0	0	0	58	0
&	0	0	0	0	0	9
Totales	0	2941	234	307	60	9

4. Mantenimiento de contacto

Kappa de Cohen = 0,9786, concordancia = 98,56%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFFA_KAPPA_Obs2

	10	11	12	13	14	&
10	6	0	0	0	0	0
11	0	668	43	0	0	0
12	0	0	138	0	0	0
13	0	0	0	1490	2	0
14	0	0	0	6	1189	0
&	0	0	0	0	0	9
Totales	6	668	181	1496	1191	9

5. Codificación de la función discusiva

Kappa de Cohen = 0,9996, concordancia = 99,97%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFFA_KAPPA_Obs2

	20	21	22	23	24	&
20	845	0	0	0	0	0
21	0	1275	0	0	0	0
22	0	1	377	0	0	0
23	0	0	0	611	0	0
24	0	0	0	0	433	0
&	0	0	0	0	0	9
Totales	845	1276	377	611	433	9

6. Codificación de la intervención de la terapeuta

Kappa de Cohen = 1,0000, concordancia = 100,00%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFFA_KAPPA_Obs2

	30	31	32	40	41	42
30	8	0	0	0	0	0
31	0	94	0	0	0	0
32	0	0	2105	0	0	0
40	0	0	0	198	0	0
41	0	0	0	0	57	0
42	0	0	0	0	0	0
43	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	0	0
52	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0
60	0	0	0	0	0	0
61	0	0	0	0	0	0
62	0	0	0	0	0	0
63	0	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0	0
&	0	0	0	0	0	0

Totales	8	94	2105	198	57	0
	43	50	51	52	53	60

30	0	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	0
42	0	0	0	0	0	0
43	56	0	0	0	0	0
50	0	376	0	0	0	0
51	0	0	117	0	0	0
52	0	0	0	14	0	0
53	0	0	0	0	59	0
60	0	0	0	0	0	428
61	0	0	0	0	0	0
62	0	0	0	0	0	0
63	0	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0	0
&	0	0	0	0	0	0

Totales	56	376	117	14	59	428
---------	----	-----	-----	----	----	-----

	61	62	63	70	& Totales
30	0	0	0	0	8
31	0	0	0	0	94
32	0	0	0	0	2105
40	0	0	0	0	198
41	0	0	0	0	57
42	0	0	0	0	0
43	0	0	0	0	56
50	0	0	0	0	376
51	0	0	0	0	117

52	0	0	0	0	0	14
53	0	0	0	0	0	59
60	0	0	0	0	0	428
61	0	0	0	0	0	0
62	0	15	0	0	0	15
63	0	0	8	0	0	8
70	0	0	0	7	0	7
&	0	0	0	0	9	9

7. Codificación de deseabilidad

Kappa de Cohen = 0,9973, concordancia = 99,83%
 Filas: GAFA_KAPPA_Obs1, columnas: GAFA_KAPPA_Obs2

	D1	D2	D3	D4	D5	&
D1	0	0	0	0	0	0
D2	0	340	0	0	0	0
D3	0	0	1415	5	0	0
D4	0	0	1	1619	0	0
D5	0	0	0	0	162	0
&	0	0	0	0	0	9
Totales	0	340	1416	1624	162	9

Como se puede observar, la fiabilidad de cada código es alta, por lo que se supera la prueba con un índice alto: la concordancia en la codificación del tiempo es del 100%; la concordancia en la codificación de la posición de turno es del 87.21%; la concordancia en el mantenimiento de contacto es del 98.56%; la concordancia en la función discursiva es del 99.97%, y en la intervención de la analista es del 100%. En cuanto a la concordancia en la deseabilidad GAFA, es del 99.83%.

5.3.5. Análisis de datos secuenciales: patrones de ayuda interactiva

5.3.5.1. Medidas descriptivas

Una vez codificadas las sesiones en el lenguaje SDIS y superado el control de calidad, se procederá al análisis de datos en función del diseño seleccionado descrito en el capítulo 4. Se aplican cálculos de estadística descriptiva de los datos observacionales secuenciales: porcentaje, frecuencias, duración relativa y proporción de unidades de tiempo que ocupa una categoría.

En primer lugar, con fines analíticos, se divide la duración de una sesión (90 minutos) en tres fases de media hora cada una, que corresponden a las fases sistémicas establecidas por Bales para grupos de discusión con tarea relacional asignada (Bales, 1976): llegar a un acuerdo. Por otro lado, la división en inicio, nudo y cierre/desenlace sugiere un marco de representación teatral o narrativa, que facilita la interpretación de

los pequeños cambios en el comportamiento observados en el transcurso de los 90 minutos (*vid.* cap. 1). Con fines comparativos y para apreciar este **movimiento de fases**, vamos a considerar esta condición sin entrar en un estudio de las fases intrasesionales. (Esta cuestión por sí misma merece ser retomada como foco de futuros trabajos).

En segundo lugar, y respondiendo a la necesidad de apreciar el efecto **del rodaje grupal** (*vid.* cap. 1), se agregan los datos de las sesiones consideradas de menor rodaje (por tener menor intimidad y complicidad; la primera y la tercera sesión) para compararlos con los obtenidos en las sesiones consideradas de mayor rodaje (por su mayor intimidad y complicidad; la quinta y la séptima). Todos los resultados se apoyan en la comparación de proporciones y se someten a prueba de hipótesis con el cálculo de los **valores p** (**z binomial**). El valor p es el grado de significación que muestra que la probabilidad de ocurrencia de un valor es igual o más alejado de cero, y expresa la probabilidad de obtener una diferencia tanto o más extrema que la observada (Ato, Losilla, Navarro, Palmer y Rodrigo, 2002). El valor de **p<0.05** se utiliza como criterio de significación para determinar el rechazo de la hipótesis nula. Para estos cálculos se ha utilizado el paquete estadístico Statgraphics [Centurion 15.2.14 \(XV\)](#).

5.3.5.2. Técnica de retardos de tiempo (*lag*)

Por su relevancia en el sector de la psicología, la técnica analítica seleccionada es el análisis secuencial de retardos de tiempo (Sackett, 1980; Bakeman y Gottman, 1989; Anguera, 1990). El análisis secuencial permite detectar la existencia de patrones de conducta que no son directamente perceptibles, y parte de la suposición de que la configuración de patrones debida a la probabilidad condicional no aleatoria de las transiciones entre conductas, puede estar afectada por la sucesión de otras conductas más alejadas en el tiempo, por lo que la forma clásica de su aplicación es el análisis de retardos. Bakeman y Brown (1980) hablan de *diálogos de conductas* para describir el análisis de patrones y explican que fue Sackett en 1977 quien describió la primera técnica de patrones: *He constructs probability profiles for various pairs of events, i.e. he graphs the probability of event B a time t+1, t+2, t+3, given A at time t, and from these profiles constructs probable sequences or patterns of behavior* (p. 291).

En el presente estudio se tomará como conducta criterio las intervenciones de la terapeuta, reagrupadas en dos categorías, las indirectas (o silenciosas) y las directas (o verbales). Estas conductas son un eje fundamental para el seguimiento de la comunicación grupal. Se computa cuántas veces a esta conducta criterio le sigue el repertorio categorial de **mantenimiento de contacto (Relación)**, durante y hasta un máximo de cinco retardos diacrónicos y prospectivos, y a continuación se computa cuántas veces está seguida por la conducta de **función discusiva (Tarea)**. Estas frecuencias de apareo permiten calcular las probabilidades condicionadas, que se contrastarán con las incondicionadas, que dependen únicamente de la frecuencia de los respectivos códigos. Mediante la prueba binomial se obtienen los residuos ajustados, y se estudia si el encadenamiento respectivo de las conductas condicionadas de mantenimiento de contacto y de función discusiva conforman patrones significativos ($p<0.05$) con la conducta criterio seleccionada. El encadenamiento de esas conductas en los retardos ocupados guiará la interpretación y discusión de resultados.

El programa que se utilizará para efectuar los análisis de retardos y para el cálculo de las probabilidades condicionales es el GSEQ. Los datos registrados son secuenciales de evento y tiempo (*Time Event Sequential Data*).

5.3.5.3. Técnica de coordenadas polares

Una técnica derivada del análisis secuencial es el análisis de coordenadas polares (Sackett, 1980). Para llevar a término el estudio de la secuenciación de la alternancia participativa se aplica esta técnica, cuyo propósito es reducir la gran cantidad de datos obtenidos: los valores obtenidos en probabilidades condicionadas pasarán a constituirse en datos de pocos parámetros indicativos que ilustrarán el mapa interrelacional que se formará, sin que por ello se distorsione el significado psicológico de la información obtenida a través del análisis de retardo. Anguera (1999) señala que esta técnica permite resolver metodológicamente los innumerables problemas planteados por el abordaje de la identificación y transformación de marcos de conducta, tratados someramente a un nivel descriptivo que obliga a su consideración parcelada y sin visos de obtención de parámetros integradores (p. 174). Además, tiene la ventaja de hacer factible un estudio objetivo de transformación de marcos de conducta, ya que no deben considerarse desde una perspectiva de estaticidad, sino como un proceso de continuo dinamismo, lo cual quedaría perfectamente reflejado en la plasticidad del sistema de registro de formatos de campo, que permitiría agregar nuevas posibilidades para contemplarlas en los sucesivos bloques de análisis (p. 178).

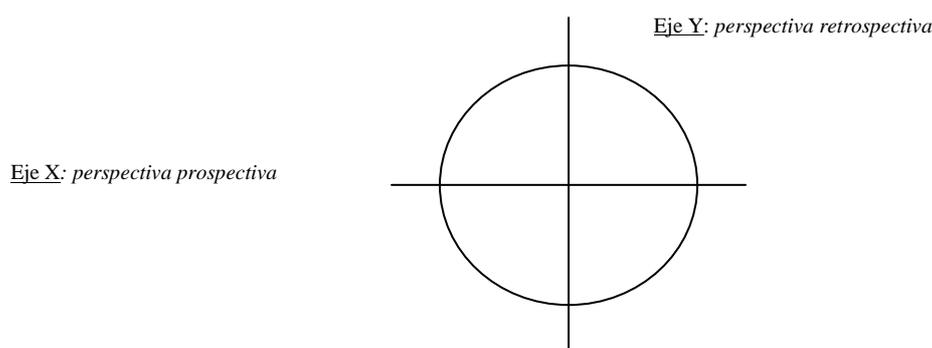
Complementándose con una perspectiva prospectiva y otra retrospectiva (Gorospe y Anguera, 2002), este proceso se fundamenta en la utilización del **estadístico** Z_{sum} (Cochran, 1954) para medir el grado asociativo entre diversas conductas. Sackett (1980) explica que este valor estadístico **resume** la información, y pasa a enumerar sus tres ventajas: *These Z_{sums} can test for homogeneity within a conditional probability set, measure general trends over lags, behaviors or individuals, and index dependency in a group of individuals or a total experiment* (p. 320).

Partiendo de los valores de las probabilidades condicionales en el número de retardos considerados después de fijar la conducta criterio, tanto los referidos a ésta respecto a las demás conductas como en los casos en que la conducta criterio actúa como apareo, se hallan los z_{sum} correspondientes. Mediante su representación gráfica (Sackett la denominó escatergrama), éstos muestran la existencia de una dependencia incitativa (*excitatoria*) o inhibitoria y si su carácter es simétrico o asimétrico, con lo que se consigue ya una fuerte reducción de datos; se obtiene una matriz de Z_{sum} de orden k ($k-1$), donde k es el número de categorías; así se facilita la visualización de la relación de cada conducta con las demás (Sackett, 1980; Anguera, 1999).

Una mayor reducción de datos es aún posible mediante la representación de los valores del escatergrama en forma de coordenadas polares, y por tanto mediante vectores y ángulos.

Al distribuirse las conductas en diferentes cuadrantes, según el tipo de relación establecida en cada caso entre la conducta criterio y la de apareo, es posible hallar la distancia entre el origen (0,0) de coordenadas Z_{sum} y el punto de intersección (o radio), la cual corresponde a la raíz cuadrada de $X^2 + Y^2$ (donde X es el Z_{sum} correspondiente a la conducta criterio, e Y, a la de apareo). También se halla el ángulo correspondiente al valor de $\text{Arc sen} = Y/\text{radio}$, después de tener en cuenta el número de grados que se deben sumar o sustraer en función del cuadrante de que se trate (Fig. 5.10) (Anguera, 1999). La representación vectorial según la ubicación en la circunferencia permite interpretar tanto la naturaleza de cada una de las relaciones del mapa (en función del ángulo del vector) como su intensidad (en función del radio). Para una propuesta ilustrativa de cómo proceder a la hora de utilizar esta técnica, se puede consultar el reciente trabajo de Herrero (2010).

La Figura 5.10 ilustra lo explicado y muestra como la perspectiva prospectiva se representa en el eje de las abscisas, y la perspectiva retrospectiva en el eje de las ordenadas.



Cuadrante I (+X+Y): Conducta criterio y conducta de apareo mutuamente excitatorias.	0-90°
Cuadrante II (-X+Y): Conducta criterio inhibitoria y conducta de apareo excitatoria.	91-180°
Cuadrante III (-X-Y): Conducta criterio y conducta de apareo mutuamente inhibitorias.	181-270°
Cuadrante IV (+X-Y): Conducta criterio excitatoria y conducta de apareo inhibitoria.	271-360°

Fig. 5-10: Mapa vectorial de las coordenadas polares

La conducta focal que optamos por seleccionar es la categoría del **uso de la palabra de la terapeuta**, puesto que es su responsabilidad conducir la actividad comunicativa. Las conductas apareo que se le asocian, prospectiva y retrospectivamente, son las participaciones comunicativas realizadas por las participantes. El logro de las sesiones efectivas, es decir, la detección de evidencias en los procesos y resultados deseados (*Vid. cap. 3*) es la meta profesional y científica de los diferentes análisis realizados. La participación oral es el combustible que mueve la reunión, junto con el vínculo interactivo que las participantes construyen con la alternancia (**quién sigue a quién**). De acuerdo con nuestro modelo de comunicación, la alternancia cumple una doble función: por un lado, garantiza el reemplazo de un participante por otro (consigna “escuchar y hablar”) y, por otro, este reemplazo funciona como si fuera una carrera de relevos sui

Capítulo 6

6. Resultados e interpretación

De las ocho reuniones de que constaba la primera convocatoria GAFA, se analizan las sesiones 1, 3, 5 y 7. En estas sesiones se cumplen las especificaciones señaladas en el capítulo 5: la duración de cada reunión es de 90 minutos, y las asistentes son las 7 mujeres curadas de cáncer de mama y la terapeuta. Nuestro criterio de selección de las sesiones impares se funda en una idea analítica de seguimiento: la primera sesión encuadra el encuentro, y las demás sesiones elegidas cubren el rodaje grupal hasta el final de la novena sesión. Para minimizar el material, se descartó analizar las sesiones pares (las sesiones 2, 4, 6 y 8), pero este material grabado sirvió para dar cuerpo a la evaluación subjetiva de las participantes y de la terapeuta (*Vid. cap. 7*).

Como ha sido explicado en el capítulo 5, los datos secuenciales registrados sobre la conducta interactiva oral de las asistentes en el marco de la actividad psicoterapéutica GAFA (*Vid. cap. 3*) son del tipo *Timed Event Sequential Data* o TSD.

El informe cuantitativo de los datos categóricos se presenta organizado en dos bloques. Bloque 1: Sesiones con rodaje < 21600 seg. (S1 y S3). Bloque 2: Sesiones con rodaje > 21600 seg. (S5 y S7).

A continuación, se expone el plan de análisis efectuado para cada bloque y que responde a la explicación técnica presentada en el capítulo 5 (5.3.5. Método de análisis):

Tablas que describen características simples de los datos secuenciales:

Frecuencia, porcentaje, duración y proporción de unidades de tiempo que ocupa una categoría. Estas tablas se han construido agregando los datos de las sesiones incluidas en el bloque y acumulando las puntuaciones de las categorías básicas en macrocategorías. Se toma como criterio, en cada caso, un atributo distintivo de orden lógico superior para reunir bajo un nuevo código dos o más categorías básicas (Fig. 6.1). Los comentarios que acompañan a cada tabla o gráfico, si se apoyan en la comparación de proporciones, se ilustran con el cálculo de los p-valores (z binomial) para $\alpha = 0.05$. En el anexo 6 se pueden consultar las tablas numéricas de las categorías básicas registradas en cada sesión.

Patrones de retardo de la situación de actividad (relación/tarea) GAFA:

Se analiza la secuenciación diacrónica y prospectiva hasta un máximo de 5 retardos tomando como criterio la intervención de la terapeuta (intervenciones indirectas y directas) y las conductas condicionadas de mantenimiento del contacto (Relación) y función discusiva (Tarea).

Mapa conductual de la secuenciación de la participación:

La conducta focal que consideraremos es la categoría PT (la terapeuta toma la palabra). Se analiza la relación excitatoria e inhibitoria, simétrica y asimétrica entre las participantes y la terapeuta cuando se alternan el uso de la palabra: “quién sigue a quién”.

Seguidamente a los análisis efectuados para cada bloque de sesiones, se presenta una **discusión general de los resultados bajo la condición rodaje**: se comentan los resultados obtenidos de los cálculos anteriores, pero a la luz de los dos rodajes establecidos.

A continuación, la Figura 6.1 presenta los macro-códigos utilizados para los fines de análisis de datos; como se explicó en el capítulo 5 y en el apartado anterior, son el fruto de un reagrupamiento de las puntuaciones de las categorías básicas en macrocategorías (nivel secundario de codificación); como se aprecia en la figura, cada macrocategoría/categoría va acompañada del código que la simboliza:

Macro-códigos utilizados

Dimensión	Macro categoría/Código	Categoría/Código
Clase de asistentes	Participantes (PP)	P1 P2 P3 P4 P6 P7 P8 Px
	P-terapeuta (PT)	
Estructura interactiva del habla	Unificada (HU)	Hablante singular (H) (O)
	Compartida (HC)	Hablante simultáneo (S)
		Hablantes múltiples (M)
Situación de actividad: Función mantenimiento de contacto	Feedback de seguimiento (MS)	Contacto-cero (10) Seguimiento visual sin reflejo empático (11) Seguimiento oral sin reflejo empático (13)
	Apoyo emocional (MA)	Seguimiento visual con reflejo empático (12) Seguimiento oral con reflejo empático (14)
Situación de actividad: Función discursiva	Limitada (DL)	Tema personal-cero (20) Tema personal: contar (21) Tema personal: responder (22)
	Disponible (DD)	Tema personal: confirmar (23) Tema personal: confrontar (24)
Intervención de la terapeuta	Indirecta (IN)	Intervención-cero (30) Intervención-cero con seguimiento visual (31) Intervención-cero con seguimiento verbal (32)
	Directa (ID)	Intervención analítica (40) Intervención educativa (50) Intervención de conducción (60) Intervención mixta (70)

Fig. 6-1: Esquema de codificación para el análisis de datos.

6.1. Sesiones con rodaje menor < 21600seg. Puntuaciones agregadas S1 ∪ S3

6.1.1. Análisis descriptivo: Frecuencias y porcentaje de los eventos, duración/seg de las categorías y proporción de unidades de tiempo que ocupa cada categoría.

6.1.1.1. Identificación del uso de la palabra por categorías de asistentes.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Participantes	841	74	8182	0.76
Terapeuta	294	26	2617	0.24
Total	1135	100	10799	1

*Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-2: Turnos de palabra en las sesiones con menor rodaje.

En el bloque de reuniones con menor rodaje podemos ver que el espacio participativo de interacción oral queda bajo la iniciativa de las participantes, dado que inician un 74% de los turnos identificados, cosa que supone la ocupación del 76% del tiempo disponible. La duración media de los turnos es de 9.5 segundos. Los turnos de las pacientes tienen una duración media de 9.7 segundos, mientras que la duración media del uso de la palabra de la terapeuta es de 8.9 segundos. La terapeuta toma la palabra menos veces, y consume un promedio de tiempo que se encuentra muy por debajo de la duración media de los turnos y del promedio del uso del tiempo de habla de las participantes. Por último, no se han registrado vacíos en el uso de la palabra (ausencia de alternancia durante un espacio de tiempo ≥ 6 segundos). Tampoco se han anotado pausas largas (≥ 4 segundos) dentro de un turno. El total de unidades de tiempo codificadas es de 10799 seg., y la duración grabada del bloque (S1 y S3), de 10800 seg.

6.1.1.2. Estructura interactiva del habla.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Unificada	985	87	9890	0.92
Compartida	150	13	909	0.08
Total	1135	100	10799	1

*Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0,05$)

Fig. 6-3: Tipos de habla en las sesiones con menor rodaje.

En el bloque de reuniones con menor rodaje, las asistentes (participantes y terapeuta) conforman sus intercambios orales como habla unificada en el 87% de los turnos. La duración media del habla compartida es de 6 segundos aproximadamente, mientras que la duración media del habla unificada es de 10 segundos. Otra característica destacable es que la estructura interactiva *turno dentro del turno* [H-O: O→H] ha ocurrido un 40% (393 O→H / 985 turnos de habla unificada) y ha ocupado 0.22 unidades de tiempo

de las 0.92 invertidas en el tipo de habla unificada, lo que indica que la estructura hablante principal y hablante secundario tiene una presencia moderada, puesto que un 70% de los turnos unificados son del tipo H-H.

6.1.1.3. Situación de la actividad: Función mantenimiento del contacto.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Feedback de seguimiento	603	53	5680	0.53
Apoyo interactivo	532	47	5119	0.47
Total	1135	100	10799	1

*Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-4: Conductas de seguimiento en las sesiones con menor rodaje.

Otra característica de la interacción comunicativa enmarcada en la actividad GAFA, observada en el bloque de reuniones con menor rodaje, es que se mantiene el contacto interactivo en los 1135 turnos, dando lugar a un 53% de turnos que aportan feedback de seguimiento atencional para mantener la cooperación dialógica, y a un 47% de turnos de seguimiento con apoyo emocional visible y/o audible. Por otro lado, las duraciones medias del seguimiento atencional (9.4 seg.) y del seguimiento con apoyo emocional (9.6) indican que, en el curso de la actividad de principio a fin, no se ha intensificado ninguno de los dos modos de seguimiento.

6.1.1.4. Situación de la actividad: Función discusiva.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Limitada	541	48	6587	0.61
Disponibile	594	52	4212	0.39
Total	1135	100	10799	1

*Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-5: Manera de trabajar el tema personal en las sesiones con menor rodaje.

Aunque el 52% de los turnos abordan los “nudos” derivados de los relatos personales y persiguen disolver o tomar conciencia de sus efectos negativos en el presente, poniendo en marcha intercambios reflexivos, valorativos o críticos, el tiempo medio invertido en este tipo de intercambios es de 7.9 segundos frente a los 12.2 segundos, que es el promedio de tiempo invertido en los turnos de función discusiva limitada (protodiscusiva o paradiscusiva).

6.1.1.5. Intervención de la terapeuta.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Indirecta	818	72	8191	0.76
Directa	317	28	2608	0.24
Total	1135	100	10799	1

* Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-6: Posición interactiva de la terapeuta en las sesiones con menor rodaje.

La proporción de intervención directa no llega al 30% ni en extensión (*número de turnos de 28%*) ni en intensidad (*duración de los turnos H, O y S de 24%*). La duración media de las intervenciones indirectas es de 10 segundos. Y el promedio de la duración de las intervenciones directas es de 8.2 segundos.

6.1.1.6. Resumen descriptivo del bloque de reuniones con menor rodaje *: % del uso de la palabra, proporción de la duración de cada macrocategoría y prueba de comparación binomial entre proporciones de unidades de tiempo ocupadas por cada macrocategoría (Figura 6-7).

Dimensión	Código	%	P Duración/seg.	Prueba binomial
Uso de la palabra	Participantes (PP)	74	0.76	sig. (95.0%)
	P-terapeuta (PT)	26	0.24	
		100	1	
Estructura interactiva del habla	Unificada (HU)	87	0.92	sig. (95.0%)
	Compartida (HC)	13	0.08	
		100	1	
Función mantenimiento contacto	Seguimiento (MS)	53	0.53	sig. (95.0%)
	Apoyo-emoc. (MA)	47	0.47	
		100	1	
Función discusiva	Limitada (DL)	48	0.61	sig. (95.0%)
	Disponibile (DD)	52	0.39	
		100	1	
Intervención terapeuta	Indirecta (IN)	72	0.76	sig. (95.0%)
	Directa (ID)	28	0.24	
		100	1	

*Total de turnos = 1135. Total de unidades de tiempo codificadas = 10799.

Fig. 6-7: Perfil cuantitativo de las características de la interacción observada en el bloque de sesiones con menor rodaje.

6.1.1.7. Discusión del perfil métrico del bloque de reuniones con menor rodaje (Figura 6-8).

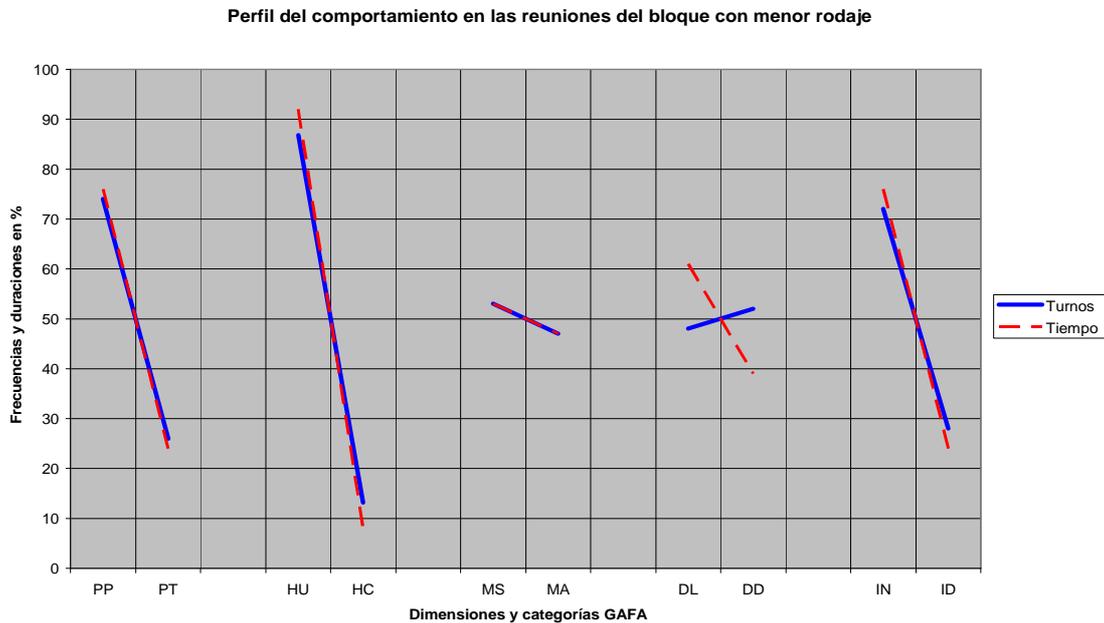


Fig. 6-8: Gráfico de frecuencias y duración de turnos por categoría. Sesiones 1 y 3. Rodaje < 21600seg.

No cabe duda de que el arranque de una situación de actividad grupal es siempre una tarea complicada e incierta. Pero la dificultad puede ser todavía mayor cuando la actividad grupal está orientada a movilizar la historia de vida de las pacientes de cáncer de mama, con el propósito de identificar y disolver, en el plano de los sentimientos y los pensamientos compartidos, los “nudos” que frenan la empresa de empezar a vivir con la carga de la historia de la enfermedad contraída. El esfuerzo grupal se dirige a desatar y sacar dicha carga del punto de referencia utilizado para hablar de lo que *queremos, podemos y debemos* hacer con nuestras vidas.

Si la selección de las pacientes (*Vid. cap. 3*) no se hace de forma acertada, el perfil característico de las primeras sesiones arrojaría unos porcentajes muy distintos a los hallados. Las dificultades se reflejan principalmente en el comportamiento de la terapeuta-analista de acuerdo con el protocolo GAFA, y adoptan la forma de intervenciones directas más numerosas y de más duración.

Desde el principio, las reuniones con menor rodaje muestran unas participantes metidas en la actividad desde una posición claramente discusiva (52% de los turnos), aunque con una dedicación y una dosis de confrontación todavía insuficientes: sólo el 39% del tiempo, y básicamente orientadas a localizar, disolver o desatar impedimentos. Los asuntos paradiscusivos, por un lado, y las necesarias aportaciones protodiscusivas, por otro, consumen el 61% del tiempo disponible. Podemos decir a la luz de estos resultados que el arranque de las reuniones ha sido francamente satisfactorio. Y cabe esperar que en el bloque de reuniones con mayor rodaje se incremente la intensidad de la función discusiva disponible.

Junto con los resultados señalados, el alto porcentaje de habla unificada (86,8%) es indicativo del estado emocionalmente compensado de las participantes (criterio utilizado para su selección). Esta afirmación está apoyada por el seguimiento vinculante y reforzante positivo observado en cada turno de principio a fin de las reuniones. Las muestras de atención, interés y ganas de hablar están presentes de forma más o menos activa en el 53% de los turnos. Pero en el 47% restante de los turnos de este bloque, estas conductas se complementan con la expresión de emociones y/o el reflejo empático. **La pregunta que nos hacemos** ahora es si las participantes podrán seguir manteniendo un uso tan equilibrado como el observado en este bloque, entre seguimiento atencional (53% del tiempo) y apoyo emocional (47% del tiempo).

Por último, el patrón de escuchar y de tanto en tanto hablar, que recomienda el protocolo de comportamiento del terapeuta-analista de las reuniones GAFA, se ha materializado en este bloque con un uso intensivo de la intervención directa del 24%. **La pregunta que nos hacemos es:** ¿se puede reducir un poco más la duración de la intervención directa de la terapeuta sin que los otros parámetros se descompensen? También nos preguntamos si un incremento de la duración del habla de la terapeuta repercutiría de forma positiva o negativa en el logro de los objetivos de la reunión.

6.1.2. Patrones de retardo de la situación de actividad (*relación/tarea*) GAFA

- Conducta criterio: Intervención de la terapeuta (intervención indirecta y directa).
- Conductas condicionadas: Función mantenimiento del contacto y función discursiva.
- Análisis prospectivo de retardos. Se transforman los datos TSD en ESD.
- Retardos 1-5.
- Significación $p < 0.05$.
- Las puntuaciones z negativas están subrayadas.

6.1.2.1. Intervención-Función Mantenimiento del Contacto.

IN31(C)-13(R1)-14(R2)-13(R3) [1.1]

IN31(C)-14(R1)-14(R2)-14(R3) [1.2]

Los patrones alternativos [1.1] y [1.2] describen un comportamiento comunicativo activo de las participantes sin expresión emocional en su turno de palabra. Éstas mantienen el control sobre la conducta emocional o empática en los turnos subsiguientes cuando el seguimiento antecedente de la terapeuta es sólo visual (Código 31).

IN32(C)-14(R1)-14(R2) [2]

Cuando el seguimiento visual de la terapeuta incluye expresión emocional o reflejo empático (Código 32), se han observado conductas subsiguientes muy activas de apoyo emocional en las participantes [2].

ID40(C)-14(R1) [3]

ID50(C)-11(R1) [4]

El patrón [3] indica que las participantes responden con apoyo emocional a las intervenciones directas interpretativas de la terapeuta. En cambio, la respuesta del grupo de participantes a las intervenciones psicoeducativas de la terapeuta es de tipo visual, sin expresión emocional manifiesta [4].

6.1.2.2. Intervención-Función Discusiva.

IN31(C)-20(R1) [5.1]

IN31(C)-24(R1) [5.2]

La secuencia [5.1] o su alternativa [5.2] indican que la ausencia de tema personal o de actividad discusiva confrontativa depende de forma significativa del seguimiento pasivo de la terapeuta en el turno antecedente. En cambio, en el patrón [6.1],

IN32(C)-21(R1)-21(R2)-21(R3) [6.1]

el tema personal es inhibido (retardos impares) o propiciado (retardo par), cuando la intervención cero antecedente de la terapeuta comporta algún modo de expresividad emocional (Código 32). La secuencia [6.2], camino alternativo de la secuencia [6.1],

IN32(C)-24(R1)-23(R2) [6.2]

indica que la expresividad emocional de la terapeuta propicia la confrontación y reduce la probabilidad de que el grupo se refugie en la asertividad.

ID40(C)-20(R1)-21(R2) [7]

El patrón [7] describe que los turnos paradiscusivos y protodiscusivos no son subsecuentes a un turno antecedente de intervención analítica. Esta restricción se completa con el patrón [8]: la intervención de confrontación no es seguida por un turno paradiscusivo.

ID53(C)-20(R1) [8]

Por último, el patrón [9]

ID60(C)-21(R1)-20(R2) [9.1]

ID60(C)-23(R1)-21(R2) [9.2]

describe que las intervenciones facilitadoras son secundadas por turnos protodiscusivos y paradiscusivos [9.1], o que es muy poco probable que se sigan turnos asertivos y narrativos después de una intervención facilitadora.

La tabla siguiente (Figura 6.9) resume los patrones comunicativos significativos del bloque de reuniones con menor rodaje. Los resultados en negativo o inhibitorios están subrayados.

Patrón comunicativo	Función de dependencia	Valor p<0,05	Significación (RSAJ)
IN31-13 _{r1} -14 _{r2} -13 _{r3}	Excitatoria Inhibitoria Excitatoria	0.0033+ 0.0133- 0.0035+	R1 = 2,936 R2 = <u>2,475</u> R3 = 2,916
IN31-14 _{r1} -14 _{r2} -14 _{r3}	Inhibitoria	0.0000- 0.0133- 0.0023-	R1 = <u>4,125</u> R2 = <u>1,994</u> R3 = <u>3,050</u>
IN32-14 _{r1} -14 _{r2}	Excitatoria	0.0399+ 0.0011+	R1 = 2.054 R2 = 3.276
ID40-14 _{r1}	Excitatoria	0.0128+	R1 = 2.489
ID50-11 _{r1}	Excitatoria	0.6539-	R1 = 2.480
IN31-20 _{r1}	Excitatoria	0.0019+	R1 = 3,109
IN31-24 _{r1}	Inhibitoria	0.0069-	R1 = <u>2,703</u>
IN32-21 _{r1} -21 _{r2} -21 _{r3}	Inhibitoria Excitatoria Inhibitoria	0.0005- 0.0023+ 0.0475-	R1 = <u>3,463</u> R2 = 3,048 R3 = <u>1,981</u>
IN32-24 _{r1} -23 _{r2}	Excitatoria Inhibitoria	0.0092+ 0.0095-	R1 = 2.603 R2 = <u>2,593</u>
ID40-20 _{r1} -21 _{r2}	Inhibitoria	0.0337- 0.0042-	R1 = <u>2,123</u> R2 = <u>2,862</u>
ID53-20 _{r1}	Inhibitoria	0.0419-	R1 = <u>2,035</u>
ID60-21 _{r1} -20 _{r2}	Excitatoria	0.0059+ 0.0293+	R1 = 2,726 R2 = 2,179
ID60-23 _{r1} -21 _{r2}	Inhibitoria	0.0115- 0.0048-	R1 = <u>2,527</u> R2 = <u>2,820</u>

Fig. 6-9: Cuadro resumen de los patrones comunicativos significativos del bloque de reuniones con menor rodaje.

6.1.2.3. Discusión sobre los patrones comunicativos del rodaje menor.

Las incidencias esperadas en los patrones descritos y resumidos en la tabla de la figura 6.8 no constituyen un protocolo ni una dimensión técnica, sino una comprensión de la efectividad de nuestra intervención y una orientación sobre direcciones de cura. Asimismo, GAFA no pretende transmitir una técnica de conducción, sino un *saber hacer* de su terapeuta, por medio del análisis, la formación y la actividad social (Vid. cap. 3.3.1).

Las reuniones con menor rodaje muestran a las participantes metidas de pleno en el intento de situarse en un vínculo sociogrupal y lidiando con un sistema de signos de estructura simbólica muy compleja, por lo que se basan claramente en las intervenciones de la terapeuta-analista grupal para abrirse camino hacia sus demandas en medio del laberinto de las palabras. En los turnos correspondientes a este rodaje podemos constatar como las participantes, aún novicias, mantienen el control sobre conductas emocionales si su terapeuta no les da una especie de señal de permiso en forma de intervenciones, que, aunque silenciosas, incluyan una expresión emocional; resulta claro que ésta les abre el camino para que ellas, a su vez, pasen a hacer lo

mismo, y también para que abandonen el monopolio narrativo y hagan palpitar la conversación con turnos más discursivos.

Por otra parte, cuando la terapeuta inicia una secuencia de orden interpretativo e individual, ellas responden activamente y con apoyo emocional, y al parecer abandonan inmediatamente los turnos narrativos para abrir la puerta a la comprensión de la inédita emergencia del *insight* interpretativo.

En respuesta a intervenciones funcionales o de trámite, se ve que las participantes responden sólo visualmente y sin expresión emocional; además, si intervienen, sobre todo si es a raíz de una confrontación (de forma, no de contenido) por parte de la terapeuta, lo hacen con turnos que nada tienen que ver con una paradiscursividad de cortesía.

Por último, vemos como las intervenciones de conducción, muy necesarias en un rodaje menor, son secundadas por respuestas aún paradiscursivas y protodiscursivas, secuencia que normalmente se hace de esperar si un grupo está aún en sus inicios: las participantes necesitan presentarse, narrar fragmentos de sus vidas y darse a conocer. Lo que demuestran los patrones es que gracias a esas intervenciones reconocidas como “sociales”, ellas se encuentran lo suficientemente confiadas para aceptar desvelarse y ser evaluadas, con lo que se desprende de la totalidad de las participaciones un tinte cálido que permite proseguir con la participación del rodaje mayor en medio de un grupo ya ambientado.

6.1.3. Mapa conductual de la secuenciación de la participación: Criterio PT: la terapeuta habla

De un total de 1135 turnos, sólo se tienen en cuenta los turnos definidos H, O y S. Los turnos M o indefinidos, iniciados por varios hablantes, son ignorados (3.8% de presencia). Así, el número total de participaciones orales que se analizan es de 1091.

Como se detalló en el capítulo 5, la conducta focal que consideramos es la categoría PT (la terapeuta-analista toma la palabra), puesto que es su responsabilidad conducir la actividad GAFA. El logro de sesiones efectivas, es decir, la detección de evidencias sobre los procesos y resultados deseados (*Vid.* cap. 3), es la meta profesional y científica de los diferentes análisis realizados. No cabe duda de que la participación oral es el combustible que mueve la reunión, junto con el vínculo interactivo que las asistentes construyen mediante la alternancia (quién sigue a quién). Nótese que, de acuerdo con nuestro modelo de comunicación, la alternancia cumple una doble función: por un lado, garantiza el reemplazo de una participante por otra (consigna escuchar y hablar) y, por otro, este reemplazo funciona como si fuera una carrera de relevos *sui generis*: cada participante que toma la palabra hace presente el esfuerzo (o el abandono) que el grupo va acumulando a través de los turnos.

Para llevar a término el estudio de la secuenciación de la alternancia participativa se aplica la técnica de las coordenadas polares (Sackett, 1980); este proceso de reducción se fundamenta en la utilización del factor estadístico Z_{sum} (Cochran, 1954), presentado en el capítulo 4.

La búsqueda de asociación mediante los residuos ajustados, entre la conducta criterio y la conducta apareo se hace prospectivamente y retrospectivamente con 10 retardos. La perspectiva prospectiva se apodera del eje de las abscisas y la perspectiva retrospectiva, del eje de las ordenadas.

6.1.3.1. Rango de participación oral en el bloque de sesiones con menor rodaje.

Totales de participación oral (Bloque < rodaje)	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8	PX	Total
Nº de alternancias	116	168	98	47	147	113	113	289	1091
Prob. incondicional	0.11	0.15	0.09	0.04	0.13	0.10	0.10	0.26	

Fig. 6-10: Probabilidad incondicional del uso de la palabra por cada participante.

El número total de participaciones orales por asistente va desde 47 (4% de participación) hasta 289 (26% de participación).

La participación media es 136.4 y $SD = 71.09$. El rango de participación oral es muy amplio.

6.1.3.2. Retardos prospectivos con la categoría PX como conducta focal criterio.

¿Cuántas veces las pacientes siguen a la terapeuta formando un verdadero vínculo, inhibitorio o excitatorio, de la alternancia? Para responder esta pregunta obtenemos el sumatorio de los residuos ajustados del retardo 1 al 10 de cada PP con PX:

Bloque con < rodaje	Conducta criterio PX						
	Participación oral de las PP						
$R_{prospectivos} (Eje X)$	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8
R1	3.214:	4.639	1.175:	1.201:	3.761	0.287	2.613
R2	-3.389	-3.473	-1.139:	-2.041:	-5.624	-0.755	-2.038
R3	0.183	1.580	0.249:	1.345:	3.558	-0.514	2.362
R4	-2.127	-1.762	-0.870:	-2.341:	-4.169	0.018	0.483
R5	-0.414:	-0.835	0.212:	0.778:	3.596	0.384	0.718
R6	-1.409	-1.216	-0.225:	-0.453:	-2.377	-0.240	1.142:
R7	-1.466	-1.186	-0.502:	1.201:	3.252	1.031	-0.297
R8	-0.886	-0.383	0.715:	-0.098:	-4.249	0.471	0.799:
R9	-0.583	-0.934	-1.112:	0.358:	3.094	-0.654	1.165
R10	-0.674	-1.049	1.392:	0.071:	-2.776	1.228	-1.261
Total \sum	-7.551	-2.521	-0.105	0.021	9.314	1.256	5.686
Z_{sum}	-2.39	-0.79	-0.03	6.64	2.94	0.39	1.79

$$Z_{sum\ prospectivo}(X) = \sum z / \sqrt{n} \quad (n = \text{al número de retardos considerados})$$

Fig. 6-11: Participación oral de las 7 participantes en respuesta a la terapeuta en el bloque con menor rodaje.

6.1.3.3. Retardos retrospectivos con la categoría PX como conducta focal de apareo.

¿Cuántas veces la terapeuta sigue a las participantes formando un verdadero vínculo, excitatorio o inhibitorio, de la alternancia? Para responder a esta pregunta obtenemos el sumatorio de los residuos ajustados del retardo 1 al 10 del apareo de PX con cada PP:

Bloque con < rodaje	Conducta focal de apareo PX						
	Participación oral de las PP						
R _{retrospectivos} (Eje Y)	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8
R1	0.817	1.498	-0.999	-0.313	0.905	-2.561	0.158
R2	-0.831	-0.130	1.686	-0.426	-3.176	2.415	0.783
R3	-1.049	-0.047	-0.904	0.519	2.041	-1.725	1.052
R4	-0.675	0.178	0.606	-1.537	-2.729	1.721	2.242
R5	-1.010	-1.645	-0.369	0.382	2.885	-0.238	0.087
R6	-0.714	-0.306	0.494	-0.001	-1.632	0.512	1.968
R7	-1.726	-1.547	-0.741	1.043	3.014	0.787	-0.553
R8	-0.297	0.411	1.342	0.286	-3.783	1.125	1.452
R9	-0.785	-1.223	-1.305	0.234	2.923	-0.863	0.981
R10	-0.167	-0.420	1.955	0.409	-2.313	1.837	-0.789
Total Σ	-6.437	3.231	1.765	0.596	-1.865	3.01	7.381
Z _{sum}	-2.03	-1.02	0.55	0.18	-0.58	0.95	2.33

$$Z_{sum} retrospectivo(Y) = \sum z / \sqrt{n} \quad (n = \text{número de retardos considerados})$$

Fig. 6-12: Participación oral de la terapeuta en respuesta a las 7 participantes en el bloque con menor rodaje.

6.1.3.4. Mapa conductual estimado a partir de la categoría PX.

Los resultados de prospectivos y retrospectivos se agrupan en la tabla 6.13, y las díadas significativas se ilustran con el gráfico 6.14.

PP	PRO. X	RET. Y	Cuadrante	VECTOR	
				Radio	Ángulo
P1	-2.39	-2.03	III	3.13	220°
P2	-0.79	-1.02	III	1.29	232°
P3	-0.03	0.55	II	0.55	90°
P4	6.64	0.18	I	6.64	2°
P6	2.94	-0.58	IV	2.99	349°
P7	0.39	0.95	I	1.02	68°
P8	1.79	2.33	I	2.93	52°

Fig. 6-13: Cuadro resumen de la respuesta participativa a la conducta de la terapeuta. los valores significativos >1.96 están en negrita.

Mapa de participación oral. Conducta focal Px. Rodaje <

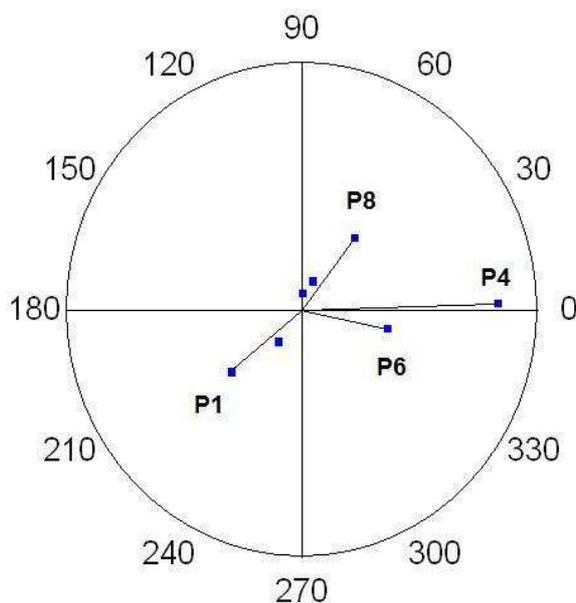


Fig. 6-14: Mapa conductual de la secuenciación de la participación (quién sigue a quién) a partir de la conducta focal Px.

6.1.3.5. Discusión de los patrones de participación

La sucesión de díadas es el mecanismo de la tarea oral GAFA, así que se buscan emparejamientos que rechacen la hipótesis nula; se estudia si esas díadas entre cada participante y la terapeuta son simétricas o asimétricas y si son inhibitorias o excitatorias:

Se han detectado 4 patrones significativos ($>\pm 1.96$) en el bloque de menor rodaje (Fig. 6.13): esos patrones conciernen a las participantes 1, 4, 6 y 8, y se revelan particularmente útiles para sacar a la luz las polarizaciones tensionales que se dan durante este rodaje, además de aportar información sobre las relaciones incipientes entre algunas participantes y la terapeuta.

En primer lugar, los resultados obtenidos describen la relación de alternancia entre la terapeuta y las participantes 1 y 2 como una relación mutuamente inhibitoria ($p < 0.001$) (cuadrante III de la figura 6.14), aunque sea más significativa para la primera.

En segundo lugar, los datos reflejan como las participantes 7 y 8 espolean a la terapeuta a que intervenga más, de una manera más significativa en el caso de la P8. La participante 3 también incita a la terapeuta a intervenir, pero no figuran bastantes turnos para que el resultado resulte significativo.

En tercer lugar, se observa como la terapeuta incita a la participante 4 a hablar. Por último, la terapeuta también invita a la participante 6 a intervenir, pero con menos intensidad que a la 4 (cuadrante IV).

A la luz de esta exhibición de patrones participativos, y recordando que estamos aún en el rodaje menor, podemos apreciar como la terapeuta arranca las intervenciones de algunas participantes (como la 4) y como trata de impedir el caudal de otras que saturarían el discurso (la 1). Se puede apreciar como la terapeuta está atenta a las participantes 6 y 8 para incitarlas a seguir o a profundizar en algún tema. Esos valores más extremos ratifican que el grupo recién constituido está inmerso aún en sus intentos de ubicarse y situar a cada una de sus miembros. El intento de establecer lazos se teje según las características que cada persona aporta al grupo: algunas con su dificultad innata de participar, otras con una predisposición a paliar su carencia, otras con la idea de precipitar una demanda de ayuda, etc. No hay monotonía. Se observa un curioso mecanismo de solidaridad, que mueve piezas para hilvanar una red nueva, la grupal.

6.2. Sesiones con rodaje mayor > 21600 seg. Puntuaciones agregadas S5 ∪ S7

6.2.1. Análisis descriptivo: Frecuencias y tanto por ciento de los eventos, duración/seg de las categorías y proporción de unidades de tiempo que ocupa cada categoría.

6.2.1.1. Identificación del uso de la palabra por categorías de asistentes.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Participantes	821	78	8884	0.82
Terapeuta	236	22	1941	0.18
Total	1057	100	10825	1

* Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0,05$)

Fig. 6-15: Turnos de palabra en las sesiones con mayor rodaje.

Las participantes en las sesiones con mayor rodaje inician la interacción de turno ocho veces de cada diez (78%), y la utilización del tiempo disponible de habla es del 82%. La duración media de los turnos es de 10.2 segundos. Los turnos de las participantes tienen una duración media de 10.8 segundos, mientras que la duración media del uso de la palabra de la terapeuta es de 8.2 segundos. La terapeuta toma la palabra menos veces y consume un tiempo medio muy por debajo de la duración media de los turnos y del promedio de uso del tiempo de habla de las participantes. Por último, no se han registrado vacíos en el uso de la palabra (ausencia de alternancia durante un espacio de

tiempo ≥ 6 segundos). Tampoco se han observado pausas largas (≥ 4 segundos) dentro de un turno. El total de unidades de tiempo codificadas es de 10825 seg., y la duración grabada del bloque (S5 y S7), de 10825 seg.

6.2.1.2. Estructura interactiva del habla.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Unificada	771	73	8279	0.76
Compartida	286	27	2546	0.24
Total	1057	100	10825	1

* Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0,05$)

Fig. 6-16: Tipos de habla en las sesiones con mayor rodaje.

En el bloque de reuniones con mayor rodaje, el habla unificada conforma el 73% de las interacciones y ocupa el 76% del tiempo disponible, de manera que queda un 24% para el habla compartida. La duración media del habla compartida es de 6 segundos, mientras que la duración media del habla unificada es de 10 segundos. La estructura interactiva *turno dentro del turno* [H-O: O→H] ha ocurrido un 40% (249 O→H / 1057 turnos de habla unificada) y ha ocupado el 13% de unidades de tiempo invertidas en el tipo de habla unificada, lo que indica que la estructura *hablante principal y hablante secundario* tiene una presencia moderada, y los turnos unificados H-H son los que tienen una presencia intensiva muy destacada (82%), aunque su frecuencia sea algo menos notable.

6.2.1.3. Situación de la actividad: Función mantenimiento del contacto.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Feedback de seguimiento	582	55	5101	0.47
Apoyo emocional	475	45	5724	0.53
Total	1057	100	10825	1

* Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-17: Conductas de seguimiento en las sesiones con mayor rodaje.

Otra característica de la interacción comunicativa observada en el bloque de reuniones con mayor rodaje es que se mantiene el contacto interactivo en los 1057 turnos, cosa que da lugar a un 55% de turnos que aportan un feedback de seguimiento atencional para mantener la cooperación dialógica y a un 45% de turnos de seguimiento con apoyo emocional visible y/o audible.

Por otro lado, las duraciones medias del seguimiento (8.76 seg.) y del apoyo (12.5) indican que el curso de la actividad ha recibido más seguimiento con apoyo emocional que seguimiento atencional pasivo o activo.

6.2.1.4. Situación de la actividad: Función discusiva.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Limitada	648	61	6174	0.57
Disponible	409	39	4651	0.43
Total	1057	100	10825	1

* Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-18: Manera de trabajar el tema personal en las sesiones con mayor rodaje.

En el 39% de los turnos se abordan los “nudos” derivados de los relatos personales con el propósito de disolver sus efectos negativos en el presente, mediante la puesta en marcha de intercambios reflexivos, valorativos o críticos.

El tiempo medio dedicado a asuntos paradiscusivos o protodiscusivos es de 9.5 segundos. En cambio, el tiempo medio dedicado a disolver nudos es de 11.37 segundos.

6.2.1.5. Intervención de la terapeuta.

Códigos	Frec.	%	Duración/seg.	p*
Indirecta	802	76	8420	0.78
Directa	255	24	2405	0.22
Total	1057	100	10825	1

* Diferencia entre p_1 y p_2 sig. ($p < 0.05$)

Fig. 6-19: Posición interactiva de la terapeuta en las sesiones con mayor rodaje.

El 76% de los turnos iniciados por la terapeuta pertenecen a la macrocategoría de intervención indirecta. El tiempo medio dedicado a la intervención indirecta es de 10.5 segundos, y el promedio de la duración de los turnos de intervención directa es de 9.4 segundos. El tiempo utilizado en intervenciones directas es francamente bajo (22%). Se visualiza el patrón de escuchar, con seguimiento visual atencional y emocional, seguido de tanto en tanto de una intervención directa.

6.2.1.6. Resumen descriptivo del bloque de sesiones con mayor rodaje*: % del uso de la palabra, proporción de la duración de cada macrocategoría y prueba de comparación binomial entre proporciones de unidades de tiempo ocupadas por cada macrocategoría (Figura 6-20).

Dimensión	Código	%	P Duración/seg.	Prueba binomial
Uso de la palabra	Pacientes (PP)	78	0.82	sig. (95.0%)
	P-terapeuta (PT)	22	0.18	
		100	1	
Estructura interactiva del habla	Unificada (HU)	73	0.76	sig. (95.0%)
	Compartida (HC)	27	0.24	
		100	1	
Función mantenimiento contacto	Seguimiento (MS)	55	0.47	sig. (95.0%)
	Apoyo-emoc. (MA)	45	0.53	
		100	1	
Función discusiva	Limitada (DL)	61	0.57	sig. (95.0%)
	Disponible (DD)	39	0.43	
		100	1	
Intervención de la terapeuta	Indirecta (IN)	76	0.78	sig. (95.0%)
	Directa (ID)	24	0.22	
		100	1	

*Total de turnos = 1057. Total de unidades de tiempo codificadas = 10825

Fig. 6-20: Perfil cuantitativo de las características de la interacción observada en el bloque de sesiones con mayor rodaje.

6.2.1.7. Discusión del perfil métrico del bloque de reuniones con mayor rodaje (Figura 6-21).

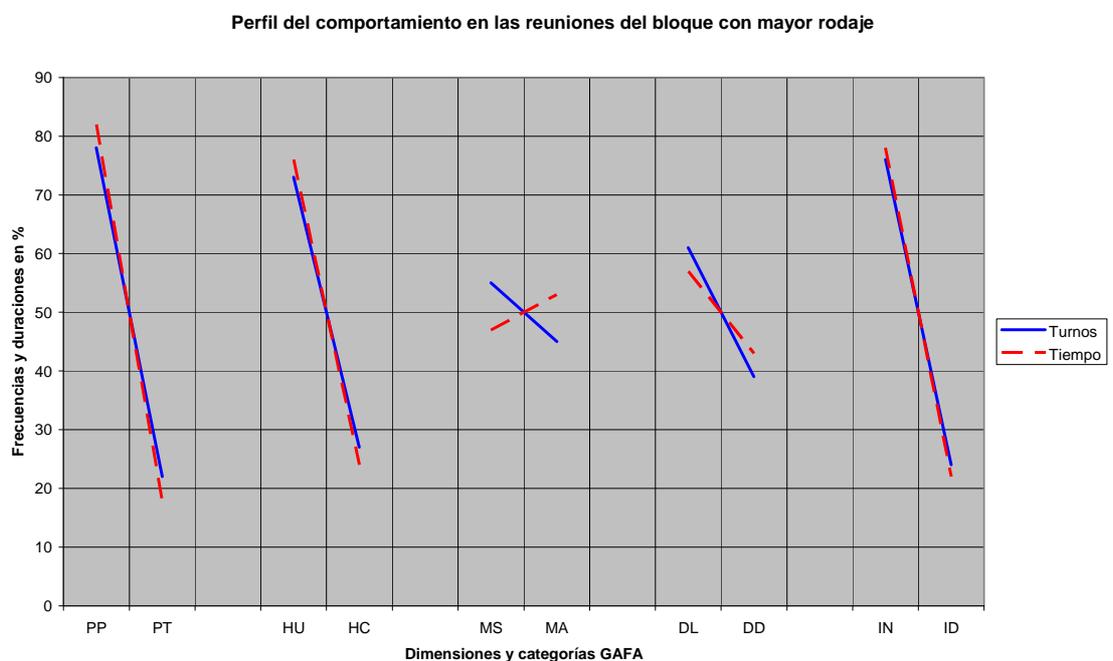


Fig. 6-21: Gráfico de frecuencias de turno por categorías y su duración. Sesiones 5 y 7. Rodaje > 21600 seg.

El uso contenido del habla por parte de la terapeuta, con un 22% de turnos iniciados y un consumo del tiempo de habla del 18%, responde al protocolo de intervención de la terapeuta-analista en la actividad GAFA (*Vid.* cap. 3). Con el rodaje del programa de sesiones fijado, se puede observar que, en el bloque de mayor rodaje, el habla unificada (73% de turnos y 76% de duración/seg.) y las intervenciones indirectas (76% de turnos y 78% de duración/seg.) son los comportamientos ejecutados más veces y más intensivos.

De acuerdo con la teoría del sistema de comunicación GAFA, la combinación de comportamientos interactivos que potencien la participación oral de las participantes, en intercambios unificados bajo el seguimiento indirecto de la terapeuta, es una condición para que pueda producirse un material biográfico y conductual susceptible de ser tratado, por un lado, como objeto discursivo y, por otro, como señales que reclaman una intervención reguladora del proceso de intercambio.

En este bloque de sesiones con mayor rodaje, la regulación emocional mediante comportamiento de apoyo ocupa más tiempo (53%) que el simple seguimiento atencional pasivo o activo (47%). Por otro lado, se observa la dificultad de iniciar y secundar turnos con disponibilidad discursiva. Predominan en extensión (61%) e intensidad (57%) los turnos paradiscursivos y protodiscursivos, aunque los turnos discursivos disponibles tienen una duración media de 11.37 segundos frente a la duración media de los turnos discursivos limitados, que es de 8.76 segundos.

6.2.2. Patrones de retardo de la situación de actividad (*relación/tarea*) GAFA

- Conducta criterio: Intervención de la terapeuta (indirecta y directa).
- Conductas condicionadas: Función mantenimiento del contacto y función discursiva.
- Análisis prospectivo de retardos. Se utilizan los datos TSD.
- Retardos 1-5.
- Significación $p < 0.05$.
- Las puntuaciones z negativas están subrayadas.

6.2.2.1. Intervención-Función Mantenimiento del Contacto.

IN31(C)-13(R1 a R5) [1]

El patrón comunicativo [1] describe que el seguimiento solamente visual por parte de la terapeuta (Código 31) precede a una participación activa por parte de las participantes, pero sin tono emocional (Código 13). Efectivamente, los resultados nos revelan que los turnos de las participantes posteriores a una intervención indirecta y pasiva carecen de empatía o de tinte emocional. Esos resultados se mantienen durante los 5 retardos prospectivos examinados.

IN32(C)-13(R1 a R5) [2.1]

IN32(C)-14(R1 a R5) [2.2]

Esta secuencia [2] indica que cuando el seguimiento visual de la terapeuta incluye expresión emocional o reflejo empático (Código 32), se observan en las participantes conductas subsiguientes muy activas de apoyo emocional empático (Código 14) a expensas de las respuestas activas sin tono emocional. Estas respuestas se mantienen a lo largo de 5 retardos.

ID41(C)-13(R1 a R5) [3]
ID50(C)-13(R1 a R5) [4]
ID60(C)-13(R1 a R5) [5]

Los patrones comunicativos [3], [4] y [5] indican respuestas parecidas entre ellas y estables durante 5 retardos, a pesar de la variación en el criterio de la intervención directa de la terapeuta; efectivamente, los resultados muestran que las intervenciones analíticas grupales (Código 41) están seguidas de respuestas activas emocionalmente atónicas, a expensas de las emocionales o empáticas. Las intervenciones en clave formativa (Código 50) funcionan como las intervenciones analíticas grupales, en el sentido de que están seguidas de turnos activos pero sin tono emocional; finalmente, las intervenciones facilitadoras de conducción (Código 60) parecen propiciar igualmente respuestas sin cargas emocionales.

6.2.2.2. Intervención-Función Discusiva.

IN31(C)-21(R1-R5) [6.1]
IN31(C)-24(R1-R5) [6.2]

La secuencia [6.1] y su alternativa [6.2] indican que la actividad discusiva confrontativa depende de forma significativa del seguimiento pasivo de la terapeuta en el turno antecedente: cuando la terapeuta hace abundantes intervenciones indirectas abúlicas, hay poca probabilidad de que el grupo responda con discusividad; en cambio, se ve que el discurso narrativo aumenta. Esos resultados se mantienen a lo largo de 5 retardos.

IN32(C)-20(R1-R5) [7.1]
IN32(C)-24(R1-R5) [7.2]

La secuencia comunicativa [7] funciona al revés de la anterior: las intervenciones indirectas de la terapeuta, pero cargadas de tinte emocional, tienen más probabilidad de ser seguidas de la discusividad y menos de dar lugar a respuestas paradiscusivas, al menos durante 5 retardos prospectivos.

ID40(C)-23(R1-R5) [8]
ID41(C)-24(R1-R5) [9]
ID43(C)-23(R1 a R5) [10]

En cuanto a las intervenciones analíticas de la terapeuta, vemos como el patrón [8] indica que las intervenciones analíticas dirigidas individualmente (Código 40), parecen aumentar las participaciones asertivas y protodiscusivas, mientras que las intervenciones dirigidas al grupo en su totalidad (Código 41) y las intervenciones sobre resonancia grupal (Código 43) parecen aplastar la confrontación discusiva, aunque sí que ayudan al

grupo a refugiarse en la asertividad (patrón [9] y [10]) y a intensificar así una resonancia asertiva grupal que se mantiene durante 5 retardos prospectivos.

ID50(C)-24(R1 a R5) [11]

ID53(C)-24(R1 a R5) [12]

El patrón funcional [11] describe como las intervenciones funcionales (Código 50) tienen poca probabilidad de ser seguidas por una discursividad grupal. En cambio, las intervenciones confrontativas de la terapeuta (Código 53) parecen favorecer directamente los turnos discursivos, animan a que el grupo se permita la confrontación directa y deje de soslayarse en alternativas de escape o retroceda hacia otras paradiscursivas. Podemos apreciar como los resultados se mantienen a lo largo de 5 retardos prospectivos (patrón [12]).

ID60(C)-20(R1a R5) [13.1]

ID60(C)-24(R1a R5) [13.2]

Por último, el patrón [13] atestigua que las intervenciones facilitadoras de conducción son seguidas de turnos paradiscursivos y que sería muy poco probable que diesen lugar a turnos discursivos o protodiscursivos. La tabla siguiente (Fig.6.22) resume los patrones comunicativos de las sesiones con mayor rodaje. (* Para facilitar la visualización de los residuos ajustados sólo señalamos el primero y el quinto; los de los retardos 2, 3 y 4 están dentro de este rango):

Patrón comunicativo <i>*lo subrayado indica valores z negativos</i>	Función de dependencia	Valor $p < 0,05$	Significación (RSAJ) del R1 y del R5 *
IN31-13	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 22,947 R5 = 21,957
IN31- <u>14</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>24,536</u> R5 = 23,218
IN32- <u>13</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>39,366</u> R5 = <u>33,688</u>
IN32-14	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 42,651 R5 = 36,804
IN41-13	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 11,570 R5 = 10,388
IN41- <u>14</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>11,007</u> R5 = <u>9,837</u>
IN50-13	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 12,904 R5 = 11,781
IN50- <u>14</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>21,378</u> R5 = <u>20,316</u>
IN60-13	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 5,284 R5 = 4,223
ID60- <u>14</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0003-	R1 = <u>4,744</u> R5 = <u>3,585</u>
IN31-21	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 18,965 R5 = 17,421
IN31- <u>24</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>9,768</u> R5 = <u>8,160</u>
IN32- <u>20</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>36,400</u> R5 = <u>25,491</u>
IN32-24	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 15,129 R5 = 13,215
IN40-23	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 19,508 R5 = 18,003
IN41-23	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 21,280 R5 = 7,451
IN41- <u>24</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>6,630</u> R5 = <u>4,069</u>
IN43-23	Excitatoria	0.0007+ 0.0007+	R1 = 3,390 R5 = 3,384
IN43- <u>24</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>4,455</u> R5 = <u>4,456</u>
IN50- <u>23</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>10,947</u> R5 = <u>9,533</u>
IN50- <u>24</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>9,866</u> R5 = <u>8,934</u>
IN53-24	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 8,441 R5 = 7,795
IN53- <u>23</u>	Inhibitoria	0.0053- 0.0087-	R1 = <u>2,785</u> R5 = <u>2,624</u>
IN60-20	Excitatoria	0.0000+ 0.0000+	R1 = 17,794 R5 = 11,193
IN60- <u>24</u>	Inhibitoria	0.0000- 0.0000-	R1 = <u>6,661</u> R5 = <u>6,390</u>

Fig. 6-22: Cuadro resumen de los patrones comunicativos significativos del bloque de reuniones con mayor rodaje.

6.2.2.3. Discusión sobre los patrones comunicativos de las sesiones con mayor rodaje.

Los patrones comunicativos ilustran como las intervenciones de la terapeuta forman un dispositivo clásico de ayuda y como promueven la dinámica del cambio comunicativo descrito en el capítulo 3.2.1. Abordar GAFA desde los resultados no es muy distinto a hacerlo desde la teoría: en este apartado se confirma que las intervenciones indirectas y emocionalmente átonas de la terapeuta estimulan y despiertan en las participantes respuestas igualmente carentes de tono emocional. Este tipo de intervención “silenciosa” promueve en el grupo la paradiscusividad, que adecúa el ambiente para pasar a una fase más discusiva, o bien condiciona negativamente algunas intervenciones muy despersonalizadas que no vehiculan significaciones constructivas, sea para el grupo, sea para la persona que las emite. En cambio, las intervenciones silenciosas pero cargadas de empatía o de tono emocional velan por la persecución de intervenciones más activas y empáticas, con lo cual se acelera el camino hacia la discusividad abierta.

Analizando los patrones creados a partir de las intervenciones directas y recurriendo a la práctica grupoanalítica, vemos que cuando la terapeuta participa con intervenciones que tienen que ver con el grupo en su totalidad, sea a nivel analítico, sea a nivel de resonancia, las participantes se adentran en una protodiscusividad igualmente grupal, cierran la esfera privada emotiva y frenan la discusividad abierta. Se resisten a exteriorizar lo íntimo o privado, pero consienten a participar y se dejan evaluar.

En cuanto a la práctica analítica individual y subjetiva, constatamos que las participantes, que tienen más intimidad con la terapeuta que durante el rodaje menor, entran rápidamente a dar vueltas a la interpretación de una manera asertiva para procurar hacerla suya. Efectivamente, no se presenta discusividad abierta; sólo un rodeo sobre la argumentación, como es predecible después del efecto sorpresa que suele producir un *insight* o adentramiento (*in loco citato* del cap. 2.1). El grupo ya no repudia lo que no le gusta, y puede conocer el respiro que comporta vivir ciertas cosas negativas con sufrimiento o vivir el sufrimiento con elementos rechazados. Podemos apreciar que este patrón no se da cuando se trata de intervenciones radicalmente confrontativas: aunque se abran temas de forma (funcionalidad GAFA) o de fondo (foco de la discusión), las participantes responden con la misma discusividad esperada para despejar fundamentos de quejas, dudas o para abrir camino a la demanda propia. En cambio, si son intervenciones meramente funcionales, sólo se reciben respuestas protodiscusivas, que no atienden a la singularidad subjetiva, sino que van creando una realidad, la del grupo.

Para acabar, se ve que las intervenciones sociales de conducción, aunque muy necesarias para adecuar el ambiente y promover la comunicación, no llevan a producir una discusividad ideal. Teniendo en cuenta que GAFA no pretende adiestrar en conductas o hacer ejercicios de comunicación, estas intervenciones son como el preámbulo para sembrar las bases ambientales necesarias para que las palabras se articulen con la subjetividad de cada persona.

6.2.3. Mapa conductual de la secuenciación de la participación: Criterio PT

El número total de participaciones orales que se analizan es de 908.

Vamos a proceder de la misma manera en que se ha realizado el análisis de la secuenciación de la participación en las sesiones con menor rodaje (*Ut supra* apdo. 6.1.3).

6.2.3.1. Rango de participación oral en el bloque de sesiones con mayor rodaje.

Totales de participación oral (Bloque mayor rodaje)	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8	PX	Total
Nº de turnos orales	91	78	117	40	97	179	89	217	908
Prob. incondicional	0.10	0.08	0.13	0.04	0.11	0.20	0.10	0.24	

Fig. 6-23: Probabilidad incondicional del uso de la palabra por clase de asistente.

El número total de participaciones orales por asistente varía desde 40 (4% de participación) hasta 217 (24% de participación).

La participación media es de 113.5 y $SD = 53.68$. El rango de participación oral es muy amplio.

6.2.3.2. Retardos prospectivos con la categoría PX como conducta focal de criterio.

Los valores Z_{sum} prospectivos se recogen en la siguiente tabla (Fig. 6.24):

Bloque con mayor rodaje	Conducta criterio PX						
	Participación oral de las PP						
$R_{prospectivos}$ (Eje X)	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8
R1	2.08:	0.35:	2.33	-0.80:	0.71	5.47	-0.46
R2	-1.10	-0.18:	-3.79	1.27:	-2.32	-3.77	0.24:
R3	0.41:	-0.57:	1.43	-2.47:	0.64	2.28	0.85
R4	0.54	-1.19:	-2.96	-1.15:	-1.27	-1.01	-0.48
R5	-1.01	0.61:	0.22	-1.81:	-0.61	1.86	0.61
R6	1.22	-1.98:	-1.61	0.70:	-1.05	0.62	0.17:
R7	-1.33	-0.44:	0.50	-1.19:	-0.83	0.52	1.87
R8	0.86:	-0.59:	-1.80	0.10:	-1.11	1.13	-0.69
R9	-1.01	-0.43:	0.93	-1.89:	0.27	1.23	-0.56:
R10	-0.03	-0.29:	-0.12	0.97:	-2.47:	-0.23	-0.03
Total Σ	0.63	-4.71	-4.87	-6.27	-8.04	8.1	1.52
Z_{sum}	0.20	-1.49	-1.54	-1.99	-2.54	2.56	0.48

Fig. 6-24: Valores Z_{sum} prospectivos.

6.2.3.3. Retardos retrospectivos con la categoría PX como conducta focal de apareo.

En la tabla de la Figura 6.25, se consignan las puntuaciones z para cada retardo/participante y se obtienen los valores Z_{sim} . Retrospectivos.

Bloque con mayor rodaje	Conducta focal de apareo PX						
	Participación oral de las PP						
$R_{retrospectivos}$ (Eje Y)	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8
R1	0.51	-1.01	0.56	-1.66	-0.89	3.05	-1.95
R2	0.59	1.35	-2.31	2.59	-0.84	-1.70	2.03
R3	-0.13	-1.08	0.78	-2.75	0.05	1.44	0.26
R4	1.73	-0.34	-1.97	-0.52	-0.24	0.56	0.60
R5	-1.16	0.48	0.06	-1.89	-0.77	1.69	0.46
R6	1.54	-1.80	-1.36	0.90	-0.81	1.07	0.44
R7	-1.32	-0.42	0.55	-1.18	-0.82	0.59	1.94
R8	1.07	-0.44	-1.02	0.22	-0.95	1.46	-0.52
R9	-0.99	-0.40	0.99	-1.88	0.31	1.34	-0.54
R10	0.34	0.01	0.30	1.23	-2.21	0.28	0.34
Total Σ	2.18	-3.65	-3.42	-4.94	-7.17	9.78	3.06
Z_{sum}	0.69	-11.54	-1.08	-1.56	-2.27	3.09	0.97

Fig. 6-25: Valores Z_{sum} retrospectivos.

6.2.3.3. Mapa conductual estimado a partir de la categoría PX

Los resultados de prospectivos y retrospectivos de las sesiones con mayor rodaje se agrupan en la tabla 6.26, y las díadas significativas obtenidas se ilustran con el gráfico 6.27:

PP	PRO. X	RET. Y	Cuadrante	VECTOR	
				Radio	Ángulo
P1	0.20	0.69	I	0.72	73°
P2	-1.49	-11.54	III	11.64	262°
P3	-1.54	-1.08	III	1.88	215°
P4	-1.99	-1.56	III	2.53	218°
P6	-2.54	-2.27	III	3.41	221°
P7	2.56	3.09	I	4.01	50°
P8	0.48	0.97	I	1.08	63°

Fig.6-26: Cuadro resumen de la respuesta participativa.

Mapa de participación oral. Conducta focal Px. Rodaje >

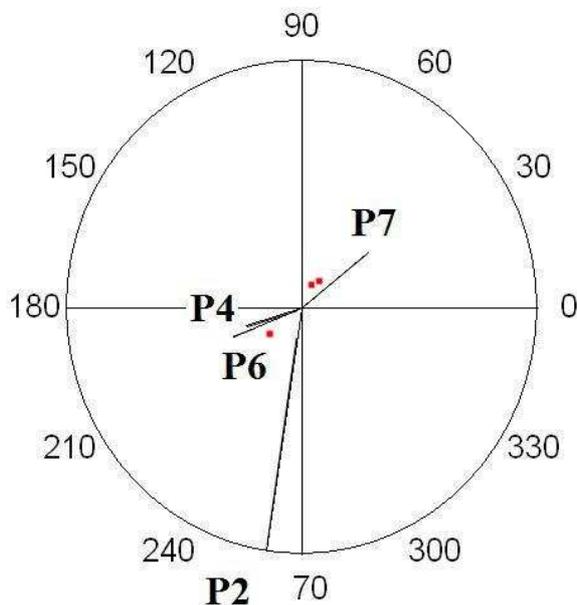


Fig.6-27: Mapa participativo del rodaje mayor y conducta focal Px.

6.2.3.4. Discusión de los patrones de participación.

Como ilustran los resultados obtenidos, hay 4 patrones comunicativos significativos ($> \pm 1.96$):

En el cuadrante I de la figura 6.27, el vector (con radio 4.01) ilustra como la participante 7 y la terapeuta llevan una díada de excitación mutua, aunque asimétrica, donde esta participante estimula significativamente a la terapeuta.

En el cuadrante III, la participante 2 forma una díada con la terapeuta mutuamente inhibitoria, cuyo vector, muy significativo (11.64), indica que ni la terapeuta ni la participante se siguen en este rodaje y que probablemente la discursividad de aquellos instantes se hacía con las demás participantes, no con la terapeuta.

En el mismo cuadrante III se encuentran dos cadenas más significativas: la participante 4 (2.53) y la participante 6 (3.41) forman con la terapeuta un patrón inhibitorio: es poco probable que ellas sigan a la terapeuta cuando ésta interviene; sin embargo, parece que la Px estimule a la P4 más que ésta esté estimulada por aquella, lo que ilustra que sobre todo esta participante tiene menor necesidad de intervenir que la terapeuta.

Nos llama la atención que en este rodaje no figuren patrones significativos en los cuadrantes II y IV, lo que confirma que a más rodaje, menos diadas excitatorias con la terapeuta; hay más autonomía y menos diálogos a dúo.

6.3. Discusión general de los resultados bajo la condición rodaje

Los resultados obtenidos fundamentan cuestiones que tienen que ver con los objetivos de GAFA. Por ejemplo, se confirma la idea de que, tanto en la forma como en el fondo, los niveles de interdependencia comunicativa ganan en complejidad, y se perfila un nítido aumento en la conciencia interpersonal:

En primer lugar, si comparamos las duraciones de los turnos en su función discusiva (código 24), vemos que el grupo avanza activamente en el tema personal discusivo y confrontativo; obtiene un 13% en el rodaje menor y sube a un 36% de intercambio discusivo en el rodaje mayor, lo cual muestra que la calidad del intercambio mejora.

En segundo lugar, vemos que, durante el rodaje menor, **el grupo se sumerge más en el habla unificada**, hecho manifestado con un 92% (frente a un 8% de habla compartida). Este porcentaje baja hasta alcanzar el 76% (frente al habla compartida, que sube hasta el 24%). Llama la atención la línea de aumento, pues no presenta oscilaciones.

Esos resultados son coherentes con los resultados que nos dan las duraciones de los turnos, puesto que el grupo, al principio de la experiencia, se sumerge en turnos más expositivos y cortos, que permiten menos intercambio y que gozan de un nivel discusivo confrontativo (Código 24) de sólo un 13%; asimismo, al estar las participantes inmersas en sus reflexiones, el seguimiento activo de la conversación con reflejo empático (Código 14) es del 45%; pero a medida que el grupo gana en edad o rodaje, pasa a manifestar un habla compartida en aumento; aunque el habla unificada siga dominando, podemos notar que el grupo permite un intercambio discusivo más elevado, turnos más largos y un contacto más empático, que alcanza un 52%, muestra de una buena contención grupal. Sin embargo y pese a la supremacía del habla unificada, las participantes intervienen más, llegando incluso a solaparse en la conversación, aunque con empatía, como lo demuestra el elevado Código 14, que aumenta hasta un 7%, o bien interviniendo con una función discusiva más elevada y entrando en discusiones, como lo demuestra el Código 24, que aumenta paralelamente hasta un 13%. Ambos factores caracterizan la conversación y le otorgan un ritmo acelerado que nada tiene que ver con un dispositivo expositivo o unilateral. La tabla siguiente (Fig. 6.28) ofrece una visión rápida y comparativa de algunos de los resultados obtenidos entre los dos rodajes (*vid. ut supra*).

CONCEPTO	RODAJE MENOR	RODAJE MAYOR
Duración media del turno	9.5 seg.	10.8 seg.
Dominancia PP	74% de los turnos	78% de los turnos
Habla unificada	87%	73%
Intervenciones directas Px	30%	24%
Duración Int. Directas	8.2 seg.	9.4 seg.
MC sin empatía	53%	55%
MC con empatía	47%	45%
FD limitada	48%	61%
FD disponible	52%	32%
Duración media MC sin empatía	9.4 seg.	8.76 seg.
Duración media MC con empatía	9.6 seg.	12.5 seg.
Duración media habla compartida	6 seg.	6 seg.
Duración media habla unificada	10 seg.	10 seg.
Tipo alternancia	H-H	H-H
Duración FD limitada	12.2 seg.	9.5 seg.
Duración FD disponible	7.9 seg.	11.37 seg.

Fig. 6-28: Tabla comparativa de algunos resultados de los dos rodajes.

Los turnos son más largos en el rodaje mayor; el binomio empatía/no empatía se mantiene, aunque la duración de los turnos empáticos sea más larga; la función discursiva disponible disminuye, pese a que la duración del turno confrontativo aumente. Se ve que el grupo entra en confrontaciones más pausadas y más reflexivas, que duran más en términos de exposición, que no son interrumpidas por las demás participantes y que son más aceptadas, pero que demuestra una resistencia a la discursividad confrontativa abierta, advirtiendo de la dificultad que tiene en este segundo rodaje, más cercano al final de la experiencia, a entrar en conflictos con las demás.

El ritmo discursivo más acelerado demuestra que el grupo ha aprendido a exponer sus temas con más facilidad, incluso sin la intervención facilitadora de la terapeuta, puesto que, como señalan los resultados, ésta baja hasta un 8% en general. En cuanto a la especificidad de esas intervenciones, vemos que las intervenciones de conducción de la terapeuta (suma de los Códigos 60 hasta el 63) durante el rodaje menor suman una puntuación del 8%, mientras que los mismos códigos de conducción en el rodaje mayor bajan a un 3%, cosa que confirma que el grupo ya no las necesita tanto: ha aprendido a autoconducirse y contenerse.

En el rodaje menor, la terapeuta emplea más tiempo en intervenciones de conducción (8.1%) y menos tiempo en intervenciones analíticas (5.3%), mientras que en el rodaje mayor ocurre el revés: parece haber casi el doble de intervenciones analíticas (8.7%) y se advierte un descenso de las intervenciones de conducción (3%). En ambos rodajes se aprecia que las intervenciones formativas quedan aproximadamente invariables, con un estable 6% a lo largo de toda la experiencia GAFA. El Código 70, que recoge las intervenciones de corte formativo y social, también disminuye, pasando de un 0.6% en

el rodaje 1 a un 0.3% en el rodaje 2. La tabla (Fig. 6.29) y el gráfico (Fig. 6.30) siguientes lo ilustran; para facilitar la visualización de los resultados hemos sumado los datos del Código 70 a los del Código 60; para visualizar resultados más detallados hay que acudir a las tablas descriptivas recogidas en el anexo 6.

Códigos	Rodaje-1	Rodaje-2
30-32	75.7%	77.8%
40-43	5.3%	8.7%
50-53	8.1%	7.8%
60-70	10.3%	5.4%

Fig. 6-29: Distribución de los códigos de intervención por rodaje.

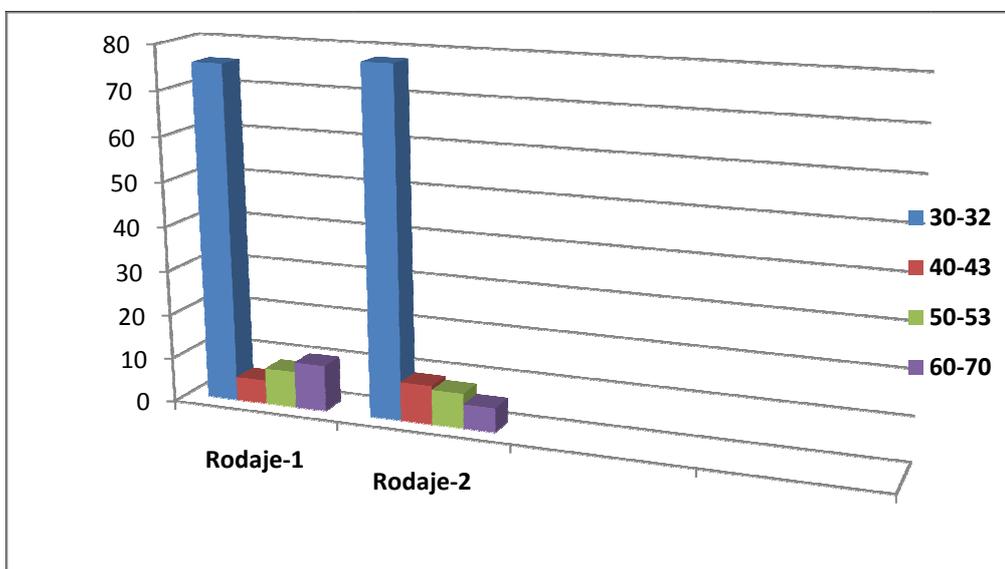


Fig. 6-30: Diagrama de las intervenciones de la terapeuta por rodaje.

Por otra parte, se advierte con claridad que la distribución de las clases de intervenciones terapéuticas por fases sigue la misma tendencia que en los rodajes: a más fases (dentro de la misma sesión), más intervenciones analíticas y menos conducción; las intervenciones psicoeducativas igualmente van a la baja, y la escucha representada por las intervenciones indirectas se mantiene elevada. La tabla siguiente (Fig. 6.31) y el gráfico (Fig. 6.32) lo ilustran:

Códigos	Fases-1	Fases-2	Fases-3
30-32	69.4%	80.2%	79.9%
40-43	4.6%	6.6%	9.8%
50-53	12.6%	6.7%	4.7%
60-70	12.5%	6.1%	3.8%

Fig. 6-31: Tabla descriptiva del comportamiento de la terapeuta por fases.

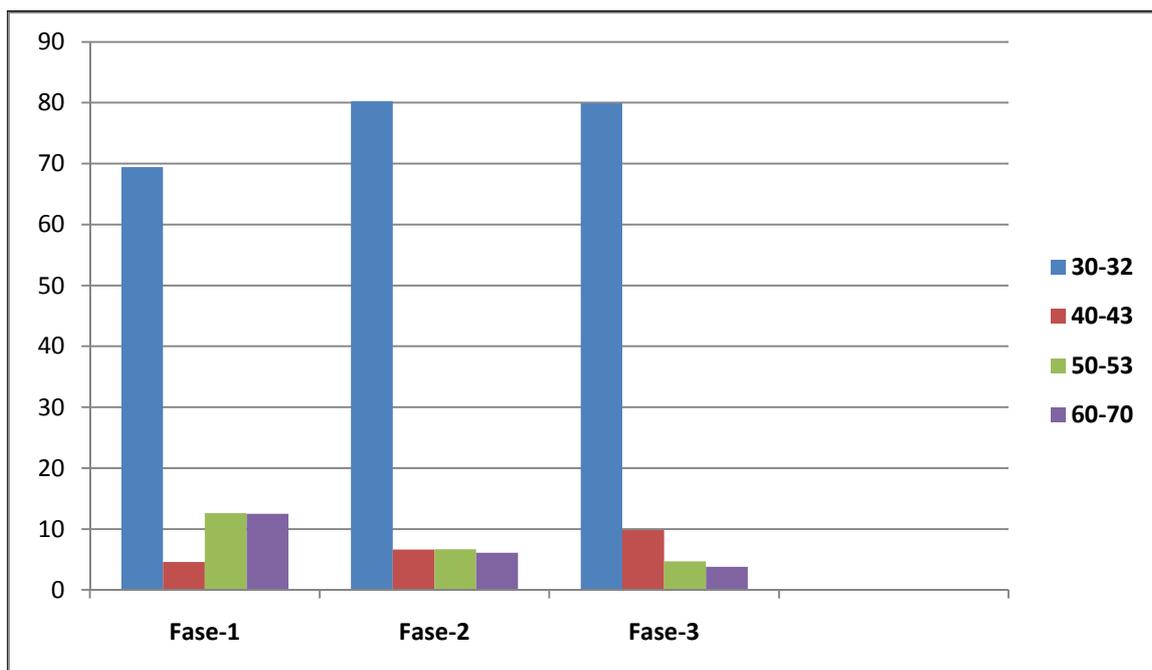


Fig. 6-32: Movimiento por fases de las intervenciones de la terapeuta.

El grupo, ya inmerso en el discurso, vehicula la comunicación sin tanta necesidad de estelas verbales de la terapeuta, con lo que aumentan las intervenciones indirectas. Paralela y coherentemente a las evoluciones grupales (*Vid. cap. 1*), en fases de más complicidad, las interpretaciones directas de corte analítico aumentan a expensas de las intervenciones directas de conducción, que pierden notablemente intensidad. Las intervenciones directas de formación disminuyen a medida que el grupo gana en fase, pero en menor medida que las intervenciones sociales. Como ocurre con el rodaje grupal, a más intimidad, más complicidad y más predisposición a dejarse evaluar y asimilar interpretaciones, mientras se dispara la autonomía y la deseabilidad de una comunicación fluida que no necesita de la conducción terapéutica.

El eje psicoeducativo no presenta mucha fluctuación a lo largo de la experiencia; se mantiene fiel al marco teórico y procura proveer formación durante el proceso grupal, cuando el contexto lo permita o lo pida, en aras a despejar dudas o quejas, argumentar, reflexionar o bien simplemente ratificar un cambio.

Respecto a la duración de cada rodaje, podemos comprobar que las intervenciones de la terapeuta en el primero duran un 24% del tiempo total, mientras que en el segundo bajan a un 16%. Esto explica que el grupo, inmerso en su escucha y en la búsqueda de anclaje en el otro, pasa de una construcción narrativa de su propia historia a hacer uso del otro para poder separarse de la suya propia, por lo que los turnos se presentan más largos, y permiten así más escucha y conciencia interpersonal; a medida que el grupo gana en intimidad, aterriza en temas más profundos e íntimos que necesitan más tiempo de exposición y, paralelamente, de escucha. Partiendo de la premisa de que las intervenciones más largas duran un máximo de 10 segundos, no podemos concluir que las participantes hayan saturado la conversación grupal o que hayan necesitado de intervenciones de conducción para repartir mejor los turnos, ya que, como demuestran

los resultados, el número de esas intervenciones precisamente baja a medida que avanza el grupo en rodaje, lo cual es testimonio del aumento de la contención grupal.

Desde otro ángulo, el de los patrones de comunicación, podemos apreciar como, en el rodaje menor, la terapeuta invita a las participantes 4 y 6 a intervenir, mientras que en el rodaje 2 ya no necesita hacerlo. El comportamiento inhibitorio con la participante 1 deja de manifestarse en el rodaje mayor, signo de un mayor grado de contención y de aprendizaje por parte de esta participante. La participante 2 mantiene un patrón comunicativo inhibitorio, aunque en el segundo rodaje gana notablemente en autonomía. En cuanto a la comunicación que establece la terapeuta con la participante 7, se ve que demuestra más necesidad de aportaciones o ayuda en el rodaje mayor, mientras que, en el primero, sus intercambios no resultan aún significativos. En cambio, la participante 8, que necesitaba de más acercamiento terapéutico en el rodaje menor, gana en autonomía a medida que el grupo avanza.

Esta tabla de resultados es congruente con la teoría GAFA y con la evolución de los grupos en general (*Vid.* caps. 1 y 7), y no presenta valores extremos que puedan alarmar. Tanto en la forma como en el fondo, vemos que GAFA ha favorecido una mayor autonomía en la etapa ulterior del grupo; ergo, la ayuda vehicular se ha ido cristalizando con más intensidad.

Con estos resultados concluimos este capítulo. Hemos abordado GAFA desde los resultados para elaborar una malla técnica y empírica. Dado que los actos y sus efectos no tienen solamente una dimensión técnica y no constituyen un protocolo con incidencias esperadas, el capítulo siguiente buscará un perfil personal y recogerá los resultados evaluativos subjetivos de las participantes y los de la terapeuta.

Capítulo 7

7. Valoración de la experiencia GAFA

7.1. Introducción

La construcción de GAFA como caso único se basa en el saber elaborado en el trabajo de autoanálisis bajo transferencia y en el contexto psicoeducativo de la actividad comunicativa de intercambiar ayuda. Evaluamos la experiencia vivida, es decir, el efecto que ejerce la palabra dialogada sobre las participantes. ¿Qué se espera de los encuentros? ¿Del intercambio discursivo? El efecto de verdad subjetiva. Este esfuerzo arranca y se mantiene gracias a la implicación de las participantes y la terapeuta en la cooperación dialógica, en sus vertientes epistémica y contingente; la epistémica, por lo que implica de narración; la contingente, por lo que implica de verdad construida, la que hace emerger, bajo transferencia, al sujeto del inconsciente.

Este capítulo comienza con la apreciación de las sesiones por parte de las participantes (apartado 7.2) y sigue con la interpretación valorativa de la terapeuta (apartado 7.3). Los documentos que acompañan este capítulo (la sesión 9 transcrita y codificada, y el vaciado analítico de la historia del grupo) están en los anexos 4 y 3 respectivamente.

7.2. Evaluación de las participantes

7.2.1. Introducción

Se recogen *après coup* las apreciaciones evaluativas de las participantes sobre las 8 sesiones realizadas y se las provee de un punto de almohadillado para su discusión. Como GAFA ofrece coordenadas para conducir al paciente a otra orilla, de manera que nade en vez de que sólo se deje llevar, nos interesa la evaluación subjetiva de las participantes, sea con respecto a la ayuda generada o con respecto a la relación comunicativa. Igualmente nos interesa la visión subjetiva de los resultados buscados y obtenidos, así como una verbalización de la satisfacción o insatisfacción global de cada participante.

La novena sesión GAFA fue concertada con antelación, pues entendemos con Madrid (2005) que el fin de una relación de ayuda debe concertarse previamente a causa de las dificultades que presenta la terminación de un proceso de encuentros personales; desde la primera reunión se ha aludido a una sesión fuera de las previstas cuyo objetivo sería recopilar la información obtenida y elaborar la separación y la muerte del grupo. Desde la mira terapéutica, es importante que el ayudado no asocie el fin de los encuentros periódicos con abandono, pérdida o renuncia a una relación gratificante; estos sentimientos deben trabajarse con sumo cuidado. Entendemos que el problema de la separación tiene que ver con el encuentro interpersonal, mientras que el mantenimiento de los logros hace referencia a su continuidad después del fin de la terapia. En GAFA

igualmente abrimos la posibilidad de futuros encuentros, al menos con la terapeuta, por si se presentara alguna necesidad.

Además del material aportado en la novena sesión, se cuenta con la aportación libre de autoregistros valorativos de cómo se ha vivido la experiencia. Al final de este apartado se resumen y comentan 5 registros de evaluación, entregados por las participantes.

Como se puede ver en el vídeo de la sesión o bien en su transcripción (*Vid.* Anexo 4), la conversación de la novena sesión se fue deslizando desde temas diversos (unos 10 minutos) hasta llegar al tema evaluativo, que se fue cerrando a medida que todas tenían la oportunidad de compartir su aportación con las demás. Estos discursos que enmarcan la evaluación en sentido estricto no han sido codificados en este capítulo, sino que se han recogido en el apartado de la evaluación del terapeuta (apartado 7.3).

7.2.2. Contenido valorativo de la sesión 9

Para capturar de forma sistemática las aportaciones valorativas de las pacientes en el transcurso de los intercambios, mayoritariamente espontáneos, sobre cómo se han vivido los encuentros, se procede a identificar segmentos referenciales (unidades temáticas de pensamiento). Una vez localizadas, las unidades referenciales son clasificadas de acuerdo con los códigos asignados a las siguientes dimensiones: **tarea, relación y satisfacción global**.

La dimensión **tarea** se valora a partir de las referencias directas o indirectas de las participantes a su forma de percibir las metas de resiliencia, perspectiva de futuro y conciencia interpersonal, en el proceso discursivo de sus relatos personales.

La dimensión **relación** comprende la valoración del proceso socioafectivo vivido a través de la estructura de la interacción oral y el mantenimiento de la cooperación dialógica. Hace referencia al vínculo que se establece. Debe ser vivido como algo solido, cálido y reconfortante para que pueda intervenir positivamente en el intercambio de ayuda y la interdependencia comunicativa.

En cuanto a la **satisfacción global**, se recogen todas aquellas manifestaciones que de alguna manera señalan un pronunciamiento positivo o negativo generalizado, o la manifestación silenciosa u oral de no querer valorar.

7.2.3. Guía de codificación

La tabla siguiente (Fig. 7.1) recoge las tres dimensiones que dan forma al pensamiento o contenido temático y presenta los códigos utilizados.

TABLA DE CATEGORÍAS Y CÓDIGOS:

TAREA T	RELACIÓN R	SATISFACCIÓN GLOBAL S
<u>Resiliencia:</u> -Afrontar la realidad Tema personal T1P Tema laboral T1L Tema familiar T1F -Análisis de la situación T2 -Buscar un sentido T3 -Sublimación T4	Ayudar R1	Sí S1
<u>Perspectiva de futuro:</u> - Decisiones T5 - Voluntad T6	Ser ayudado R2	No S2
<u>Conciencia Interpersonal:</u> -Autoestima T7 -Apoyo fortuito T8 -Autoanálisis T9	Interdependencia comunicativa R3	No sabe o no contesta S3

Fig. 7-1: Tabla de 17 categorías del contenido temático y evaluativo de la S-9.

DIMENSIÓN TAREA:

Resiliencia: Los contenidos valorados pueden referirse a las capacidades seleccionadas y consideradas resilientes frente a los sucesos de la vida; incluyen el **afrontamiento de la realidad** (aceptarla sin distorsionarla, negarla o sublimarla), el **análisis de la situación** (capacidad de determinar, separar y nombrar los acontecimientos de la situación), **buscar sentido** (capacidad de encontrar un significado aceptable para los registros personales y canalizar la búsqueda de trascendencia) y **sublimación** (capacidad de relativizar la frustración mediante una vía constructiva para uno mismo o para los demás). Dividimos el contenido temático del afrontamiento de la realidad en **áreas personales** o intra-psíquicas, laborales o **profesionales**, y **familiares**.

Perspectiva de futuro: Los contenidos valorados pueden referirse a la búsqueda de una salida positiva a la adversidad, que implica obrar conduciendo la propia vida, tanto tomando **decisiones** (verbalización de hechos consumados y determinados para objetivos o proyectos) como demostrando **voluntad** (verbalizaciones que denotan que en realidad se quiere o no se quiere actuar de una manera determinada y que se asume la decisión de realizar algún deseo o determinación).

Conciencia interpersonal: Los contenidos valorados pueden referirse a los intercambios que se juntan en un esfuerzo común de establecer un tema colectivo para encontrar la verdad que surge. Analizar la propia historia o la de otro ante una audiencia implica una restauración de los recuerdos que posibilita derrumbar las soluciones sintomáticas que el sujeto escogió usar como soporte. Para poder desarrollar esta capacidad nos interesa **la autoestima** (capacidad intrapsíquica de amarse lo suficiente para realizar el giro hacia un yo relacional), **el apoyo fortuito** (apartar la atención de nuestro centro a fin de visitar el mundo mental de los demás) y **el autoanálisis** (analizar los elementos

prevalecientes y estructurales propios y los efectos terapéuticos que se producen tras el encuentro con otros).

DIMENSIÓN RELACIÓN:

Ayudar: Los contenidos valorados pueden referirse a las manifestaciones en las cuales se verbaliza esta actividad, y que promueven la búsqueda voluntaria de *dar* para mejorar el ajuste psicosocial común. El arte de ayudar y atender al otro significa implicación, exploración, personalización y comprensión, para que pueda iniciarse un ciclo de ayuda.

Ser ayudado: Los contenidos valorados pueden referirse al reconocimiento de haber sido ayudado y haber recibido emocional, práctica o académicamente alguna aportación del grupo o de la terapeuta.

Interdependencia comunicativa: Los contenidos valorados pueden referirse a la búsqueda sincera de reciprocidad en la comunicación y de disolución de un tema. Los temas expresados implican un grado de complicidad, confidencialidad o búsqueda de intimidad. No hay duda de que, para relacionarse, uno tiene que revelarse como persona y así poder vivir plenamente ante la persona que tiene enfrente; además, una apertura personal potencia la apertura del otro y anima a una exploración más profunda. La psicoterapia es un acontecimiento de dos personas como mínimo, y en esas frases que se consideran teñidas de interdependencia comunicativa, las participantes se definen en el desarrollo y el efecto de esta comunión.

DIMENSIÓN SATISFACCIÓN GLOBAL:

Positiva: Es la declaración de haber salido satisfecha, contenta o con una valoración positiva de la experiencia GAFA, al margen de qué tipo de satisfacción sea (con respecto a la aportación, la relación, etc.).

Negativa: Esta categoría resalta la verbalización de que GAFA no ha aportado nada o muy poco a la persona.

No sabe o no contesta: Típicamente, se trata de una evaluación negativa pero encubierta. Cuando la evaluación de una participante arranca con este tipo de respuesta, normalmente se sigue de otras aportaciones que objetivizan su insatisfacción encubierta.

Ejemplos de turnos temáticos codificados:

Turno 74, participante 3:

“Es la primera idea que dices cada vez que te metes a un sitio, a mí siempre me ha dado la impresión de que me he enriquecido mucho. Bueno, siguiendo un poco el orden, digo: el primer día, el grupo se presentó, y la conclusión es que el punto en común... Teníamos un punto en común que compartíamos todas, era el vínculo en común, la enfermedad y tal... El desconocimiento previo de... —señala a 7 y a 2—, el hecho de que nosotras nos conociéramos, pero que en conjunto no se conocieran, favorece la confianza, el desnudarse en público, porque no te conocen. A veces con la familia o con la gente que te conoce de verdad cuesta más. A mí particularmente me impresionó

el tema *atasco*, profundicé un poco en el sentido de la palabra y llegué a la conclusión de que el problema objetivo, lo que se ve cuando hablas del *atasco*, puede no ser realmente el *atasco*, una cosa concreta, a ver... Que muchas veces el *atasco* es la incapacidad de hacer frente, no a lo que objetivamente la gente desde fuera puede ver como un *atasco*... Es igual... llámale...” **T1P**

Turno 598, participante 6

“Bueno, que me ha hecho pensar, sí, pero yo no pienso como 3, que dice que ahora no le da importancia a cosas que antes le daba; yo no he llegado a ese nivel.” **T1P**

Turno 194, participante 3:

“Evocas gracias a ello, tienes mucha más riqueza; es lo que te decía al principio: un grupo enriquece, conocer gente enriquece; pero de conocerlos individualmente a conocerlos en grupo... pienso que quizá se multiplican los efectos.” **S1**

Turnos 120 y 121, participantes 4 y 7:

4 “Es la idea clave de que la madre está como el centro de las reuniones...” **T1F**

7 “Pero de todas maneras tampoco pasa nada si yo no soy perfecta... Mi madre tampoco.” **T7**

Turnos 100 a 106, participante 3 con la terapeuta (X):

3 “La propia autoestima te impide decir, pues sí, pues mira, me da problema que mi hijo volviese a casa, ¡pues sí!” **T7**

X “O por ejemplo, aceptar que estoy enfadada con una persona amada; por ejemplo, el padre, la madre, el marido, los hijos...”

3 “Exactamente, o sea, es el hecho de no aceptar, no el problema en sí sino lo que a ti te provoca ese problema, eso es lo que se tiene que cambiar.” **T5**

X “Correcto, correcto.”

3 “Yo a esto le di muchas vueltas, un chorro...” **T3**

X “Muy bien.”

3 “Bueno, pues no sé. Como ya me había metido con el tema madre, desde aquel día que consideré que era mucho palo porque todo el mundo se entendía mucho mejor con su padre, pero yo en mi madre encontraba... Nos entendíamos perfectamente y, jamás tuvimos la discusión, no, pero...” **T1F**

Turno 144, participante 3:

“Vuelves. Y eso también significa que estás volviendo a la normalidad de antes, que no es que sea la perfección, pero eso, que te molesten otra vez las cosas tontas o el que te enfades por una tontería que, en el momento aquel, como tenías otros temas...” **T9**

Turno 238, participante 2:

“Porque dice que... Dice que ella es... Le ha cambiado su forma de ser y por eso... Dar gracias a Dios por semejante cosa, pues ¡yo no!” **T3**

Turnos 244 a 250, participantes 1 y 3:

1 “Pero cuando yo hablaba por teléfono, llamaban la familia, los amigos, las amigas, pues...” **T1F**

3 “... Te sentías querida” **T8**

1 “Estás derrumbada, pero muchas veces yo creo que con el dolor sí, y no piensas tanto, no notas... tanto dolor” **R2**

Turno 258 a 262, participante 1 con la terapeuta

X “Sí. Que evaluaras un poco el espacio...”

1 “No sé. Yo voy a hacer... Estoy,... he pasado una época como, muy saturada de todo” **S3**

X “¿De nosotras también?”

—Risas del grupo—

1 “Claro, porque... O sea, estoy saturada porque...” **T1P**

7.2.4. Resultados

Computando los resultados, obtuvimos el resultado siguiente para las 17 categorías (Fig. 7.2):

CÓDIGO	UBICACIÓN (n° del turno)	CUÁNTAS VECES
T1P	74, 88, 92, 154, 167, 227, 240, 262, 292, 321, 427, 481, 554, 557, 590, 597, 631, 635, 716	19
T1L	329, 331, 370, 374, 653	5
T1F	96, 106, 112, 115, 118, 120, 128, 244, 264, 279, 286, 297, 559	13
T2	134, 148, 163, 202, 230, 266, 270, 283, 319, 394, 409, 425, 439, 457, 486, 549, 557, 586, 633, 725	20
T3	63, 90, 104, 166, 211, 238, 268, 301, 601, 668, 712	11
T4	142, 379, 534	3
T5	102, 140, 160, 226, 232, 448, 552, 562, 720	9
T6	68, 165, 295, 317, 493, 498, 512, 541, 603, 613, 644	11
T7	84, 100, 121, 666	4
T8	162, 170, 182, 248, 346, 369, 420, 436, 447, 472, 560, 646, 660, 677, 702	15
T9	70, 78, 144, 146, 206, 216, 281, 299, 414, 464, 522, 599, 606, 610, 714	15
R1	217, 272, 339, 342, 348, 362, 417, 480, 488, 640, 655, 664, 670, 704	14
R2	209, 242, 250, 251, 255, 276, 277, 307, 350, 401, 416, 477, 490, 740	14
R3	55, 66, 72, 124, 136, 190, 220, 247, 322, 326, 335, 353, 356, 359, 368, 415, 423, 430, 433, 442, 465, 468, 493, 536, 593, 647, 651, 672, 675, 681, 686, 693	32
S1	176, 178, 186, 194, 399, 475, 483, 491, 518, 520, 530, 624, 642, 648, 649, 676, 697	17
S2	290, 309, 407	3
S3	64, 259, 315, 376, 384, 405	6

Fig. 7-2: Tabla de resultados de las categorías evaluativas.

Los códigos de la dimensión TAREA pueden ser representados con el gráfico de la figura 7.3, donde se aprecia que el código T2 (análisis de la situación como aspecto resiliente) es el más recurrente y da un porcentaje del 9.47% del total, seguido por el código T1P (enfrentar la realidad personal como aspecto resiliente) con un 9%. El código T8 y T9 (apoyo fortuito y autoanálisis, como marcas de conciencia interpersonal) son igualmente recurrentes en el discurso de la sesión, y obtienen un 7.1% cada uno. Le siguen las categorías de búsqueda de sentido y de voluntad con 5.21% y a continuación cierra el gráfico, a la baja, la toma de decisiones futuras con un 4.26%.

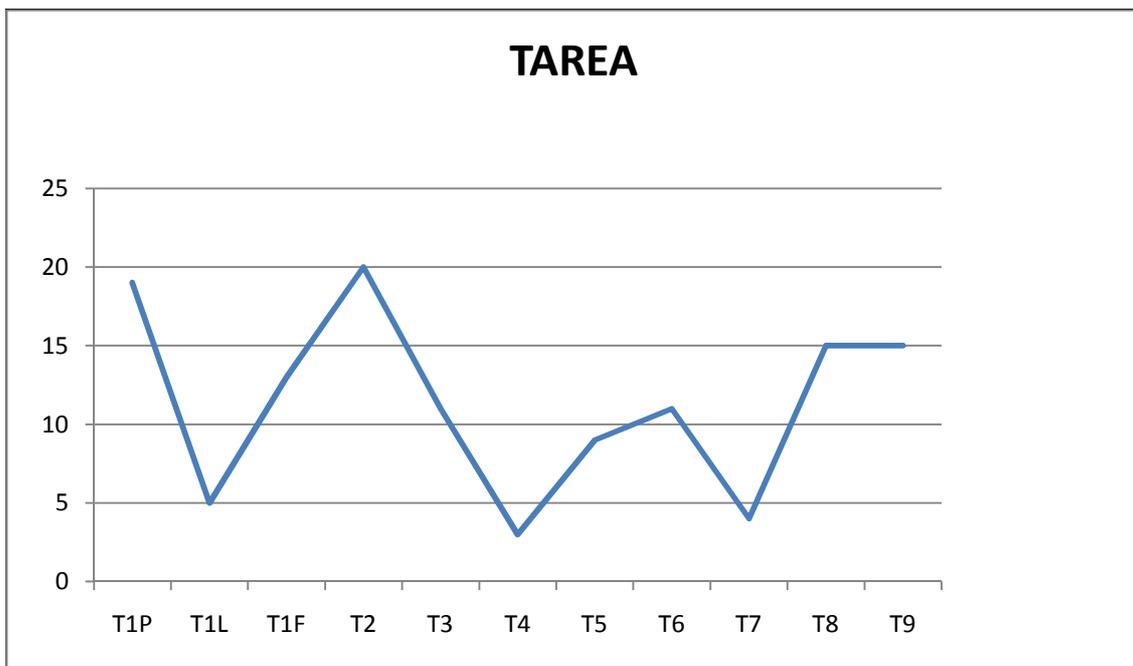


Fig. 7-3: Categorías temáticas y evaluativas de la tarea (frecuencia 0/1)

En cuanto a las categorías de relación, el gráfico de la figura 7.4 ilustra como el código R3 (interdependencia comunicativa) es el que más aparece en boca de las participantes, con 32 puntuaciones (un 15% del total), seguido de una puntuación empatada entre el ayudar (R1) y el ser ayudado (R2) que dan un 6.63% del resultado total:

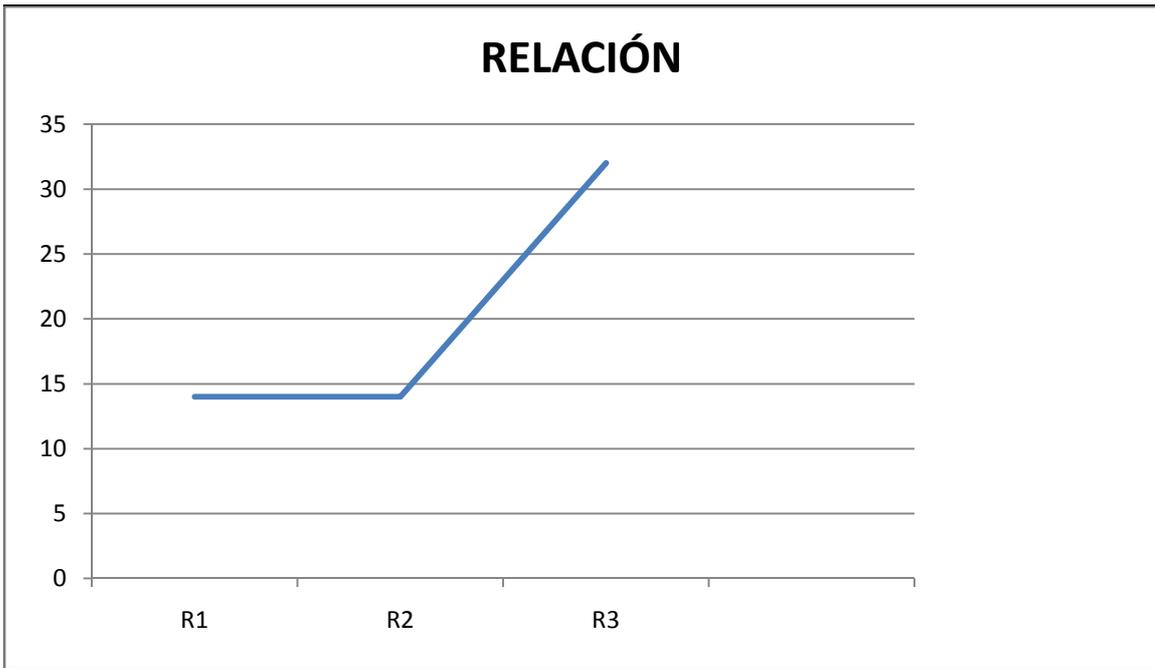


Fig. 7-4: Categorías temáticas evaluativas de la relación (frecuencia 0/1)

Para acabar, el gráfico 7.5 representa la satisfacción global tal como la expresaron las participantes; se aprecia que el código S1 (satisfacción positiva) se eleva a 17 puntos frente a los 3 del código S2 (no satisfacción) y a 6 de S3 (no sabe o no contesta), con los porcentajes respectivos del 8.05%, 1.42% y 2.84%:



Fig. 7-5: Categorías temáticas evaluativas de la satisfacción global (frecuencia 0/1)

7.2.5. Autoregistros

De las 7 participantes, 4 entregaron un registro evaluativo, una olvidó traerlo pero tenía la intención de hacerlo, y dos optaron por no redactarlo. Los registros escritos ratifican las palabras que ellas mismas dijeron en la sesión; añadimos a ello que todas expresaron por escrito que el dispositivo GAFA funcionó y cumplió con sus objetivos, que se ha conseguido transmitir la idea de que se puede dar un nuevo impulso a la vida buscando en el interior de cada una, y apoyándose en las experiencias del grupo. Igualmente en los 4 registros se subraya la fascinación ante el descubrimiento de que todas sufrían un atasco psíquico antes del cáncer y ante la revelación de que tras cada una de las enfermedades existía un contexto muy trágico. Los registros igualmente expresaban que la experiencia les ha parecido corta y que les gustaría seguir asistiendo. Una de las participantes echó de menos discutir la vida sexual después del cáncer, y otra echó de menos hablar de la muerte. En resumen, los 4 registros obtenidos confirman que las participantes no solamente han atravesado un cáncer, sino también una experiencia analítica que ha producido un viraje y una revitalización. A continuación detallo unas líneas ilustrativas extraídas de los registros:

Maia (P2 en el anagrama): GAFA ha sido “mi primer encontronazo con la psicología”, explica, y he “salido del armario”. Este encuentro no ha sido desastroso: dice haber perdido los papeles, en todos los sentidos: el papel de madre, que son “las que más dan a cambio de nada”; el papel de la culpa; el del sacrificio... Declara que “es fascinante cómo puedes llegar a compartir cosas tan fuertes con personas que nunca habías visto antes”. Expone que el factor fortaleza que percibió en algunas le encantó, pero que echó de menos que no se hablara del factor muerte. A nivel relacional, explica que tuvo ratos muy buenos y que le ha gustado mucho venir a pesar de su cansancio y de estar tan ocupada; “además del cáncer pones en común las ganas de colaborar con este trabajo” y “todas me cayeron bien”.

Olga (P4 en el anagrama): “Todas a partir del cáncer han hecho con sus vidas lo que no habrían hecho”, “se han puesto el mundo por montera” y “han cogido el toro por los cuernos”. Aunque hable de las demás alabando la fortaleza de su *yo* y afirmando que ellas “quitaron el freno a lo que *les* impedía crecer”, considera que ayudar a otras la ayuda a olvidarse de su propia situación y que “es hora de quererse y de querer”. Aunque pretendía venir para “ayudar” únicamente, se encontró con que “recibió más de lo que dio”. Esta crítica a su vocación le cambia la mirada prospectiva que tiene de su *modus vivendi* y le modifica los significantes que la organizaban hasta ahora.

Ula (P6 en el anagrama): Declara que ha sido muy positivo hablar con libertad de temas personales que no tienen que ver con la enfermedad; “escuchar y dar tu opinión es relajante, y en esos momentos olvidas tus propios problemas”. Manifiesta que teme ser una estadística, y que el nivel relacional de GAFA enfatiza a la *persona* y no al *caso*. Con respecto a la categoría *tarea* escribe que no sabe si su aportación ha servido al grupo, pero que ella ha estado muy bien, y que en ningún momento le fue un esfuerzo acudir a las citas. Echó de menos hablar de las relaciones sexuales post cáncer. Ver elementos comunes en las demás la ayudó, pero el grupo no ha sido suficiente para renovar una ilusión que había perdido desde hacía mucho tiempo. Le cuesta disipar la energía que hasta la irrupción de la enfermedad la estancaba y la dañaba; con el cáncer para afrontar, sabía contra qué luchar, pero ahora no lo tiene tan claro, y empieza a desplegar un convoy de significantes nuevos que la definen.

Irene (P8 en el anagrama): Hacer pública una parte de su vida le hizo “sentirse mejor persona en todos los sentidos”. Declara estar muy contenta de haber formado parte de este programa y le da pena que el grupo se acabe. GAFA ha sido para ella “abrir una ventana a los sentimientos y a la vida” y que “las palabras, pero también los silencios, han generado ayuda”. Se ha visto muy responsable en el espejo grupal, mientras que ella lo atribuía a una deformación profesional. GAFA la ha ayudado a ser más libre. Ahora entiende que el silencio que encubre abusos y miserias vividas afecta mucho y deja secuelas a veces devastadoras. No se autoatribuye el significante *ser diferente*, a pesar de que casi todas se hayan declarado distintas, y entiende que la historia de cada una es también un poco la suya y viceversa.

7.2.6. Discusión

En GAFA, las participantes entendieron que la dimensión relacional (interdependencia comunicativa) es el instrumento vehicular de la tarea; solamente gracias a un vínculo sólido, cálido y reconfortante se puede intervenir positivamente para llevar a cabo algún cambio; la confianza, la aceptación y la intimidad tejen esta interdependencia para que la relación pueda vehicular una tarea, fundamentada en la índole de las funciones básicas de la comunicación interpersonal. Así que las participantes captaron que la ayuda que se instala no tiene que ver con repartir soluciones y consejos, sino que trata de crear una nueva realidad mientras se está hablando. Este resultado confirma la idea de que la caída de los sistemas sociales tradicionales de solidaridad y apoyo crea una carencia importante que las personas intentan llenar con dispositivos tipo GAFA, que proveen de un anclaje vital; el resultado también valida los datos descritos en el capítulo 6, donde el seguimiento vinculante y el apoyo emocional complementado con expresividad activa se observan significativamente a lo largo de los dos rodajes.

En cuanto a la tarea, podemos apreciar que el aspecto resiliente del análisis de la situación, necesario para la reestructuración cognitiva de un problema, es un elemento significativo en la vida de nuestro grupo. Se necesita (y/o se aprendió en GAFA) la importancia de formar una síntesis, un descubrimiento, lo que confirma la frase de Bachelard de que no hay verdad sin un error rectificado (Bachelard, 1948), y para ello es imprescindible analizar y verbalizar a continuación, puesto que el verbo es una síntesis activa del pensamiento y de la experiencia. La mirada retrospectiva que han tenido las participantes sobre sus años pasados les permitió reactualizar su presente y abrir una mirada prospectiva sobre la vejez que les espera; este enfrentamiento acusa una pérdida de equilibrio momentáneo, pero se reajusta con creces.

En la misma línea, la alta incidencia de la categoría T1P de afrontamiento de la realidad personal, de corte francamente analítico, confirma que el espacio analítico de GAFA constituye una oportunidad para el encuentro con uno mismo, con el efecto sorpresa correspondiente, y que el síntoma corporal por excelencia es el instrumento que permite retener un autoconocimiento que va más allá de nuestra imagen corporal, en este caso dañada por la enfermedad. Este afrontamiento resiliente está igualmente reflejado en los datos descriptivos vistos en el capítulo 6, representado por la alta incidencia de la función discursiva disponible del rodaje menor, y de su larga duración por turnos en el rodaje mayor.

Si consideramos la satisfacción verbalizada de las participantes y le añadimos el deseo plasmado por escrito de alargar la experiencia, podemos concluir que GAFA movilizó un anhelo de saber más, aprender más, analizar más, confirmándose como el espacio donde se busca una articulación diferente de la que ha dictado la enfermedad. La experiencia de la enfermedad física se reactualiza llevándola a un fundamento psíquico. ¿Qué saben las participantes? ¿Qué tienen? ¿Cuál es su carencia? ¿Cómo la taponan? ¿De qué lado se sitúan: del lado del sometimiento o de la dominancia? ¿Cómo gozan? ¿Cómo les condiciona el goce en la vida? Son preguntas que se abren, que revelan los vacíos existentes y que reclaman respuestas.

En cuanto a la conciencia interpersonal, cuya potenciación es un objetivo de nuestro trabajo, incontestablemente las participantes le adjudicaron una puntuación bastante elevada, como ilustran los resultados; el apoyo fortuito y el autoanálisis que la benefician dan cuenta de que, a pesar de que la enfermedad pueda llegar a desbordar al ser debido al exceso de turbación que provoca, las participantes han considerado que, para permitir que la vida dé un paso adelante, son necesarios el análisis a dúo y el apoyo fortuito.

Los roles de ayuda, ayudar y ser ayudado, han empatado con 14 puntuaciones. Al fin y al cabo, tanto como una pulsión, forman los dos polos de la misma actividad. Encontrar una utilidad es muy a menudo encontrar una razón de ser, aunque no podemos concluir que la ayuda sea el sentido que guía el razonamiento GAFA, puesto que las variables T3 y T4 (buscar sentido y sublimación) han sido puntuadas con 11 y 3 puntos respectivamente. Aun así, se ve que la narración compartida da cuenta del sufrimiento proporcionándole sentido, como revelan los resultados, sobre todo si la comparamos con la puntuación más baja de la perspectiva de futuro por lo que a decisiones se refiere; las participantes expresan sus voluntades, pero no se atreven a hablar de decisiones con la misma convicción; partiendo de que han atravesado una enfermedad de riesgo alto, esos resultados son bastante comprensibles.

Para acabar esta pequeña discusión sobre los resultados obtenidos, cabe explicar que las puntuaciones de no satisfacción o de no contestar suelen darse al final del proceso grupal. Madrid (2005) clasifica las resistencias en los siguientes grupos: la argumentación, la hostilidad, la desvalorización, el retar, interrumpir, discutir, cortar, negar, culpabilizar, reclamar la impunidad, ofrecer un desacuerdo constante, pesimismo, ignorar (falta de atención, desviación o no responder). Paradójicamente, una de las participantes que precisamente eludía la evaluación fue la que, hablando de resultados en la novena sesión, reconoció con GAFA que el amor es un bálsamo para el dolor y que “vivir sin amor es una pérdida de tiempo”. Si acudimos al texto de la sesión, podemos apreciar como ella se enreda con el habla y con la verdad. “Sufres más porque sabes más”, insiste.

7.2.7. Conclusión sobre la evaluación de las participantes

De las 7 participantes, 5 dieron una evaluación general muy positiva, una medianamente positiva, y una neutra, incapacitada por el momento para alejarse de su malestar. Entendemos que si las reuniones de GAFA se hubieran alargado en el tiempo (3 o 4 sesiones más), esta incapacidad hubiera remitido, dando lugar a más introspección, más saber y más lenguaje. Los factores psicosomáticos, al margen evidentemente del cáncer, necesitan tiempo para que se conviertan en síntomas analíticos. Como nos informó Pert (1999), el nivel celular en el que las emociones se disparan es también el lugar donde están almacenadas las emociones no expresadas; una expresión corporal catártica expresa la desbordada catarata de información conservada en el cuerpo. GAFA, con su ritualización de las interacciones comunicativas, con su modo peculiar de interpelar a las participantes, pretende preparar a la persona fisiológica y psíquicamente. En un mundo donde brilla la precariedad de los vínculos sociales, el adentrarse en una relación sociogrupal deviene un medio efectivo para comprender la significación personal de una enfermedad, y el relato de esta pasa a ser la «historia del paciente». De ahí la importancia de la subjetividad de las participantes, requisito indispensable para una apertura y una interrelación que las modificará a su vez, y la importancia de la observación como clave para descifrarla; al fin y al cabo, como señala Kandel (2007), la mayoría de profesionales que proponen una terapia fundamentada en pruebas empíricas provienen de la tradición psicoanalítica de observación, y no de la tradición biológica de experimentación.

7.3. Evaluación de la terapeuta

7.3.1. Introducción

En este apartado, intentaremos evaluar la experiencia GAFA desde la orilla psicodinámica y con los ojos de la terapeuta. Si el apartado anterior (evaluación de las participantes) se caracteriza por la *descripción*, el actual (evaluación de la terapeuta) se caracteriza por la *construcción*.

Considerando que GAFA no constituye un espacio destinado a regresiones, sino a encuentros, hablaremos de los encuentros entre las participantes y las nuevas verdades. Para hablar de una acción terapéutica psicoanalítica, es necesario describir qué es lo que cambia durante un tratamiento, o sea, los objetivos de este. Gabbard (2003) expone que el primer y crucial objetivo es alterar las redes de asociación inconsciente, particularmente aquellas que desencadenan reacciones emocionales problemáticas, aquellas que desencadenan estrategias defensivas problemáticas y aquellas que subyacen a patrones interpersonales disfuncionales. Un segundo objetivo del tratamiento, según Gabbard, supone alterar patrones conscientes de pensamiento, sentimiento, motivación y regulación del afecto.

Inspirándonos en esas ideas, en primer lugar, el apartado 7.3.1 utilizará los objetivos perseguidos por GAFA y descritos en el capítulo 3 (potenciación de la resiliencia, de la perspectiva de futuro y de la conciencia interpersonal), y los considerará como criterios categoriales para la evaluación de resultados.

En segundo lugar, el apartado 7.3.2 procede a la evaluación estructural del relato verbal y el análisis de contenido temático o referencial; se describirá una secuencia sistemática comunicativa, compuesta de significados reunidos bajo un núcleo temático surgido en cada sesión. Después de hacer el gráfico de esta secuencia, se articula en fases grupales grupoanalíticas. La serie de significaciones producida por el grupo surge del vaciado analítico de la travesía grupal que está en el anexo 2 “*Historia del grupo: vaciado analítico de las sesiones*”, y se funda en exigencias propias del campo del lenguaje y la comunicación; GAFA entiende con Lacan y con el estudio de la estructura de la comunicación que las evocaciones son habladas, representadas por las palabras e inscritas en el campo del lenguaje, y por eso están sometidas a una serie de dimensiones objetivables. Son:

-El contenido temático: El hueso temático que da vida a las palabras, la información sobre estados de ánimo, la información sensorial, la narración de los recuerdos, el abordaje de temas personales o solamente generales, los relatos biográficos de un síntoma, los reproches ajenos o autoreproches espontáneos, la contextualización de un tema, la mención de consecuencias futuras, etc.

-El contenido lingüístico y semántico: El tipo de palabras que se utilizan, su redundancia, la evitación, los componentes verbales, las metáforas y metonimias, la riqueza de detalles o la abundancia superflua de ellos, el uso del humor, etc.

-El modo de enunciación y asociación: El anclaje temporal, las correcciones, la coherencia con declaraciones previas, la persistencia en el relato, el uso de la concreción, las construcciones lógicas pero con premisas falsas, la *copia dicendi*, la reproducción de conversaciones, etc.

7.3.2. Evaluación de la terapeuta de los resultados obtenidos de cada participante

El dolor impide vincularnos con la vida y nos obliga a ser prisioneros de un goce mortífero que desde la óptica GAFA no se considera resiliente. Con la ayuda de las palabras, GAFA pensó; pensó en aquello que dejó huellas en los cuerpos de sus miembros, conmovidos y sacudidos; pensó en la recuperación resiliente, y consiguió poner palabras a aquel proceso de reconstrucción que hicieron los miembros. Efectivamente, lo real del cuerpo (el ataque de la enfermedad) no obedece a ningún sistema simbólico o imaginario, así que se tiene que alcanzar mediante las significaciones que se han ido creando. Lo real del cuerpo estaba desenganchado de todo simbolismo, y acabaría sin poder sostenerse. Se queda de alguna manera embrollado y enredando la verdad, y creo que en este sentido GAFA permitió desenredar este embrollo mediante las significaciones producidas, de modo que el foco resiliente (que ya estaba presente en estas mujeres) haya podido encontrar salidas más pacificadoras, menos traumáticas. En este apartado apuntaremos a obtener la diferencia absoluta y singular de cada participante o cada sujeto de la enunciación.

Olga, Irene y María gozaban de un alto **índice resiliente** antes de entrar en GAFA; por ello pudieron aprovechar la experiencia sin reparo. Aun así, María, dotada de un positivismo a prueba de balas, se presentó muy nerviosa en la última sesión, testificando

su malestar ante el final de la experiencia: interrumpía los turnos provocando muchos turnos múltiples y simultáneos, delatando así su nerviosismo. El relato de Irene está poblado de una multitud de detalles que testifican que ella es cómplice de la vida y del amor. Se entrega a un presente y a un futuro dotada de una buena resiliencia y gozando de este binomio “intuición-razonamiento” (Held y Maucorps, 1971) que se combina para la aventura empática. La empatía procura placer como un motor desprende calor, explican esos científicos. Por este motivo la gente deviene empática, en busca de recompensa; el éxito empático, el encuentro con el otro, es fuente de placer para Irene, porque es el modo de existencia del individuo insertado en la sociedad. En el grupo solía defender ideas de mucho impacto con una voz muy poco impactante, con el resultado de que a menudo el grupo no las recogía, pero la terapeuta sí y las sometía al ruedo dialéctico.

En cuanto a Olga, dijo que “vino para ayudar, pero salió de la experiencia habiendo recibido”; sus palabras son amables y cariñosas, y le otorgan una aureola que delata en sí misma una ineptitud para detectar su debilidad o su necesidad; se ve que tapona su carencia con la vocación de ayudar; efectivamente, su existencia se justifica más en el papel de dar ayuda, pero no advierte que el proceso reclama, al menos en parte, una reciprocidad; creo que empezó a verla, al menos es lo que verbalizó en la última sesión. Dice Lacan en su seminario *Encore* que el amor extático supone una dualidad y necesita de la libertad porque no tiene otra razón que el amor mismo; no se sacia más que con la destrucción del sujeto que ama, que debe salir de sí mismo para relacionarse con el Otro (Lacan, 1975). Olga hablaba muy poco en el grupo; cuando salía de su mutismo, a menudo invitada por la terapeuta (Vid. *Patrones comunicativos del Cap.6*), lo hacía con una voz potente y clara que admitía poca controversia; sus intervenciones eran normalmente concluyentes e irrefutables, así que no invitaban a mucha participación grupal.

Maia gozaba de poca resiliencia reconocida y se pudo constatar que hubo en ella un viraje a partir de la segunda sesión. La culpa que la conducía a sacrificarse y a encarnar el significante esclavo empezó a menguar. Si el cáncer es un significante físico (S1), GAFA introdujo significaciones que abren una ventana a una dialéctica, es decir, a un futuro significante (S2). Si podemos escribir *cáncer* \boxed{X} *quimio*, podemos igualmente asegurar que GAFA recoge esos síntomas psíquicos que hubieran caído en el medio (fig.7.6):

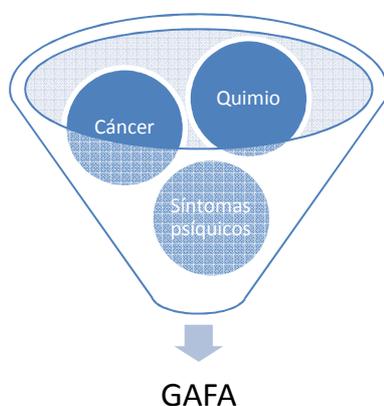


Fig. 7-6: Articulación de GAFA entre el cáncer y la quimio.

El grupo se reía con sentido del humor de la deuda que debía a la vida, e hizo ver a Maia como normalmente ella empieza la culpa por el castigo. Como la mujer de Lot, no se atrevía a mirar atrás para curiosear en su historia de vida, pero a lo largo de las sesiones desplegó mucho coraje y miró, derrotando su miedo a convertirse en estatua de sal; afrontó sus miedos, y se pudo percibir en el aire el pronóstico de que seguirá haciéndolo. Por otra parte, creemos que ella seguirá con su fórmula mágica de controlar la adversidad y la incertidumbre a través de los chistes, pero lo hará con más conciencia de lo que estos esconden. Cuando intervenía en el grupo solía contribuir al discurso de las demás con alguna aportación o introducía algún detalle de desgracia propia, pero lo hacía con una chispa burlesca que precipitaba la carcajada del grupo. Los rasgos dominantes de culpabilidad e indecisión con los cuales se caracterizó, lejos de ser minusvalías, se convirtieron en su nexos social con el resto del grupo, demostrando una gran capacidad de saber maniobrar con su carencia.

Ula se presentó al grupo sacudida y con poca ilusión vital; en términos analíticos, mostraba algo así como un vacío psicótico, es decir, un vacío que, contrariamente al vacío neurótico, no está delimitado por la castración, pero que tampoco se parece al vacío esencial de pérdida de objeto. Llama la atención en ella la falta de goce vital.

Cuando Ula se presentó al grupo en la primera sesión, presentó su vacío y a su compañera de silla en lugar de hablar de sí misma; este incidente dialéctico intentó repetirse en otras sesiones, pero la complicidad grupal ya forjada permitió a la terapeuta interpretárselo para abortarlo.

No sé si su ilusión vital ha crecido enormemente, pero al menos acabó la experiencia mucho más anudada, pacificada; en otros términos, GAFA la llevó desde la orilla de la aceptación de la enfermedad como *una fatalidad* hasta la orilla del *rechazo* de la misma; su cuerpo ya no era un simple organismo funcional *a-parte*, sino que formaba parte de su ser; efectivamente, el cuerpo se tiene que constituir, reunificar, y eso se logra mediante la vía simbólica. En la última sesión, esta participante dijo que necesitaría más tiempo para recuperar su “normalidad”, puesta entre comillas porque en la normalidad de Ula el goce no le condiciona particularmente la vida. Así que pensamos que también habría ganado con unas sesiones grupales de más; lo cierto es que al menos ve una perspectiva de futuro a sus días desilusionados, y solamente ahora habla de normalizar su vida. Entendemos que perturbaciones pequeñas o pertinaces en el equilibrio psíquico y orgánico acaban vulnerando todo el sistema del ser, que tiene que volver a reorganizarse. Lamorga (2008) nos lo explica, diciendo que a veces la brillantez de enfermar no es un déficit estructural, sino la mera posibilidad, a partir del órgano lesionado, de desplazar el eje de vida del paciente con miras a restablecer una reestructuración respecto de su propia historia, y por qué no, de su posición existencial. La mayoría de las participantes de GAFA dijeron frases clásicas como “*parece que me hizo falta la enfermedad... para darme cuenta de...*”. Sobre todo darse cuenta de lo que cuenta en su vida, dijeron, mayoritariamente amor y relaciones humanas. A Ula le hizo falta la enfermedad para producir un corte visible con su entorno y su falta de ilusión; esta ahora estará justificada. A partir de un tumulto inicial, las estructuras disipativas habilitan la apertura de nuevas prioridades.

Charis vino al grupo con una dosis alta de rechazo silencioso de todo, excepto del significante “cuidado”; creo que tiene aún puntos para trabajar, personales y grupales, por lo que deduzco que si GAFA hubiera seguido 3 o 4 sesiones más, se habría

beneficiado más de la experiencia. Su estado de alerta permanente, volcado hacia el exterior, también habría menguado. En el caso de esta participante, que no vino muy dispuesta a sacar provecho del grupo, podemos decir que su vacío es neurótico, delimitado por una castración que ella asume y acepta sin más. Aunque su necesidad no remita a nada, se pudo constatar que aun así necesita de una exterioridad subjetiva que la sostenga, un *Otro*, una contención que recoja sus quejas pero que al mismo tiempo siga limitando su espacio vital y siga distraendo su falta de libertad. Su carencia de interacción afectiva calurosa es el relato de una historia de amor abortada, cosa que manifiesta el anhelo que siente hacia ella. Dio por concluida su vida marital sin abandonarla, y los episodios de su vida que nos relató están llenos de esta ausencia inconclusa: efectivamente, sus reflexiones e intervenciones solían girar alrededor de este tema, pero además giraban sobre sí mismas de una manera cíclica que no admitía discrepancia, y acababan sedando al grupo. Su voz era suave, pero sometía asombrosamente todas las ideas de las demás a la tiranía de sus razones.

Nora vino al grupo con un cuerpo hostil, enfermo, que no podía revestirla narcisísticamente; sus ideas normalmente claras eran muy lúcidas en todas las sesiones, pero encubiertas, denotando las lagunas propias de la resistencia a todo lo psíquico; sin embargo y pese a un soporte biomédico que la sostenía, ella sabía bien de qué tipo de grupo se trataba y se apuntó a él, cosa que revela, a pesar de su escepticismo, una dosis de confianza y expectativa. Para ella, en el cruce de la biología con las “neuronas”, el estudio de los sistemas complejos se le presenta como una nueva alternativa pluridisciplinaria y tan rigurosa como cada una de las disciplinas por separado. La bancarrota del amor que sacudió a esta participante antes de la irrupción del cáncer no es más que un recuerdo de otra sacudida, más arcaica, pero que iba por la misma línea: la de una caída aparatosa de sus ideales amorosos; le costó aceptarla, pero empezó a verla. Kandel (2007), investigador en neurociencias y premio Nobel de medicina, explica que cuando una situación desborda a una persona, la angustia se traduce en una incapacidad de responder según los condicionamientos previos; este nuevo aprendizaje deja igualmente huellas sinápticas, aunque en 9 sesiones sea difícil hablar de inscripción de las mismas. Nora daba la impresión de estar muy entera consigo misma, y cualquier interrupción en su manera de captar la vida le resultaría amenazante o al menos perturbadora; así que creo que GAFA la *perturbó*, pues la enfrentó con maneras de ver la vida que ella habrá vivido de manera agresiva, cuando en realidad eran conciliadoras. En la última sesión intenté hacérselo ver, y las demás también, pero ella se agarraba a su condicionamiento previo. El sujeto no suele quejarse de sus fantasmas, sino de sus síntomas, y pide que se le libere del sufrimiento del síntoma, pero a condición de quedar preservado del secreto de su fantasma y de la satisfacción que extrae de él, como nos recuerda Bassols (1997, p. 21), al ser el fantasma la ventana con la que cada uno enmarca la realidad que percibe. Aunque el discurso de Nora cogía al principio de las sesiones un tono paradiscursivo (como hablar de ropa, zapatos...), en el fondo, ella nunca hablaba de cosas desligadas de su realidad interior; con una expresión dulce y apacible, y con un discurso muy pausado, iba ritmando e hilvanando muchísimos temas de nuestro grupo (*Vid. Anexo 2: Historia del grupo*), denotando el poder de **conducción temática** que tenía sobre él. Cuando Nora exponía temas propios lo hacía con mucha prudencia, reflejando la pobre confianza que tuvo en la vida y en los demás, de ahí que la terapeuta la alentase a hablar (*Vid. Patrones comunicativos del cap.6, rodaje mayor*); la cadena de temas que introducía empezaban por una castración (lo que **no** pudo hacer, lograr, lo que **no** tuvo, **no** hizo...), recreando lo avara que es la vida con ella

últimamente y lo difícil que es para ella **conducirla**. Lo positivo con Nora es que permitía y aceptaba interpretaciones de la terapeuta.

En todas las historias de vida de cada participante podemos escuchar que hubo una ruptura libidinal aguda o latente y lenta antes de la irrupción del cáncer; separaciones dramáticas para tres de ellas, marcha de los hijos, divorcio de otro hijo, exigencias maternas, pérdida de objetivos vitales y males de amor. GAFA dio un nombre a estas rupturas para reanudar la construcción resiliente.

En cuanto a las perspectivas de futuro, se han nombrado poco en las sesiones; sin embargo estaban latentes: GAFA trabaja para la vida y la reconstrucción, pero no es una reconstrucción conductista, sino subjetiva, que cada una debe descubrir en su interior. GAFA otorga a sus miembros una lectura distinta del dolor y del sufrimiento, y así pretende aclarar el fundamento de las quejas para poder mirar al futuro de manera más pacificadora, renovando la esperanza de vida y la perspectiva del futuro próximo. Todas han apreciado, directa o indirectamente, el impacto de una cierta anomalía que irrumpió en sus vidas, y que no era solamente un ataque biomédico. Al fin y al cabo, el desarrollo de la perspectiva de futuro es un aprendizaje, y todo aprendizaje es social a pesar de los orígenes biomédicos de la sintomatología. “Aprender a aprender” es en sí una perspectiva de futuro, y “aprender a pensar” es una meta perseguida por GAFA que mira hacia el futuro. Creo que los resultados invitan al optimismo.

Respecto a la potenciación de **la conciencia interpersonal**, podemos apreciar en las crónicas de las sesiones la vitalidad del discurso creado. Los turnos gozaban de un ritmo *allegro* y *andante*, y de un contenido muy rico en significaciones, incluso críticas. No se puede eludir que el sentimiento transmite vitalidad al pensamiento. Se nota cuando los significantes circulan libremente en una reunión, provocando a su paso una agradable sensación de endorfinas; sin ello, una reunión parecería aburrida. En GAFA no hubo monotonía. En las nueve sesiones estudiadas no se dio este fenómeno. Hubo pensamientos y sentimientos, sensaciones e intuiciones, ingredientes vivos que construyen un lazo social redentor. Lacan, en su seminario *Encore* (1975), introduce el amor que encarna la relación con el Otro pero que se realiza en el discurso, donde hay lazos sociales; la palabra da precisamente esta satisfacción que falta donde falla el goce. En otras palabras, la relación con el Otro va a parar a un lugar de falta (de significante), que a su vez hace que uno busque a Otro, precisamente para intentar colmarla. En este sentido, GAFA, con su función estructurante, potenció el desarrollo de la conciencia del Otro.

7.3.3. Revisión epistemológica de las significaciones creadas

La epistemología es la rama de filosofía cuyo objeto de estudio es el conocimiento científico. Según Platón, esta teoría del conocimiento es un subconjunto de lo que forma parte a la vez la verdad y la creencia. Lacan añade una verdad corporal y habló de *epistosomática* en vez de psicósomática para recordar que el saber lo tiene el cuerpo (Miller, 2003).

A partir de lo que Bachelard (1948) llama psicoanálisis del conocimiento objetivo, procuramos en este apartado producir un conocimiento que no se conforme con el cómo

fenomenológico. Así que interrogaremos al inconsciente y a la transferencia con el terapeuta para recopilar las significaciones que generaron las participantes en las sesiones (*Vid. Historia del grupo: Vaciado analítico de las sesiones en Anexo 2*) y que adquirieron su sentido alrededor de su existencia y su historia de vida. No hay denominaciones por parte de la terapeuta, sino que, bajo la perspectiva del análisis de la comunicación, ella recoge la atribución de significaciones en una cadena de construcciones que las participantes arrojan en el lenguaje de las sesiones; al fin y al cabo, es lo que más *pre-forma* la conciencia de los miembros de un grupo. El pensamiento pre-científico está vinculado con el pensamiento simbólico (Bachelard, 1948), y el símbolo es una síntesis activa del pensamiento y de la experiencia. Un mensaje y el código que lo representa son inseparables. Las palabras que se repiten, las metáforas y metonimias, la manera de hablar y las demás variables de la comunicación enseñan que en cada reunión se pueden producir nuevas realidades, que con su condición mutante llegan a pulverizar a otras anteriores. En el anexo 2, añadimos a ello un análisis de las formas y condiciones en que la producción de esas significaciones y temáticas tiene lugar.

Por otra parte, a más riqueza comunicativa, más posibilidad de reconocimiento y de aplicación de las significaciones generadas, puesto que se crea una experiencia vivida y se funda un nuevo sentido, posiblemente una nueva huella sináptica en nuestra memoria. Hay un efecto de verdad que se genera a través de la producción del discurso y del manejo de las significaciones.

Siguiendo a Bachelard, quien nos recuerda que para el progreso del pensamiento es más importante aquello que limita un conocimiento que aquello que lo amplía vagamente, nos *limitaremos* a recorrer las sucesivas significaciones generadas, pero reagrupadas bajo la cabecera de un tema-base que teje un hilo conductor en cada sesión (Fig. 7.7). Recordemos que bajo los efectos de la asociación libre o versión libre de los hechos, **esas cadenas lógicas temáticas fueron generadas por las mismas participantes, no por la terapeuta.** Para facilitar la lectura, señalamos las significaciones por “S”.

Primera sesión: Tema: Cáncer

- S1: El cáncer como oso o animal feroz
- S2: El tiempo sin cáncer como tiempo de fortuna
- S3: El cáncer como promotor de capacidad trascendental
- S4: El cáncer descompone la imagen unificada
- S5: Aun con cáncer rescatamos a los seres queridos
- S6: El cáncer ayuda a revelar aspectos encubiertos
- S7: El cáncer como privilegio
- S8: El cáncer como excusa
- S9: Con cáncer “tiras tú misma del carro”
- S10: El cáncer como función materna deteriorada
- S11: El cáncer: una enfermedad cualquiera

Segunda sesión: Tema: El sentido de grupo

- S1: El grupo, un lugar de cohesión frente a los grupos del exterior
- S2: Grupo libre de herencia genética del mal
- S3: El cáncer es un antiggrupo
- S4: El grupo mujer frente al grupo hombre

Tercera sesión: Tema: Grupo adulto

- S1: Conciencia grupal
- S2: Edad madura del grupo

- S3: El control ahoga
- S4: El grupo como gestación
- S5: La sobreprotección ahoga

Cuarta sesión: Tema: Adopción de roles

- S1: Ser responsable de todo y todos
- S2: Ser sometida
- S3: Ser culpable
- S4: Ser autónoma
- S5: Ser diferente
- S6: Generalizar para no personalizar
- S7: Observar, conducir y ayudar

Quinta sesión: Tema: De retrospecciones y reflexiones

- S1: El amor como sostén de vida y de ego
- S2: La vigilancia permanente fomenta la represión
- S3: Encontrar el lugar propio sin invadir al Otro
- S4: Las perspectivas de futuro
- S5: Lograr la independencia sana

Sexta sesión: Tema: De amos y esclavos

- S1: El dolor-amo y el cuerpo-esclavo
- S2: El abusador-amo y el cuerpo-esclavo
- S3: El silencio amo
- S4: El saber amo
- S5: La madre amo

Sesión séptima: Tema: Efectos del cáncer

- S1: El cansancio aplastante
- S2: Pérdida de ilusión
- S3: Jubilarse o seguir trabajando
- S4: Malestar propio de la incubación
- S5: Miedo
- S6: Es una “enfermedad crónica”

Octava sesión: Tema: Cáncer y muerte del grupo

- S1: Escasez de tiempo
- S2: Pérdidas
- S3: El saber: ¿una ficción o una función?
- S4: Los protocolos protegen
- S5: Planificar perspectivas de futuro

Novena sesión: Tema: Evaluación: Del odiseo a la odisea

- S1: Caminar juntas un rato más hacia el futuro
- S2: El anonimato protege
- S3: Negar la impotencia ante un problema
- S4: La influencia materna
- S5: El superyó castigador
- S6: El amor anula al dolor
- S7: Estar sin anclaje
- S8: Sentirse juzgadas
- S9: Y sigue la ayuda...
- S10: ¿Enfermos o enfermedad?
- S11: El grupo: una ventana
- S12: Desde la subjetivización hasta la despersonalización

Fig. 7-7: Resumen de nudos temáticos y significaciones.

7.3.4. Discusión

Deslizando la lectura sobre las temáticas anteriores, vemos como las palabras llevan a que cuajen unas significaciones, y a que el grupo se convierta en un lugar público y paradójicamente solitario que permita debatir lo privado en clave social. La gramática, la sintaxis, la articulación y la semántica se combinan para que las palabras siempre tengan sabor a algo: un saber. El saber que se desentraña es un saber sobre la vida, el amor, el dolor, la risa, la muerte y otros temas cuyo ritmo palpitante arrulla la transición grupal. Nuestras participantes hablaron de síntomas pero también de ideales, como lo demuestra la temática desglosada; exploraron su infortunio (el ataque canceroso) pero sin llegar a la morbosidad, y con la agilidad temática, reflejaron los mil matices de la vida.

Las secuencias temáticas del grupo y las significaciones extraídas organizaron paralelamente etapas grupales, que cuajaron el movimiento del grupo desde la fase de despersonalización hasta la fase de posición subjetiva. Para sustentar estos avatares, utilizaremos la malla teórica de los trabajos de Nitsun (1989) y de Schutz (1989).

El ángulo de estudio grupal de Nitsun (1989) y Schutz (1989) es el individual; ambos vinculan el desarrollo grupal al desarrollo del individuo.

Nitsun (1989) sitúa los pasos más angustiantes de un grupo en su inicio, puesto que esta fase es análoga a los primeros meses de vida de un niño, durante los cuales el niño tiene que negociar unas áreas fundamentales del desarrollo de su ego, como, por ejemplo, la integración, esta fase tan importante que, según Winnicott (1964), sigue a la desintegración del *self* con la que nace un niño. El grupo da a sus miembros un espejo organizativo, tal como, en el cuerpo, el estroma o tejido conectivo conectan los órganos.

Schutz (1989) encontró en sus investigaciones que las fases de interacción en un grupo cumplen un ciclo que guarda relación con las necesidades interpersonales individuales; las relaciones personales orbitan alrededor de las influencias que la persona ha ido recibiendo. Y del mismo modo que un grupo discrepa internamente, una persona puede tener conflictos internos que se reflejarán en su conducta. Además, Schutz explica que, cualquiera que sea la duración de un grupo, este presenta ciclos de inclusión-control-afección, de la misma manera que a una persona se le plantean problemas de inclusión en su medio, de control de su realidad o de afectos. Los ciclos pueden repetirse varias veces desde la conformación de un grupo hasta su disolución programada. Por último, Schutz avisa que el ciclo se invierte cuando se aproxima el fin previsto del grupo.

La fase de inclusión comienza con la creación del grupo, cuando, confrontados entre sí, los participantes buscan y encuentran su lugar en algún punto de ese radio imaginario que va desde el centro del grupo hasta la periferia. La ansiedad que provoca la inclusión puede hacer que las personas hablen demasiado, se aparten, narren historias apasionantes o incluso practiquen el exhibicionismo. Cada miembro se pregunta hasta qué punto debe integrarse en el grupo, se cuestiona si los demás se darán cuenta de quién es él y de qué es lo que sabe hacer, o si lo diferenciarán del resto. Se trata de un problema de identidad. En GAFA, **la primera sesión** atajó este problema de identidad, que acabó cuajando en la cuarta sesión: las participantes empezaron a hablar de significaciones metafóricas sobre el cáncer (*cáncer como animal, privilegio etc.*) para concluir con una significación metonímica, en este caso incluso derisoria (*el cáncer,*

una enfermedad cualquiera); en **la segunda sesión** se manejó el sentido de cohesión grupal frente al antigrupo (término acuñado por Nitsun, 1989), donde el antigrupo son el cáncer y las personas que no forman parte del grupo. **La tercera sesión** alborea el grupo como una gestación embrionaria, con identidad ya propia y formada, y con una conciencia establecida. Por fin, **la cuarta sesión** cristaliza esta inclusión madurativa poniendo en evidencia los roles que cada participante adopta en el grupo y en su vida (*responsable, sometida, culpable, diferente, etc.*).

En la **fase** denominada por Schutz de **“control”**, plasmada también en la cuarta sesión, las participantes ya se han establecido, y el interés se centra en el procedimiento de lograr una posición que satisfaga sus necesidades de control, de influencia, de poder y de responsabilidad. En esta fase se expresa la necesidad de ser reconocido por las demás como competente o responsable.

En la **fase** siguiente, **de afecto**, surge el plano que define la necesidad de amar y ser amado, que va desde iniciar una relación afectiva con todo el mundo hasta no intimar con nadie. En esta fase se pueden detectar conductas en las que se evitan lazos estrechos con los demás y se manifiestan compatibilidades interpersonales. Es habitual ver la expresión de sentimientos positivos, o bien hostilidad directa, celos y formación de parejas. La ansiedad primordial de no despertar simpatía en los demás puede elevarse y terminar con el alcance de un punto cómodo para cada persona de cara al intercambio de afecto. El nudo temático despertado en **la quinta sesión** desliza las significaciones sobre el *amor como sostén*, el *amor como represión o como independencia sana*, y sobre *perspectivas de futuro* atajadas por el vínculo amoroso; **la sesión sexta**, de amos y esclavos, rapta el sentimiento de amor en una secuencia dramática y evidencia una posible dimensión trágica del amor: efectivamente, si la secuencia grupal anterior estaba marcada por la tarea de ***hacerse un cuerpo*** (*de identidad, de gestación*), la secuencia de la sexta sesión relata qué es lo que puede pasar cuando una está ***a solas con su cuerpo***, atrapada en deseos de otros o arrastrada por sus miserias, hasta alcanzar consecuencias devastadoras o incluso mórbidas; es interesante ver como el despliegue del significante *amo* -Lacan los denomina semblantes- (*cáncer, dolor, abusadores sexuales, silencio*) acaba adquiriendo un tinte menos trágico (*el saber*), caracterizando una perspectiva de futuro más constructiva para ellas.

En **la séptima sesión** se abordan los significantes *cuerpo* y *amor*: fruto del cambio de posición subjetiva de esclavo a amo, se produce drásticamente una evitación histórica del amor, y se muda el significante *amo* al *cansancio corporal* que se enquistaba supuestamente después del cáncer. En esta secuencia, se desplaza la ganancia-pérdida del amor-sometimiento hacia otra pérdida, la de la independencia física; se gana en independencia amorosa pero se gana en cansancio y/o fatiga crónica, subrayando el eje axiomático de la castración. El amor que normalmente se funda sobre un encuentro topa con esta imposibilidad. Este aspecto desaliñado ratifica lo que dice Schutz sobre la inversión del ciclo grupal cuando se aproxima el final previsto. Sin embargo, **la octava sesión**, la última del ciclo previsto para GAFA, además de hablar de muerte y de pérdidas (la del cáncer y la del grupo), recoge un nudo temático protector (*el saber, los protocolos sanitarios y las perspectivas de futuro alentadoras*). Efectivamente, el grupo dedica su discurso a debatir la angustia que se eleva ante los finales y las pérdidas, y corona su lucha con un logro positivo que sostiene a las participantes, el de la protección y de las perspectivas del saber.

Con este recorrido sobre los efectos de significaciones a lo largo de las fases grupales llegamos finalmente a **la novena sesión**, que fue pensada como un espacio evaluativo. La pregunta por lo que enseña esta sesión vuelve a lanzar la pregunta que nos hacemos ante toda casuística: *¿Cómo las participantes hicieron uso del grupo para maniobrar con sus carencias, para avanzar y separarse de su historia, o para elaborar su nudo constituyente?*

Este noveno encuentro *a-parte* no deja de ser un elemento de la serie a partir de la cual las participantes se inscriben en la realidad, como lo demuestran algunas significaciones (*el anonimato protege, negar la impotencia*). Además permitió desarrollar un conocimiento corporal que fue más allá de la simple imagen (*sentirse juzgadas, enfermos o enfermedad*), recordó el amor narcisista, sostenido por la identificación especular grupal (*estar sin anclaje*) y el amor reconciliador con la vida (*el amor anula el dolor*). Las últimas significaciones temáticas nos llevan en dirección a la apertura hacia el futuro mediante el saber analítico (*una ventana*) y realzan que las posiciones subjetivas descubiertas no se quedarán en una quimera (*desde la subjetivización hasta la despersonalización*). La figura siguiente (7.8) ilustra el pasaje del grupo a través de las fases y las significaciones creadas.

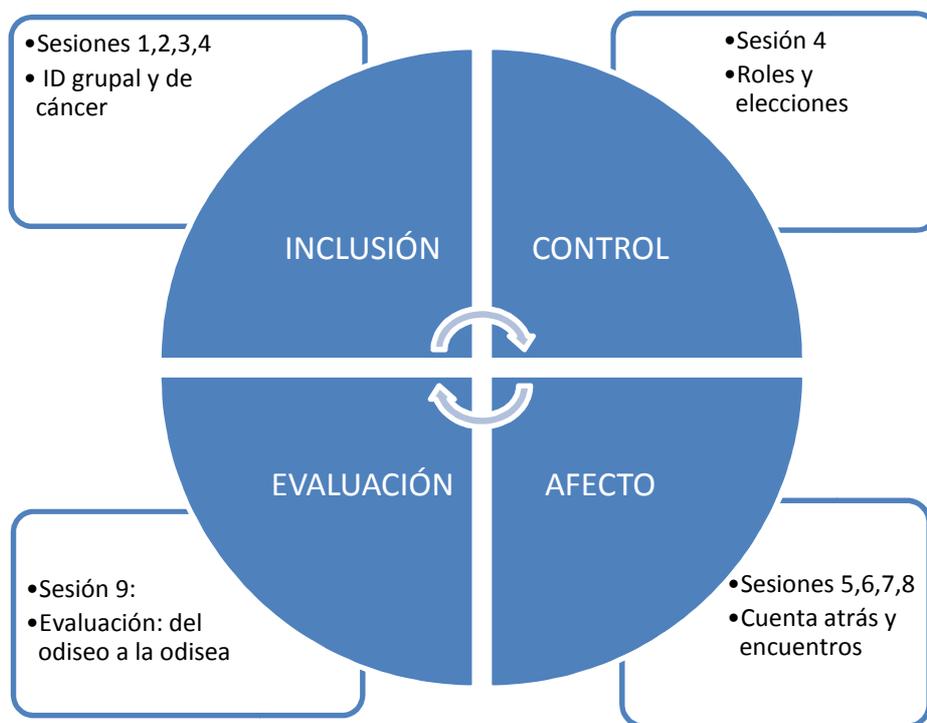


Fig. 7-8: Fases del grupo y cadenas temáticas.

En nuestro grupo, algunas participantes salieron vacunadas porque reconocieron ser responsables de su deseo. Otras, sin embargo, consiguieron borrar el lazo de sus quejas con su posición subjetiva de responsabilidad y quedaron cautivas en los entresijos de su inconsciente, o al menos esto pareció. Sin embargo, según mi parecer, aunque hayan quedado cautivas en su manera de ver la vida, como mínimo habrán tomado conciencia de que existen otras maneras más saludables de verla. La prueba de ello es que al final del proceso intentaron destituir a la terapeuta, fenómeno habitual que denota ganancia

en las pacientes y renuncia parcial al goce, este algo que excluye la coherencia y rechaza el saber del inconsciente.

Los nudos temáticos generados respetan el encuadre psicoanalítico de asociación libre; se generó una rotación evolutiva gracias al saber culminado durante la travesía del grupo. Hipotetizamos que si el grupo hubiera durado más sesiones, hubiera habido aún más profundidad en el significado generado. El cáncer de mama, el significante mayor alrededor del cual se formó el grupo, fue el elemento revolucionario que introdujo la inquietud de lo negativo según las ideas hegelianas y sigue siendo el recuerdo más perdurable de las participantes; pero las palabras y las horas no se gastaron en vano: forjaron una cadena de significantes subjetivos, además de la cadena de nudos temáticos.

7.3.5. Conclusión sobre la evaluación de la terapeuta

El contenido temático, lingüístico y semántico, así como el modo de enunciación y asociación han servido para valorar las reuniones transcurridas, analizar su contenido psicoanalítico y medir su evolución. Mientras la valoración de las participantes demostró que hubo un descongelamiento de los significantes personales de cada participante, la valoración de la terapeuta demostró como la “cura” produjo un viraje en los nudos temáticos y una revitalización positiva. El texto literal y su tratamiento alegórico manifestaron la profundidad de las significaciones, que, además de ser evolutivas, ilustran un horizonte de esperanza y un futuro con ambiciones, al menos para la mayoría de las participantes. El olvido se mutó por la construcción de perspectivas de futuro, y el saber como ficción se mutó por saber como función. La preocupante buena relación con la muerte, disfrazada por el goce de ser necesitadas, se mutó por un vínculo más sólido de ayuda real hacia los demás. Por otra parte, los significados revelados ilustraron como las participantes pasaron de tener una conversación de orden superficial, a poder responder intuitivamente a los pensamientos de los demás.

Al deshilar cuestiones que atormentan a las participantes, esclarecerlas y hablar de ellas, se dilucida la posición subjetiva en relación a esos problemas que dificultan la vida, y se permite que un síntoma analítico (un síntoma más la suposición de una causa) declarado vaya perdiendo fuerza y se relativice. El sujeto consigue organizar su mundo gracias a un síntoma desencadenado, el cual es, al mismo tiempo, un condensador de satisfacción pulsional, la expresión de un conflicto profundo y el reflejo de la dificultad de situarse subjetivamente en relación a algo en su vida. Es la manifestación del fracaso del ideal, o la ocurrencia singular que tiene un sujeto para superar lo traumática que le haya parecido alguna desidealización.

7.4. Valoración general de la experiencia

Se toma de esta investigación el carácter dialéctico y espiral de la interacción, pero sobre la base de un vínculo construido y fundamentado él mismo sobre las necesidades

y el amor. El esquema GAFa permite la entrada del psicoanálisis en el discurso social, y, siendo interdisciplinario, permite este abordaje pluridimensional que, fiel a la subjetividad analítica, excluye todo conformismo preconcebido. Como dice Kandel (2007), el empeño humanista por comprender la mente humana insufla fuerzas a la medicina. La psicoterapia produce cambios en el cerebro; así de claro nos lo confirman Etkin, Phil, Pittinger et al. (2005), así como Kandel (2007). Ellos explican este cambio como una forma controlada de aprendizaje en el contexto de un vínculo terapéutico, y confirman así la efectividad de la psicoterapia interpersonal psicoanalítica; también ratifican que las relaciones entre la actividad cerebral y la conducta se observan sólo cuando el estímulo se procesa inconscientemente, con lo que se corrobora la evidencia de que la efectividad de una terapia tiene que ver con el intento de normalizar desviaciones inconscientes.

Los objetivos *G-A-F-A*, el del polo de la reconciliación con un yo sacudido por la enfermedad (*Analíticos*), el de la formación sobre mecanismos defensivos (*Formativos*), y el del soporte (*Ayuda*), se han conseguido, y las conclusiones analíticas no escapan del filtro del protocolo empírico.

Este capítulo ha valorado la presente experiencia desde la orilla de la subjetividad. El próximo capítulo recoge los resultados del capítulo 6 y la doble evaluación del capítulo 7 para fundirlos y contrastarlos con los objetivos generales de la experiencia. Asimismo, sobre la base de la efectividad y la aplicabilidad social, se proponen propuestas futuras para la intervención y para la investigación.

Capítulo 8

8. Conclusiones y propuestas de futuro

8.1. Introducción

La presente investigación constituye un estudio de la comunicación con fines terapéuticos (con sus correlatos clínicos), y su axioma fundacional es la ayuda, así que podemos enmarcar doblemente este estudio como:

- A) Un modelo de intervención.
- B) Un modelo de investigación.

A) **Desde el lado de la intervención**, GAFA diseña una intervención terapéutica innovadora en el sentido de que se sitúa en tres ángulos de enfoque terapéutico que tradicionalmente no trabajan juntos —el analítico, el psicoeducativo y el social—, y aúna los beneficios de los tres. Además, la experiencia incorpora la perspectiva de la comunicación relacional (sistémica) en los grupos pequeños. La intervención de la terapeuta constituye una manera novedosa de indexar y clasificar aportaciones que habitualmente se hacen en nuestra práctica de manera espontánea, y que son el resultado de la suma de los aprendizajes a lo largo de los años.

Se han revisado los grupos terapéuticos, haciendo hincapié en los parámetros estructurales y funcionales de grupos que emanan de los tres paradigmas revisados y capturando de ellos elementos que han ayudado a definir los referentes de GAFA. A continuación se ha presentado el protocolo de la intervención: los objetivos generales, los fundamentos teóricos, la conceptualización psicoterapéutica y sus aspectos técnicos.

B) **Desde el lado de la investigación**, GAFA combina de manera original un instrumento de observación abierto, que es el formato de campo, con los beneficios de los sistemas de categorías, de forma que se ha diseñado un instrumento de trabajo cualitativo y cuantitativo, sumando las ventajas de ambos y compensando sus desventajas respectivas. La configuración de los turnos ha sido el resultado de haber registrado datos concurrentes en su sucesión temporal, lo que permite descubrir patrones de ayuda.

El recorrido, visto desde la mira de la investigación, ha pasado por las fases siguientes: la concepción psicoterapéutica del método GAFA, la preparación y la convocatoria de la primera edición de las sesiones, la grabación de las entrevistas previas y de las reuniones realizadas, y la elaboración del sistema de codificación multidimensional de secuencias de eventos en el tiempo. Se ha evaluado el grado de concordancia en la observación, y se han sometido los datos a los análisis que interesaban para los objetivos generales y específicos que han sido delimitados por el estudio.

En cuanto a la construcción empírica realizada, en primer lugar, presenta la metodología, el diseño, la aplicación del método, los instrumentos técnicos, la elaboración y la construcción de un sistema complejo de codificación multidimensional con 4 dimensiones básicas y 45 códigos (más un código de control interno), y en

segundo lugar, desglosa el procedimiento. Acaba con el análisis de los resultados empíricos que reflejan la dinámica del grupo, seguido de los resultados de valoración subjetiva, tanto desde el polo de las participantes como desde el de la terapeuta; ambos permitieron orientar la lectura del grupo como caso clínico.

En líneas generales, la experiencia relatada puede ser valorada como positiva por los motivos siguientes:

- Los resultados empíricos obtenidos;
- El camino hacia la efectividad de las reuniones GAFA
- La aplicabilidad social que está en juego.

Comentaremos cada uno de estos puntos en los apartados siguientes y acabaremos hablando de propuestas para el futuro, desde el punto de vista profesional clínico y desde el punto de vista del investigador.

8.2. Resultados empíricos obtenidos

En el capítulo 6 se han analizado los datos obtenidos, apartado por apartado, así que en el capítulo actual los revisaremos en conjunto y en relación con los objetivos generales de GAFA.

Hemos sometido 2053 turnos a la codificación y a tres técnicas de análisis: la descriptiva, la de retardos y la de coordenadas polares.

El capítulo 6 ha demostrado que la actividad discusiva (Tarea) y el seguimiento atencional con apoyo emocional (Relación) se han dado a lo largo de toda la experiencia. Los datos mostraron igualmente que las conductas emocionales están controladas por la terapeuta, y que las cascadas paradiscusivas y los turnos discusivos se facilitan, o bien se limitan, en función del tipo de intervención que emite el profesional; de igual importancia, el *insight* resiliente responde básicamente a las intervenciones de corte psicodinámico. Por otra parte, se ha visto como las díadas formadas atienden a la singularidad subjetiva de cada participante. En cuanto a la descripción del ejercicio de la palabra, nos encontramos con un grupo que liquidó una rápida secuencia de formalidades (primeras fases grupales) para adentrarse muy rápidamente en el hoyo de las cuestiones de su interés y atrapar los elementos constitutivos de su realidad interna inconsciente, o sea, los significantes de una cura con andamiaje analítico.

A la luz de los objetivos generales de GAFA descritos en el capítulo 3 (potenciación de la resiliencia, perspectiva de futuro y conciencia interpersonal), concluimos lo siguiente:

A) **La resiliencia** está promovida, entre otras cosas, por las intervenciones interpretativas analíticas o psicodinámicas, como se detectó en los patrones encontrados y descritos en el cap. 6: A raíz de un *insight* aceptado, cada sujeto elegirá entre seguir con su **pulsión** (que responde a su fantasma), y que no es resiliente, o tomar una **decisión** reflexiva (que responde a la cognición), y que es resiliente. Desde la óptica valorativa y subjetiva, el cap. 7 demostró como las temáticas iban en espiral hacia un polo más sano, ratificando la teoría resiliente de que internalizando las conductas de

autocuidado, la atención terapéutica psicosocial contribuye a liberar los propios recursos afectivos, cognitivos y pragmáticos, y va en línea con las aportaciones empíricas del Dr. Servan Schreiber (2008) citado en la introducción, que culminan con que comprender y sanar las heridas psicológicas refuerzan los mecanismos biológicos contra el cáncer.

B) **Las perspectivas de futuro** responden mejor a los turnos discursivos, que, después de una primera confrontación en el rodaje menor, se vuelven más decisivos y menos confrontativos o, digámoslo así, más “receptivos” al cambio propuesto en el rodaje mayor (Cap. 6). Gracias a la discursividad, las decisiones futuras responden a una realidad interna consciente; el estado somático, aún atrapado entre la realidad inconsciente y real corporal, deja de ser necesario para mantener la homeostasis psíquica. **Se pasa de la impotencia a la imposibilidad**. Esos resultados, obtenidos del cap. 6 van en línea con la valoración de las participantes y el contenido temático recogidos en el cap. 7, que sostienen la relevancia del eje formativo de la experiencia en el aprendizaje de perspectivas de futuro.

C) **La conciencia interpersonal** depende más de la conducción social que de la profesional: los patrones obtenidos en el cap. 6 han mostrado a lo largo de toda la experiencia que las conductas emocionales están controladas por las intervenciones de la terapeuta, así que la paradiscursividad opera como remedio o como dique a una cascada de emociones que sería imposible recoger en nueve sesiones. En realidad, desde el punto de vista clínico es peligroso hacer que GAFA sea un espacio interpersonal demasiado emotivo, sin formación ni conducción social, porque las participantes podrían psicotizar. Consideramos adecuado un grado de *arousal* (despertar, incitación) lo bastante empático para tomar conciencia del otro y lo bastante sociocognitivo y reflexivo para no perderse en él.

Por otra parte, **la deseabilidad** de la experiencia, codificada por un código de control interno **D** (Vid. caps. 3 y 5), ha sido la responsable de que la experiencia haya pasado por fases episódicas deseables e indeseables. Las fases deseables empiezan con una actitud de empatía y expectación, pasan por el nivel de vínculo y acaban con la cura del tejido social. Normalmente, se ha podido constatar que esos *clusters* o episodios de deseabilidad estaban normalmente dominados por las intervenciones de las participantes, sin que la profesional haya tenido que intervenir. En cambio, los episodios menos deseables —que empiezan en el nivel básico de interacción física, o que emanan de una degradación de un nivel más alto, pasan por un nivel de acción-reacción y que acaban en un tercer nivel de inflexión— están seguidos de intervenciones facilitadoras por parte de la terapeuta; esto evidencia que el deterioro de la comunicación empuja al sujeto a volver a usar formas arcaicas de mecanismos defensivos —lo que revela una resistencia al cambio— y que el cambio positivo de las participantes sienta sus raíces en la interacción comunicativa preferiblemente recíproca. Estos datos de control interno ratifican los estudios psicoanalíticos que afirman que una **reacción** terapéutica negativa es una **relación** terapéutica negativa (Jonckheere, 2000). Si comparamos los niveles de deseabilidad de los rodajes menor y mayor (ver anexo 6), vemos que el nivel de deseabilidad D5 subió de un 3% a un 8%, y el nivel D4 subió de un 43% a un 53%, mientras el nivel de inflexión D3 bajó de 47% a 31%. Esos datos confirman la idea de que el grupo cuidó del tejido social considerado efectivo según el marco teórico establecido. Por otra parte, si comparamos los perfiles de las participantes recogidos en las entrevistas previas (Cap. 5) con los datos evaluativos subjetivos (Cap. 7), podemos

constatar que estilos comunicativos diversos al principio, se conjugaron a lo largo de las reuniones orientados por el compromiso con la cura social.

Desde **la perspectiva evolutiva grupal**, el uso de dimensiones como la estructura participativa del habla, paralelas a la situación de relación y tarea, permitió estudiar la evolución del grupo a través del cruce de los datos descriptivos generados (*Vid* cap.6) y establecer ecuaciones entre el proceso comunicativo y el proceso terapéutico. Este acercamiento procedimental permitió valorar la dinámica grupal en su visión global y comparar los rodajes del grupo. En el rodaje mayor, los turnos se hicieron más largos testificando del nivel de escucha grupal; hubo más turnos por parte de las participantes y menos por parte de la terapeuta, testificando de la autonomía lograda; la duración de los turnos empáticos aumentó, mientras su número disminuyó, y la discusividad abierta fue a la baja mientras paradójicamente el habla compartida aumentó ligeramente. Esos datos empíricos siguen las fases evolutivas grupales de Schutz (Caps. 1 y 7) y sitúan al grupo en la fase de inclusión en el rodaje menor y en la fase de control-afecto en el rodaje mayor, donde las participantes luchan por sus posturas personales, sabiendo que la muerte del grupo está cerca, y intentando lograr un grado de consenso demostrado por la baja discusividad.

En cuanto al **estudio de la comunicación en grupos pequeños**, se ha conseguido describir la estructura dialógica de la interacción, la actividad participativa del grupo, la contribución del grupo para cumplir con el mantenimiento del contacto y con la tarea discusiva, y la posición interactiva de la terapeuta. Todo ello lo convierte en un instrumento válido y fiable para estudiar la interacción en los grupos pequeños. Asimismo, el estudio responde al objetivo de **valorar este intercambio comunicativo en función de la terapeuta**, mediante el uso del análisis secuencial, y permite la representación de las díadas comunicativas. De esta forma, GAFA se revela como un instrumento útil de estudio de la comunicación y de valoración terapéutica.

Los resultados aportados empíricamente (Cap.6) y el diario del grupo (anexo 3) nos ilustra un **papel de la profesional** que adopta de manera espontánea roles diferentes, *señalar, formar y facilitar*, indicando que esos tienen que ver con posicionamientos distintos, adquiridos y internalizados, y que forman una malla edificada, y que nada tienen que ver con roles pre-establecidos o planificados con antelación. Harré y Van Langenhove (2010) hablan de “posicionamiento” para explicar este fenómeno en el comportamiento social: implica que una persona incorpore un repertorio conceptual, y adopte una posición u otra haciendo que inevitablemente tenga que ver el mundo desde los puntos cardinales de aquella posición, practicando el discurso que le será relevante, incluyendo las metáforas, imágenes o conceptos que le pertenecen.

En cuanto a **los objetivos generales y específicos del estudio**, expuestos en el capítulo 4 y sometidos al análisis empírico en el capítulo 6, podemos realzar lo siguiente:

Las reuniones grupales consiguieron movilizar la historia de vida de las pacientes con una dosis de confrontación no muy alta durante el primer rodaje grupal, que además ha ido a la baja durante el segundo rodaje, aunque las intervenciones adquirieron más profundidad temática y más rodeo argumental. Esos resultados, añadidos al alto grado de empatía demostrado a lo largo de ambos rodajes, demuestran lo costoso que es para cada participante abrir la puerta al tornado del inconsciente; dicho de otra manera, el grupo demostró una resistencia analítica, además de una empatía hacia el otro que

deviene casi defensiva respecto a uno mismo (*Vid* cap. 3.1.3), ambas ilustradas por un bloqueo significativo en la discursividad confrontativa. Esos datos sugieren pensar en modos de agilizar la discursividad en ediciones futuras de GAFA, por ejemplo, dejando más temporalidad al grupo (2 o 3 sesiones más), agilizar la discursividad con intervenciones analíticas más incisivas - propias de una terapia más profunda -, o quizás revalorar la tabla de categorías para incluir en ella unas categorías de micro-procesos que no se contemplaron en la presente investigación, como por ejemplo sub-categorías a la categoría 24 (Tema personal discursivo), que contemplasen la resistencia manifestada por bloqueos discursivos, por bifurcaciones improcedentes en la conversación, o por redirecciones repentinas en el discurso, que dirijan la atención hacia otro interlocutor.

Por otra parte, pensamos que los acontecimientos se dan sólo cuando merecen producirse; la curiosa amalgama de factores resilientes, de incertidumbres, de tragedias y de alegrías que recogió el grupo, no puede ser contemplada con una visión superficial que precipitaría una discursividad positiva desde el punto de vista de la efectividad, pero que paradójicamente produciría un choque estéril con otros logros afectivos y emocionales: la democracia verbal *label* GAFA permite un viraje lento, pero seguro, hacia la libertad de ser sujeto de sí mismo y no sujeto del discurso de otros, y entorpecer este camino sería contraproducente; así que se propone no manipular esta resistencia de una manera confrontativa sino interpretativa. Por otra parte, el rodeo argumental que predominaba bajo forma de confrontaciones más pausadas que duraban más tiempo en términos de exposición, denotaron que el grupo ya no negaba lo que no le gustaba: sólo perdiendo el miedo a las palabras se pierde el miedo a las cosas; además, las participantes, quienes demostraron objetivamente sus dotes de altruismo desde el principio del grupo, ganaron en recursos y habilidades comunicativas: iban más rápido al grano y con más capacidad de simbolización, como también lo demostró paralelamente el capítulo 7 y el código de deseabilidad más alto; aceptaban valorar su rol dentro del grupo admitiendo poder cambiarlo sin por ello perder su identidad, lo que es signo de salud grupal (Yalom, 2000).

El seguimiento atencional y el apoyo emocional, mediatizados por las aportaciones del profesional, se dieron a lo largo de todas las reuniones. A lo largo de las sesiones, los turnos narrativos dejaban lugar a turnos con significado más profundo a raíz de las intervenciones interpretativas del profesional. Se realizó una efectividad grupal de cohesión afectiva y de movilización temática a lo largo de todo el grupo, aunque las diadas comunicativas que se formaron se demuestran diferentes en los dos rodajes, testificando la mediatización del grupo y la notable ganancia en autonomía de la mayoría de las participantes. La resiliencia que revestía esas participantes en su entrada al grupo, añadida a la concienciación interpersonal ganada, se refleja en una experiencia amorosa que da lugar a más resiliencia, y a una apuesta por el futuro que se desprende con más facilidad pese a las defensas neuróticas. “El grupo es algo más que la suma de sus miembros” nos enseñó Bion (1980, p.137), ratificando la importancia de la poca dispersión mental en un grupo para que las interpretaciones del profesional estén realmente recibidas y aceptadas.

Las participantes se dejaban evaluar y consentían a participar en respuesta a intervenciones grupales y de resonancia, pero era solo en respuesta a intervenciones analíticas que aceptaban examinar sus aspectos más íntimos ante el grupo, permitiendo la emergencia de su vida interna. Esas secuencias no variaron sustancialmente a lo largo del grupo, aunque se vistieron de más intimidad en el rodaje mayor; cuando se trataba

de intervenciones radicalmente confrontativas, con temas de forma o de fondo, las participantes respondían con la misma discursividad esperada; en cambio, en respuesta a intervenciones meramente funcionales, sólo había protodiscursividad. Se vio como el grupo ha sido la puesta en marcha de una política animada por el deseo de la terapeuta, reflejándose la dificultad que conlleva comunicar, saber y aprender.

El efecto de lenguaje testimonia de la intensidad de la emoción desprendida y del cambio en positivo de las necesidades del grupo: en el rodaje menor, la terapeuta empleó más tiempo en intervenciones de conducción y menos tiempo en intervenciones analíticas, mientras que en el rodaje mayor hubo casi el doble de intervenciones analíticas, al tiempo que se advertía un descenso en las intervenciones de conducción. Se demostró así como, una vez satisfechas las necesidades horizontales de pertenencia social, el grupo mudó sus necesidades a otras más profundas de creación de significados personales, testimoniando de la utilización de la ayuda generada, necesaria para este cambio, y de la ganancia en recursos mentales. Efectivamente, al final de la experiencia la mirada del grupo sorprende a las participantes como seres de deseo; las participantes que sólo existían para su propia mirada (Cap. 5.1) aprendieron a reconocerse en la mirada del Otro; si el cáncer hizo que sus valores vitales se tambalearan, ahora ellas pueden saborear este cambio y reconocerse en él (Cap. 7), ratificando la idea de que la desidentificación de atributos personales negativos es signo de cambio (Yalom, 2000) y que las modificaciones conductuales se dan porqué quedan modificadas las lecturas que se dan de las situaciones (Sunyer, 2005). Paralelamente, se observó un aumento de la capacidad de simbolización, de discriminación de significaciones y de construcción de significados (Lacan, 1966, 1999; Yalom, 2000). Asimismo, la intervención ha sido eficaz en cuanto a la duración y a los costes (Guimón, 2003), limitando las probabilidades de provocar el tradicional *burn-out* de los profesionales de la ayuda o la neurotización del grupo.

8.3. Camino hacia la efectividad de las reuniones GAFA

Hasta ahora no solo hemos plasmado la sensación y la impresión de haber vivido un proceso abocado a la cura ofrecida por el tejido social. También hemos aportado evidencias empíricas sobre la presencia de resultados positivos vinculados a la consecución de los objetivos del doble modelo profesional e investigador implementado. Se trata, por tanto, de una experiencia que ha mostrado **suficiencia** en los planos de la justificación teórica, incluyendo las buenas prácticas y la experiencia acumulada de la psicoterapeuta, y del planteamiento conceptual–metodológico de la noción extendida de turno de palabra -*Análisis del Sistema de Turno*- elaborada por Izquierdo (1993).

Pero, a pesar de contar con evidencias que arrojan el criterio de eficacia, la primera convocatoria de GAFA no ha sido abordada con el propósito de evaluar su efectividad: tener en cuenta todos los efectos (positivos, neutros y negativos) y los cambios conseguidos como consecuencia de la intervención aunque no estén contemplados en los objetivos (Anguera y Chacón, 2008). De acuerdo con esta limitación, podemos calificar la experiencia GAFA implementada, observada y analizada como **prometedora**.

Así pues, adelantamos algunos aspectos prometedores que pueden encauzar el reto de evaluar con rigor la efectividad de las reuniones GAFAs en futuras convocatorias (Morrisey et al., 1997).

Desde el punto de vista psicoterapéutico y a la luz de los objetivos generales, se puede considerar que *GAFAs es un instrumento de intervención* que funciona: responde a la potenciación de la resiliencia, de la perspectiva de futuro y de la conciencia interpersonal, tres elementos imprescindibles para generar ayuda terapéutica en su esencia primaria, y ayuda social en su esencia secundaria. La audacia de conjugar tres referentes de trabajo (el psicoanalítico, el psicoeducativo y el de apoyo social) hace que los resultados sean más rápidos que si fuera una intervención puramente analítica; más profundos y arraigados que si fuera una experiencia únicamente psicoeducativa, y con más puntería y subjetividad que si fuera una experiencia de corte únicamente social. La investigación trata varios enfoques y recursos metodológicos que convergen en un acto clínico y social en el que se han generado conocimientos subjetivos, sanitarios y académicos; por lo tanto, han surgido representaciones sobre cada uno de esos conceptos. Esos conocimientos, filtrados por una vigilancia académica rigurosa, no son meras hipótesis, sino construcciones para futuros estudios e investigaciones. De hecho, el presente estudio es el resultado de un anexo de una investigación anterior sobre la resiliencia en el cáncer de mama, realizada por la misma autora (Roustan, 2008a), y de un trabajo previo en el mismo campo (Roustan, 2006a).

En cuanto al planteamiento del **estudio descriptivo de las reuniones GAFAs**, en tanto estudio de la interacción en el campo de la psicología, pasa del enfoque individual dentro de una interacción, al enfoque interaccional, visto como un todo organizado, donde cada participante y/o todos están sometidos al estudio en el mismo instante, y como un sistema único (Magnusson, 2006); así que ¿qué esperamos transmitir? El proceso mismo; el resultado dentro del marco de su subjetividad; confirmar el hecho de que sí, se puede cuantificar la ayuda (concepto cualitativo), y que incluso el acto psicoanalítico puede pasar por la radiografía empírica. También se ha visto como el psicoanálisis no riñe con las neurociencias, según se había entendido durante tanto tiempo, sino que puede apoyarse en la neurobiología. La confluencia de estos dos referentes se ha visto reflejada a lo largo del estudio, ratificando que las huellas que se inscriben en la amígdala son desde un principio inconscientes (Ansermet y Magistretti, 2006; Kandel, 2007). El presente estudio ha ofrecido referencias que ilustran como estos dos conceptos pueden darse la mano, y se supone que en un futuro quizás no muy lejano, la psiquiatría clásica dejará más lugar a la psicología y a la ubicación neurológica. En cuanto al psicoanálisis, no deja de ser una práctica contemporánea que implica el vínculo a un otro, una pareja particular que no existe (Brousse, 2000) y que inscribe un lugar vacío en el cual la psicoterapia clásica instala objetos sociales, explicando por qué el psicoanálisis exhibe una eficacia psicoterapéutica además de la psicoanalítica.

Sobre el **carácter potenciador del grupo**, Sunyer (2005) expone que el trabajo grupal introduce una variable totalmente novedosa a causa de las interacciones entre los miembros. Este factor marca la diferencia entre este trabajo y otro basado en intervenciones individuales. Por ejemplo, el control que ejerce el paciente sobre la figura del terapeuta y viceversa es menor, puesto que este control incluye los comportamientos, las intervenciones, las actitudes y por supuesto los afectos que provienen y surgen del resto de personas que coparticipan en el encuentro.

Otro aspecto a considerar en sintonía con la ola social que desplaza lo individual, es que **Gafa es un lugar dinámico de entendimiento entre la reflexión y la elaboración de una experiencia analítica, y cumple una eminente función: la de ayudar.** Gerson (2004) habla de un inconsciente relacional que está más allá de los dos polos internos-externos, y expone que el foco terapéutico actual tiende a cambiar hacia los aspectos específicos de la teoría y la técnica, los cuales necesitan ser elaborados desde una perspectiva que integre lo intersubjetivo y lo intrapsíquico, de modo que se permita tanto la continuidad como la innovación. Si el inconsciente no queda afectado por una influencia intersubjetiva capaz de transformarlo en consciente, quedará invalidado y actuará negativamente sobre la persona.

Por último, del diario grupal redactado por la terapeuta después de cada sesión (*Vid* anexo 3), se pueden extraer varias enseñanzas:

- Los rodeos verbales de los demás es necesario para alcanzar la verdad propia.
- Cada respuesta encontrada abre más preguntas, cerrando o haciendo desaparecer la anterior.
- El discurso redactado y explicado revela como el hecho de tener un tumor nombra y forma el cuerpo. Surgieron muchas variables que explican el uso singular que hace cada persona de su diagnóstico, la verdad que construye a partir de él, el pronóstico subjetivo que elabora, el sentido que le otorga y con qué significado lo articula en su vida, sea en el por qué, en el cómo o en el planteamiento del futuro. Por eso, un diagnóstico no es un fin, sino un principio que debe alentar una construcción: la de un relato. La verdad que surge sobre el cáncer cambia el valor que se le otorga, y nace una nueva relación con uno mismo, con el cuerpo, con el organismo y con los demás.

A pesar de tratar de cáncer, el grupo no ha sido un lugar desmoralizador; la travesía grupal ha estado marcada por risas, sentido de humor y bastante contención, como hemos podido comprobar en las posturas corporales, aunque esta variable no haya formado parte de la actual investigación empírica.

8.4. Aplicabilidad social

Gafa es un trabajo engendrado por el discurso, diseñado para hacer la vida más agradable y saludable, obviamente en torno a lo individual, a las personas afectadas de esta carrera a largo plazo que es el cáncer. Procura responder a la pregunta que planteamos en la introducción “¿Pero, qué pasa con los *curados*”? quienes una vez desembarazados de su diagnóstico se quedan anublados por un pronóstico incierto, contaminado por la sensación de cansancio, y a veces por la creencia de que estarán sumisos a su angustia, su rabia, o su soledad y otras emociones que no favorecen su proceso de salud ni su seguimiento médico.

Las leyes de la comunicación son las leyes de la cultura, como nos lo enseñó Umberto Eco (1999); el hecho de que el psicoanálisis sea una función del discurso inconsciente no afecta en absoluto al hecho de que esta función esté sostenida por **sujetos que forman parte del entramado social y cultural.** Los datos neurocientíficos que se encuentran en la órbita de lo social justifican la experiencia de nuestra intervención: las

investigaciones en este campo procuran estudiar el procesamiento y el aprendizaje de la información que permite a la persona adentrarse y permanecer en comportamientos sociales (Damasio, 2007; Kandel, 2007). Las neurociencias confirman la necesidad de una codificación común mediante las percepciones, las acciones y los conceptos, y sus teorías de simulación (Rizzolati, 2004) han probado que la observación de acciones ajenas o sus efectos activa una representación mental de las acciones propias.

A nivel más práctico y local, la intervención GAFA puede incluirse en dos de los cinco ejes estratégicos que articulan las políticas de salud, definidos por el *Departament de Salut de Catalunya* y expuestos en www.gencat.cat. Los dos ejes son:

Eix 2: Les accions comunitàries per a la salut. Les estratègies de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia han de ser contemplades com una inversió en salut i desenvolupament. Cal posar en marxa polítiques per crear les condicions, els entorns i les eines que afavoreixin els comportaments saludables, tant col·lectiva com individualment.

Eix 3: L'atenció sanitària, sociosanitària i de salut pública orientada a les necessitats de salut. Uns serveis de salut de qualitat responen a les necessitats de salut de la població. Se centren en el pacient. Són efectius, accessibles i equitatius, amb bons resultats a un cost raonable i resulten satisfactoris tant per als usuaris com per als professionals. Inclouen la prevenció, l'assistència sanitària i sociosanitària, la rehabilitació i l'atenció i el suport al final de la vida.

Ratificando este aspecto especular y social, Victoria Camps (2007) advierte que la excelencia profesional equivale al ejercicio de la responsabilidad no sólo profesional, sino ciudadana. En la misma línea, considera **la profesión sanitaria una ideología de servicio, dado que responde a un problema social** que es la salud.

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) pone a nuestra disposición información contrastada y actualizada de los datos sobre el cáncer en España, seleccionando las fuentes más significativas y relevantes. Esos datos, accesibles en la página web de la SEOM, www.seom.org, revelan que la incidencia global prevista de cáncer en mujeres españolas en el año 2015 es de 85.108 y que el tumor con mayor incidencia es el de mama, seguido del colorrectal y de los tumores ginecológicos, entre los que se incluyen los tumores de útero, ovario, trompas de Falopio y cáncer de cérvix. La figura 8.1 lo ilustra:

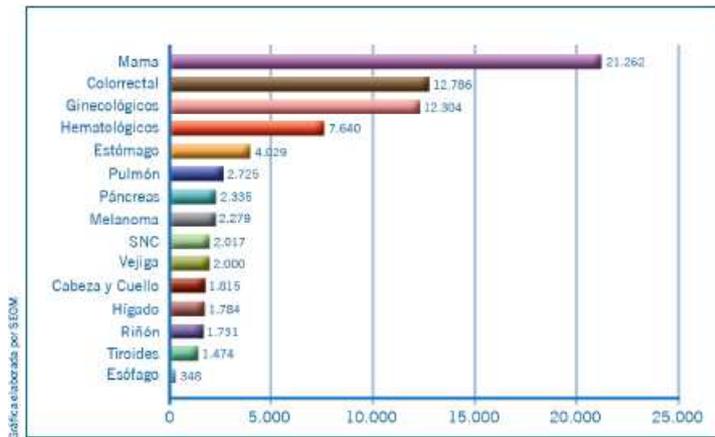


Fig. 8-1: Incidencia del cáncer en España (Mujeres) (estimación año 2015).
 Extraído de www.seom.org.

Por lo que respecta a la supervivencia a cinco años, los datos revelan que España va pareja a la media europea: la supervivencia de las mujeres españolas, según el estudio, sufrió un descenso durante los finales de los años 90, si bien en la actualidad se obtiene una supervivencia de un 59%. La figura 8-2 lo ilustra:



Fig. 8-2: Supervivencia a cinco años, del estudio Eurocare 4,
 publicado en *The Lancet Oncol* 2007: 8:773-783 y en *European Journal Of Cancer* 2009: 45
 931-991. Extraído de www.seom.org.

En la actualidad se calcula que el número de personas que padecen cáncer en España es de más de 1.500.000, y que el tumor prevalente de forma global es el de mama, seguido del colorrectal. Esta estimación se ha realizado a partir del cálculo de la prevalencia total del cáncer en EEUU, que ha realizado el Instituto Nacional del Cáncer: <http://srab.cancer.gov/prevalence/canques.html>.

Esos datos nos muestran la evidente limitación de nuestro campo a la hora de intervenir, pero también nos entregan su carácter “suspensivo” para que se exteame la cautela cuando hablamos de supervivencia y para que se multiplique el empeño en lograr avances científicos y sociales.

Los grupos reflejan nuestra sociedad como lo hacen nuestros políticos, la organización de nuestras familias, las escuelas y las universidades. El sufrimiento de otras personas confirma nuestro bienestar, de la misma manera que ver a otros acompañados evidencia nuestro propio exilio. Este entramado especular se inserta directamente en la comunidad

social y cultural. *GAF*A pretende conseguir una re-organización mental dinámica, a imagen de nuestra sociedad. Los significados que se generan son igualmente sociales y sólo se pueden leer en clave de una cierta comprensión cultural.

Hilvanando los relatos de mis pacientes a lo largo de los años, veo que hay en líneas generales un mal anudamiento entre la soledad y el amor, que genera males de amores, odios, y sospechosos modos de supervivencia que, a pesar de estar bien elaborados y contruidos, descansan sobre falsas premisas. Por ejemplo, se vive la vida de otros a través de las redes sociales cibernéticas, con lo que se alimenta una falsa sensación de acompañamiento, y se enseñan públicamente fotos que en realidad están llenas de ausencia. Lejos de criticar esta era *google*, a la cual nos tenemos que acostumbrar todos, me permito preguntarme desde la clínica social: si está tan en boga el hecho de vivir virtualmente en los márgenes de la vida diaria, licenciando tan alegremente los encuentros cara a cara, ¿cómo es que esas mismas personas acuden a las consultas, aquejadas de soledad, exponiendo desolaciones afectivas o elecciones funestas, y víctimas de este bienestar de pega? A partir de esta reflexión resalto que los males más habituales en la práctica clínica parten de lo social, así que resulta procedente responder por la misma vía. En cuanto al cáncer, los pacientes que he tenido el honor de atender me han enseñado que, de nuevo, el aspecto social y sus carencias fueron los que les provocaron el sufrimiento. En regla general, lejos de quejarse del sistema público sanitario al ser tratada su enfermedad, se quejan de la falta de subjetividad y personalización de este sistema, con lo que se pone de relieve la esencia de la falta o la necesidad social de nuestro trabajo.

8.5. Propuestas de futuro

Para que GAF

A quede actualizada y viva, debe ser estudiada y practicada. Los datos sobre la incidencia del cáncer de mama indican una tendencia al aumento, así que sugerimos propuestas de futuro desde dos puntos de mira, la del ojo clínico y la de la óptica investigadora.

8.5.1. Desde el punto de vista clínico profesional

La práctica clínica nos demuestra cada día que los fármacos no pueden vencer la angustia de vivir. GAF

A es la puesta en marcha de una política de acción animada por el deseo del terapeuta (polo analítico) y por los objetivos psicoterapéuticos generales (polos psicoeducativos y sociales). A través de los relatos de fragmentos de vida, de la chispa del encuentro y de la intuición, el profesional va recogiendo como un sismógrafo los movimientos del grupo. Se rompen redes de culpas, deudas y gratitudes que reflejan la búsqueda de poder, y se construyen otras que esterilizan los efectos dañinos de éste y apuestan por un futuro mejorado: *las afectadas de cáncer de mama pueden ser enfermas con menos sufrimiento*. Si se entregasen a su infortunio con rendición, o se rindieran al sufrimiento como si fuera un dolor rutinario, consumirían la profecía cataclísmica de tener una enfermedad grave. La intervención clínica ayuda a trocar este destino y a buscar la verdad relacionada con el bienestar subjetivo en cada una de las

pacientes, mientras que la persistencia en la búsqueda de lo falso seguirá relacionada con el odio que acaba fragmentando a la persona que lo padece.

Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) indexan factores asociados a la relación entre el crecimiento resiliente después de un cáncer y al bienestar psicológico. Revisan el concepto del *post-traumatic stress* y consideran el cáncer como *estresor extremo y crónico*, aunque no se lo considere uno de los traumas agudos habitualmente indexados en los estudios. Afirman que el crecimiento verdadero se realiza a través del sufrimiento e implica un proceso de aprendizaje en el cual los procesos relacionales son el axioma. Igual que nosotros hemos concluido a partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio, esos autores confirman que el crecimiento resiliente postcáncer tiene que ver con hacerse un sentido y adaptar las viejas ideas a un nuevo modo de entender la realidad después de la enfermedad.

La variable “tiempo de superación del cáncer” (véase cap. 5) no parece haber producido una influencia sobre los patrones generados o sobre dadas especiales. Por lo que a perspectivas de futuro se refiere, podemos afirmar, al menos a la luz de nuestros resultados, que los años de superación de la enfermedad no intensifican el nivel de resiliencia, cosa que pone sobre aviso de la importancia de **una intervención terapéutica temprana** después de la irrupción del cáncer y la alta médica.

El cuadernillo de trabajo entregado a las participantes el primer día de reuniones (*Vid.* cap.3 y anexo 7) ingresó en la parte formativa de la experiencia, y pese a no haber cogido mucho espacio lectivo de las sesiones, consideramos que era como un especie de condicionamiento previo a la experiencia, que preparó las participantes a “recibir” y a ser más receptivas a aquellos puntos indexados; para propuestas futuras, y en aras a no alargar las experiencias en el tiempo, pensamos útil seguir haciéndolo, aunque sí, se pueda ir modificando las ideas clave expuestas según lo requiera la especificidad de cada grupo.

Gafa es un espacio en el cual el síntoma analítico puede encontrar una articulación diferente de la que ha sido dictada por la enfermedad, y también pretende orientar sobre la dirección de la cura con las intervenciones terapéuticas propuestas, estudiadas y trabajadas. Así que, en aras a ediciones futuras de la misma experiencia y a la luz de las evaluaciones entregadas por las participantes y las realizadas por la terapeuta (*Vid.* cap. 7), podemos concluir que sería preferible alargar la experiencia en el tiempo y proveerla de tres o cuatro sesiones más, según la necesidad de los pacientes. De hecho, se proyecta abrir un grupo de esas características en una modalidad “permanente”, es decir, que permita incorporar pacientes en grupos que se van abriendo y cerrando anualmente. Una media de 12 a 15 sesiones por grupo permitiría más flexibilidad terapéutica, así como la inclusión de temáticas que han sido reclamadas por las propias pacientes, como la sexualidad y la amenaza de muerte (*Vid.* cap. 7).

8.5.2. Desde el punto de vista de la investigación

La metodología observacional permite conjugar las vertientes cualitativas y cuantitativas para investigar la realidad observada en su contexto natural. Responde al necesario abordaje de la delimitación de unidades como resultado de la segmentación

del flujo de la conducta, que, una vez solventado, soluciona dos problemas básicos: la consecución de la necesaria flexibilidad en el registro, para neutralizar los riesgos que plantea la categorización tradicional (perspectiva molar), y la simplificación de datos, imprescindible para hallar parámetros que actúen como adecuados portadores de la información (perspectiva molecular) (Anguera y Izquierdo, 2006). Por otra parte, se ha impuesto un sistema de formato de campo con sistemas de categorías para resolver los problemas de mutua exclusividad propios de la vía tradicional de la categorización. Ciertos criterios imprescindibles han servido de base (véase cap. 5) y han permitido la indexación de categorías, que ha conferido una enorme flexibilidad al registro, el cual se ha ajustado a las características reales que acompañan a la transformación del marco de conducta y le ha dado un tinte dinámico, en lugar de ser un sistema categorial estático.

Su aplicación en **el estudio de la conducta comunicativa en reuniones** ha conformado una línea de investigación iniciada por Izquierdo (1993), que penetra en la conjunción de lo cualitativo y lo cuantitativo, y abre la posibilidad de captar el proceso de relación comunicativa desde el compromiso exhibido en el uso y la escucha de la palabra.

Anguera (2008) explica que el empleo conjunto de ambas facetas potencia la vigorización mutua de los dos tipos de procedimientos, y facilita la triangulación a través de operaciones convergentes, puesto que se interesa tanto por el proceso como por el resultado.

Desde una **vertiente práctica**, el hecho de haber utilizado un instrumento de trabajo dinámico permite tanto que futuras investigaciones utilicen el manual de codificación GAFA como que pueda ampliarse con categorías de interés puntual, que abarquen más aspectos de un micro proceso de análisis. Nuestro instrumento de medida acaba siendo una teoría, sin que por ello lo calificuemos rumbosamente de «teoría GAFA»; está concebido para disponer humildemente de él en tanto instrumento adecuado y probado de observación e investigación, que sirva para generar nuevos estudios y conocimientos.

Desde **la perspectiva del estudio de la dinámica grupal**, el uso paralelo de dimensiones como la estructura participativa del habla y la situación de relación y tarea permite estudiar la evolución de un grupo estableciendo ecuaciones entre el proceso comunicativo y el proceso terapéutico. Este acercamiento metodológico procedimental permite valorar una dinámica grupal, comparar fases de grupo o detectar procesos grupales con una tendencia especial. Partiendo del mismo procedimiento metodológico y cruzando otros datos descriptivos, se podría medir la cohesión grupal, la evolución de la empatía y otras variables, según el interés del investigador grupal.

Al cruzar la dimensión de las intervenciones de la terapeuta con la estructura participativa y la función Relación/Tarea del grupo, es posible detectar **patrones de uso clínico y terapéutico**, gracias a lo cual se abren posibilidades de utilizar el mismo procedimiento para estudiar cuantitativamente parámetros terapéuticos normalmente difíciles de objetivar.

Utilizando los mismos datos concurrentes y secuenciales u otros, y garantizando la calidad de ellos, el investigador interesado puede explotar las mismas técnicas de análisis u otras, según sean sus objetivos específicos.

Por otra parte, este trabajo **reactualiza el psicoanálisis** llevándolo a un fundamento empírico-científico. El estudio actual muestra como la práctica analítica se enriquece con aportes operatorios empíricos, fenomenológicos y cuantitativos. Trabajar el psicoanálisis con esta interfase novedosa alumbra zonas normalmente impotentes a nivel operatorio para esta disciplina clínica. Los diagnósticos clínicos y protocolos de medicación, fundamentales para las instituciones públicas sanitarias, salen beneficiados; se permite más libertad de acción, como la instalación de dispositivos clínicos que se acercan a los de otros países europeos donde la práctica analítica está sufragada por la institución pública. GAFA demuestra con humildad que la ciencia investigadora ya no se ve obligada a repetirse única y estrictamente dentro de un protocolo de verificación, anclado preferentemente en un dispositivo experimental. Por otra parte, podemos comprobar que la vertiente psicoanalítica, normalmente resistente a la evaluación por ser una práctica subjetiva, no es un resto del discurso de la ciencia, como explica Brousse (2000), puesto que el sujeto sobre el cual opera es su producto.

En resumen, la iniciativa GAFA ingresa en el campo de una escuela de comunicación y de una escuela terapéutica, en tanto que la cura que ofrece es social y comunicativa, y el potencial curativo se basa en la energía movilizadora de la ayuda.

Merece la pena recordar que padecer una herida como el cáncer no condena a la infelicidad, sino que posibilita trascender la cuestión del fenómeno para construir una lógica que acabe derrotando la mala noticia.

Llegado el momento de cerrar el encuentro, doy las gracias a los lectores.

Referencias

A

- Abel Fabre, F. (2001). *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Madrid: Mapfre.
- Agazarian, Y. (1999). Fases of development in the system-centered psychotherapy Group. *Small Group Research*, 30 (1), 82-107.
- Agazarian, Y., & Gantt, S. (2005). The Systems perspective. In S. Wheelan, (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.187-200). Thousand Oak, CA: Sage.
- AGPA Group therapy: Practice Guidelines for Group Psychotherapy (s.f.). Acceso http://www.agpa.org/guidelines/ethical_practice.html.
- Ale, M. (2006). El síntoma: del cuerpo máquina al cuerpo erótico. *Acheronta*, 23. Acceso <http://www.acheronta.org>
- Albarracín, D. (2008). CUI insiste en la necesidad de la atención psicológica en el sistema nacional de salud: Entrevista a la diputada C. Tarruellla. *Infocop*, 39, 31-34.
- American Psychological Association, 2ª edición (2005). *Manual de estilo de publicaciones*. Mexico: Editorial Manual Moderno.
- Anders, E. (1996). *Crecer como adulto*. Barcelona: Cúmulus.
- Andersen B. et al. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113, 3450-3458. *American Cancer Society*. Acceso HTTP: www.cancer.org.
- Andolfi, M. et al. (2006). Terapia narrada por las familias. *Perspectivas Sistémicas*, 93. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo93-3.htm>
- Anguera, M.T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau Gras, M.T. Anguera, y J. Gomez Benito (Eds), *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. (pp.125-223). Universidad de Murcia: Campobell editores.
- Anguera, M.T. (Ed.) (1991). *Metodología observacional en la investigación psicológica*. Barcelona: P.P.U., vol. I.
- Anguera, M.T. (Ed.) (1993). *Metodología observacional en la investigación psicológica*. Barcelona: P.P.U., vol. II.
- Anguera, M. T. (1997). From prospective patterns in behavior to joint analysis with retrospective perspective. En *Colloque Sur Invitation "Méthologie d'analyse des interactions sociales"*. Paris: Université de la Sorbonne.

- Anguera, M.T. (2008). Evaluación de programas desde la metodología cualitativa. *Acción Psicológica*, 5(2), 87-101.
- Anguera, M. T. (2010a). Metodología cualitativa y cuantitativa. En C. Izquierdo y A. Perinat (Coords.), *Investigar en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas* (pp. 209-229). Barcelona: Amentia
- Anguera, M.T. (2010b). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 122-130.
- Anguera, M.T. Blanco-Villaseñor, A. y Losada, J.L. (1995). Aportación de la técnica de coordenadas polares en diseños mixtos. *IV Congreso de Metodología de las Ciencias del Comportamiento*. La Manga del Mar Menor, Murcia.
- Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, A. & Losada, J. L. (2001). Diseños observacionales, cuestión clave en el proceso de la metodología observacional. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 3 (2), 135-160.
- Anguera, M. T. & Chacón, S. (2008). Aproximación conceptual en evaluación de programas. En M. T. Anguera, S. Chacón y A. Blanco-Villaseñor (coords.), *Evaluación de programas sociales y sanitarios* (pp. 17-36). Madrid: Síntesis.
- Anguera, M.T. y Izquierdo, C. (2006). Methodological approaches in human Communication: From complexity of situation to data analysis. En G. Riva, M.T. Anguera, B.K. Wiederhold & F. Mantovani (Eds.), *From Communication to Presence: Cognition, emotions and culture towards the ultimate communicative experience* (pp. 203-222). Amsterdam: IOS Press.
- Anguera, M.T. y Losada, J.L. (1999). Reducción de datos en marcos de conducta mediante la técnica de coordenadas polares. En M.T. Anguera (Ed). *Observación de la conducta interactiva en marcos naturales: Aplicaciones*. Barcelona: EUB.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal e Inconsciente*. Buenos Aires: Katz.
- Antoni, M.H. y Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (32), 327-338
- Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.
- Ardoino, J (1967). *El grupo de diagnóstico instrumento de formación*. Madrid: Rialp.
- Aristoteles (1994). *Acerca del alma*. Buenos aires: Gredos.
- Artigas, F. (2001). *Bases neurobiológicas de la depresión*. Módulo para la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: UOC.
- Association for specialists in group work ASGW (2000). Professional standards for the

training of group workers. *Journal for Specialists in Group Work*, 25, 327-354.

Assoun, P. L. (1997). Leçons psychanalytiques sur corps et symptôme. *Anthropos Economica*, 2.

Assoun, P. L. (2003). *Lacan*. Paris: PUF.

Ato, G., Losilla, J., Navarro, J. Palmer, A. y Rodrigo, M. (2002). *Modelado estadístico 2: relación entre dos variables*. Barcelona: Grupo ModEst.

Avila, A., Caro, I. et al. (2002). Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 199-218.

Ayerra Balduz, J. M. (1996). Del individuo al grupo. *Boletín de la revista de APAG*, 5, 3-11.

Azprensa, (2007). Diario digital de información sanitaria, año nº 1789. Recuperado de <http://www.azprensa.com/noticias>

B

Bachelard, G. (1948). *La formación del espíritu científico: Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. Buenos Aires: Argos.

Bakeman, R. (1978). Untangling streams of behavior: Sequential analyses of observation data. In G.P. Sackett (Ed.), *Observing data. Vol. II: Data collection and analysis methods* (pp. 63-78). Baltimore: University Park Press.

Bakeman, R. y Brown, J. (1980). Analyzing behavioral sequences: Differences between Pre-term and full term infant-mother dyads during the first month of life. In D. Sawin, R. Hawkins, L. Walker & D. Penticuff (Eds.), *Exceptional Infant, vol.4*, (pp. 271-293). New York: Brunner-Mazel.

Bakeman, R. & Gottman, J.M. (1987). Applying observational methods: A systematic view. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*, (pp. 818-854). New York: Wiley & Sons.

Bakeman, R. & Gottman, J.M. (1989). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.

Bakeman, R. (1993). Prólogo. En M.T. Anguera (Ed), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol.1: Fundamentación* (pp.13-24). Barcelona: PPU.

Bakeman, R y Quera, V. (1996). *Análisis de la interacción: análisis secuencial con SDIS y GSEQ*. Madrid: Ra-Ma.

- Bales, R. F. (1976a). *Interaction Process Analysis*. Chicago: Chicago Press.
- Bales, R. F. (1976b). Cómo interactúa la gente en las reuniones. En A.G. Smith, (Ed.), *Comunicación y cultura en la teoría de la comunicación humana* (pp.141-149). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bales, R. F. & Strodtbeck, F.L. (1951). Phases in group problem solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 485-495.
- Balint, M. (2006). *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. París: Payot-Rivages.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General learning press.
- Barbalet, J. (2004). Consciousness, emotions and science, *Advances in Group Processes*, 21, 245-272.
- Barberá, E. (1997). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista Electronica de Motivación y Emoción*, 2 (1). Recuperado de <http://www.reme.uji.es/articulos/texto.html>
- Barbee, A., Rowatt, T., & Cunningham, M. (1998). When a friend is in need: Feelings about seeking, giving, and receiving social support. In P. Andersen & L.Guerrero (Eds), *Handbook of communication and emotion* (pp.289-304). California: Academic Press.
- Bárez, M., Blasco, T., Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19 (2), 235-246.
- Barlow, S., Burlingame, G., & Fuhriman, A. (2005). The History of Group Practice. En S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.39-63). Thousand Oak: Sage.
- Baron-Cohen, S. (1989). Are autistic children “behaviorists”? An examination of their Mental-physical and appearance-reality distinctions. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 19, 579-600.
- Barreto, M^a P. (2008). Intervención psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. *Infocop*, 39, 12-20.
- Bassols, M. (1997). *El psicoanálisis explicado a los medios de comunicación*. Barcelona: EOLIA.
- Bateson, G. Y Ruesch, G. (1951). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. London: Norton and company.
- Bateson, G., Jackson, Haley, J. & Weakland, J. (1956). Towards a theory of Schizophrenia, *Behavioral Science*, I, 4.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Martinez Roca: Barcelona.

- Bayés, R. (2009). Sobre la felicidad y el sufrimiento. Discurso de investidura de Doctor Honoris Causa en Psicología, 22 de Enero. UNED.
- Behar, J. (1993). Observación y análisis de la producción verbal de la conducta. En M.T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol.1: Fundamentación* (pp.330-379). Barcelona: PPU.
- Behar, J. y Riba, C. (1993). Sesgos del observador y de la observación. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol. 2. Fundamentación.* (pp. 27-148). Barcelona: PPU.
- Benioff, L., & Vinogradov, S. (1998). Terapia de grupo con pacientes cancerosos y enfermos terminales. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo, (3ª ed.)* (pp.522- 535). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berdahl, J. & Bouas Henry, K. (2005). Contemporary issues in group research: The need for integrative theory. En S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.19-37). Thousands Oaks: Sage.
- Berg, R.C., Landreth, G.L. & Fall, K.A. (2006). *Group Counseling: Concepts and procedures (4th Ed.)*. NY: Routledge.
- Bergner, R. (2006). The many secure knowledge bases of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 60 (3), 215-232.
- Berlo, D. K. (1969). *El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y a la práctica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. California: Shea books.
- Bertalanffy, L.V. (1968). *General System Theory: Foundations, development, applications*. New Cork: Breziller.
- Bieschke, K., Matthiews, C. & Pricken, P. (1998). Evaluation of the process observer method: group leader, member, y observer perspective. *Journal for Specialist in Group Work*, 23 (1), 55-65.
- Bion, W. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Bibliothèque de psychanalyse.
- Bion, W. (1980). *Experiencias en grupo*. Barcelona: Paidós.
- Blanchet, A. Batt, M., Trognon, A. Y Masse, L. (2005). Language and behaviour patterns in a therapeutic interaction sequence. In L. Anolli, S. Duncan, M.S. Magnusson and G. Riva (Eds.), *The hidden structure of interaction: From neurons to culture patterns* (pp.123-140). Amsterdam: IOS Press.
- Blanco-Villaseñor, A. (1993). Fiabilidad, precisión, validez y generalización de los diseños observacionales. En M.T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol. 2. Fundamentación.* (pp. 149-261). Barcelona: PPU.

- Bobes, J. (2001). *Relación entre trastorno mental y personalidad*. Módulo para la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: UOC.
- Boeree, C.G., (2007). *El sistema nervioso emocional*. Dep. de psicología de la universidad de Shippensburg. Acceso <http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/emocional.htm>
- Boldry, J., Gaertner, L., Quinn, J. (2007). Measuring the measures: A meta analytic Investigation of the measures of outgroup homogeneity. *Group Processes & Intergroup Relations*, 10 (2), 157-178.
- Bonito, J.A. (2002). The Analysis of participation in small groups. Methodological and Conceptual issues related to interdependence. *Small Group Research*, 33 (4), 412-438.
- Bonito, J.A. & Hollinshead, A.B. (1977). Participation in small groups. In B.R. Burleson (Ed.), *Communication yearbook 20* (pp.227-261). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bratman, M.E. (1992). Shared cooperative activity. *Philosophical Review*, 101, 327-341.
- Brooker, R. (2005). *Genetics*. New York: McGraw Hill.
- Broome, B.J. & Fulbright, L. (1995). A multistage influence model of barriers to group problem solving: A participant-generated agenda for small group research. *Small Group Research*, 28, 25-55.
- Brousse, M. H. (2000). De quoi souffre-t-on? *Mental: Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée*, 7, 147-152.
- Brown, N. (2005). Psychoeducational groups. En S. Wheelan (Ed.), *Handbook of Group Research and Practice*, (pp.511-529). Thousand Oaks: Sage.
- Burleson, B. & McGeorge, E. (2004). Supportive Communication. En Knapp, M. & Daly (Eds.), *Handbook of interpersonal communication*, (3^o ed.) (pp.374-413). Thousand Oak: Sage.
- Burlingame, G., Kapetanovic, S., & Ross, S.(2005). Group Pshychotherapy. En S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.387-406). Thousand Oaks: Sage.

C

- Caillé, P. (2006). La importancia de poder expresarse: La historia y el relato de la historia en la relación terapéutica. *Perspectivas Sistémicas*, 90, año 18, Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo90-2.htm>

- Carrato-Mena, A. (2007, 28 Junio). Oncología: La investigación que nunca se detiene. *La Vanguardia*, p. 3.
- Camps, V. (2007, Nov.). La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanitas: Humanidades Médicas on line*, 21.
- Carkhuff, R. (2000). *The art of helping in the 21Th century*. MA: Human Ressourse Development Press.
- Cissna, K. (1995). *Applied Communication in the 21 st Century*. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Cline, R.J. (1999). Communication in Social Support Groups. En L.R. Frey (Ed.), *The Handbook of group communication theory and research* (pp.516-538). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cochran, W.G. (1954). Some methods for strengthening the common X2 tests. *Biometrics*, 10, 417-451.
- Connors, J. V. & Caple, R. (2005). A Review of group systems theory, *The Journal for Specialists in Group Work*, 30 (2) 93-110.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Cummings, J., Ancona, D. G. (2005). The Functional Perspective. En S. Wheelan (Ed), *The Handbook of group research and practice* (pp. 107-118). Thousand Oak, CA: Sage.
- Cunningham, J., Strassberg, D. & Roback, H. (1978). Group psychotherapy for medical patients. *Comprehensive psychiatry*, 19 (235), 135-140.
- Cyrulnik, B. (1994). *Del gesto a la palabra*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2006). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma: Neuronas y afectos: La conquista del bienestar*. Barcelona: Gedisa.

D

- Damasio, A. (2007). *El error de Descartes*. Barcelona: Drakontos bolsillo.
- Dejours, Christophe (1992). *Investigaciones en psicósomática*. Barcelona: Siglo XXI

Delucia-Waack, J., & Kalodner, C. (2005). Contemporary issues in group practice. En S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.65-82). Thousand Oak, CA: SAGE.

De Maré, P. Piper R., Thompson S. (1991). *From hate through dialogue, to culture in the large group*. London: Karnac.

De la Sierra, E., Escobar, A., Gonzalez-Torres, M.A., (2005). La batería Bel Air como Instrumento de evaluación de la eficacia de la terapia grupal. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4, 3.

Díaz-Morales, J.F. (2006). Perspectiva temporal futura y ciclo vital. *Anales de Psicología*, 22 (1), 52-59.

Doctors, S. (2007). La interpretación como un proceso relacional. *Aperturas Psico-Analíticas*, 25, 1-9. Recuperado de <http://www.aperturas.org/25selfdoctors.html>

Ducan, S. Jr. (1973). Toward a Grammar for Dyadic Conversation, *Semiotica*, 9, 20-26.

E

Eco, U. (1999). *La estructura ausente. Introducción a la semiótica*. Madrid: Lumen

Elder, G. (1998). The life course as a developmental theory. *Child Development*, 69 (1), 1-12.

Engquist, A. (1996). *Creecer como adulto*. Barcelona: Cúmulus.

Etkin, A., Phil, M. Pittinger, C. et al. (2005). Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications, *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neuroscience*, 17, 145-158.

F

Ferenczi, S. (2008). *Sin simpatía no hay curación. Diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.

Feito, L. (2007). Las neuronas espejo nos ayudan a comprender las intenciones de los Otros. *Tendencias Científicas*. Recuperado de <http://www.tendencias21.net>

Fogassi, L., Ferrari, P., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., & Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe: From action organization to intention understanding. *Science*, 29 (308), n°5722, 662-667.

- Font, A., y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1 (1), 67-86.
- Foulkes, S. H. (1975). *Psicoterapia Grupo-Analítica*. Mejico: Gedisa.
- Forsyth, D. & Burnette, J. (2005). The history of group research. En S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.3-18). Thousand Oak, CA: Sage.
- Fuster, V. y Rojas Marcos, L. (2008). *Corazón y mente: claves para el bienestar físico y emocional*. Barcelona y Madrid: Planeta y Espasa.
- Frankl, V., (1976). Logotherapy. En S. Krauss (Ed).: *Encyclopedic handbook of medical Psychology*. London: Butterworth.
- Frankl, V. (1984). *Psicoanálisis y existencialismo*. Mexico: E.C.E.
- Frey, R. L. (1994). *Group Communication in context: Studies of Natural Groups*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frey, L. R. (Ed.) (1995). *Innovations in group facilitation: Applications in natural settings*. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Frey, L., Gouran, D., & Scott Poole, M. (1999). *The Handbook of group communication: Theory and research*. London: Sage.
- Frey, L. & Sunwolf (2005). The Communication Perspective on Group Life. En S. Wheelan (Ed), *The Handbook of group research and practice* (pp.159-184). Thousand Oak, CA: Sage.

G

- Gabbard, G. & Westesn, D. (2003). Rethinking the therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Gabbard, G. (2005). Mind, brain and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 648-655.
- García Badaracco, J. (1999). *Psychanalyse multifamiliale*. Paris. PUF.
- García Badaracco, J. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-74.
- García Toro, M., Talavera, J.A., y González Guillén, A. (1997). Teoría de sistemas dinámicos no lineales y trastornos mentales, *Revista Electrónica de Psicología .com*, 1, Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicología/vol1num1/artic-6.htm>.

- Garrido, J. (2003). Relevance versus connection: Discourse and texts as units of analysis, *Círculo de Linguística Aplicada a la Comunicación*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/circulo>).
- Gayle M.B., & Preiss, R.W. (2002) An overview of dyadic processes in interpersonal communication. In M. Allen, R. Preiss, B. M. Gayle & N. Burrell (Eds.), *Interpersonal Communication Research* (pp.111-123). NJ: Lawrence Erlbaum.
- Geller, M. (2005). The psychoanalytic Perspective. En S. Wheelan (Ed), *The Handbook of group research and practice* (pp. 87-104). Thousand Oak, CA: Sage.
- Germá Lluch, J.R. (2007, 28 Junio). El tratamiento eficaz y responsable de un paciente Con cáncer. *La Vanguardia*, p.5.
- Gerra -Viadero, M. L. (2002). La psicología oncológica en España: Un análisis bibliométrico de las publicaciones en Español. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2), 371-380.
- Gerson, S. (2004). The relational unconscious: A core element of intersubjectivity, thirdness and clinical process. *Psychoanalytic Quarterly*, LXXIII, 63-98.
- Ginsburg, K., Wrench, M., Rice, T. Farren G., & Speigel, D. (2008). Breast cancer and psychosocial factors: early stressful life events, social support and well being. *Psychosomatics*, 49 (5) 407-412.
- Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda : de Rogers a Carkhuff*. Bilbao : Desclée de Brouwer.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gomez-Batiste (2007). El respeto por la dignidad de los enfermos es un valor Ético fundamental. *La Vanguardia*, 28 de Junio, p.11.
- Gonzalez, MP., Vendrell, E. (1987). *El grupo de experiencia como instrumento de formación*. Barcelona: PPU.
- Gonzalez Pardo, H. y Perez Alvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Googwin, P. (2004). Support groups in breast cancer: When a negative result is positive. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (21), 4244-4246.
- Gorospe, G. y Anguera, M.T. (2000). Modificación de la técnica clásica de coordenadas polares mediante un desarrollo distinto de la retrospectividad: aplicación al tenis. *Psicothema*, 12 (2), 279-282.
- Gouran, D.S. (1999). Communication in groups. The emergence and evolution of a field of Study. En L.R. Frey (Ed.), *The Handbook of group communication: theory and research* (pp.3-36). Thousand Oaks, CA: Sage.

Goulding, R & Goulding, M. (1979). *Changing lives through redecisión therapy*. NY: Grove Press.

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Grossarth-Maticek, Eysenck, Boyle, Heeb, Costa & Diel (2000). Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer and its prevention through psychological methods of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (1), 33-50.

Guillèron, Ch. (1980). El psicopedagogo como observador: Por qué y como. *Infancia y Aprendizaje*, 9, 7-21.

Guimón, J., Erhensperger, S., Weber, B., Fredenrich, A.L. & als (2000). Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: La batería Bel Air. *Psiquis*, 6 (21), 277-287.

Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo*. Madrid: Biblioteca nueva.

H

Hare, A.P. (1976). Las dimensiones de la interacción social. En A.G. Smith (Ed.), *Comunicación y cultura I: la teoría de la comunicación humana* (pp. 141-149). Buenos Aires: Nueva visión.

Harré, R. & Van Langenhove, L. (2010). Varieties of positioning. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 21 (4), 393-407.

Hayashi, R. (1991). Floor structure of English and Japanese Conversation. *Journal of Pragmatics*, 16, 1-30.

Hayashi, R. (1996). *Cognition, empathy, and interaction: Floor management of English and Japanese conversation*. N.J.: Greenwood Publishing Group.

Hayes, A. & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 1 (1), 77-89.

Hare, A.P. (1976). Las dimensiones de la interacción social. En A.G. Smith (Ed.), *Comunicación y cultura: la teoría de la comunicación humana* (pp. 141-149). Buenos Aires: Nueva Visión.

Heath, R., Bryants, J. (2000). *Human communication theory and research concepts, contexts and challenges*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Held, J.F. & Maucorps, J. (1971). *Je et les autres: essai sur l'empathie quotidienne*. Paris: Payot.

- Herrero, M.L. (1992). Posibilidades de la metodología observacional en el estudio analítico de conductas en el aula: Aplicación en escolares con problemas de comportamiento. *Anales de Psicología*, 8 (1-2), 149-155.
- Herrero, M. (2010). Análisis secuencial de la interacción: Aplicaciones. En C. Izquierdo y A. Perinat (Coords.), *Investigar en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas* (pp. 259-297). Barcelona: Amentia
- Hewes, D.E. (1996). Small group communication may not influence decision making: An Amplification of socio-egocentric theory. En R.Y. Hirokawa & M.S. Poole (Eds.), *Communication and group decision making* (pp.265-291). Beverly Hills, CA: Sage.
- Hill, F.W. (1956). *Hill Interaction Matrix*. Los Angeles, CA: University of Southern California: Youth studies center.
- Hill, F.W. (1977). Hill Interaction Matrix (HIM). The Conceptual framework, derived rating scales, and an updated bibliography. *Small Group Behavior*, 8 (3), 251-268.
- Hirokawa, R. Y. (1982). Group communication and problem-solving effectiveness: A critical review of inconsistent findings. *Communication Quarterly*, 82, 134-141.
- Hirokawa, R. Y. & Poole, M. S. (1986). *Communication and group decision making*. Beverly Hills: Sage.
- Hirokawa, R.Y. (1988). Group communication research: Considerations for the use of interaction analysis. In C.H. Tardy (Ed.), *A handbook for the study of human communication: Methods and instruments for observing, measuring, and assessing communication processes* (pp. 229-245). Norwood New jersey: Ablex
- Hogg, M. A. (2005). The Social identity perspective. In S. Wheelan, (Ed), *The Handbook of group research and practice* (pp. 133-158). Thousand Oak, CA: Sage.
- Hubbs Ulman, K. (1998). Terapia de grupo con enfermos físicos. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), (pp. 503-513). *Terapia de grupo, (3ª Ed)*. Madrid: Editorial Panamericana.

I

- Imai, K., Matsuyama, S., Miyake, S., Suga, K., & Nakashi, K. (2000). Natural cytotoxic activity of peripheral-blood lymphocytes and cancer incidence: An 11 year follow-up study of a general population. *Lancet*, 356 (9244), 1795-1799.
- Izquierdo, C. (1993). *Evaluación de la habilidad comunicativa de los profesores en un contexto escolar de un centro piloto de EGB: Estudio del sistema de turno*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona: Facultad de psicología.

- Izquierdo, C. (1996). *La reunión de profesores: participar, observar y analizar la comunicación en grupo*. Barcelona: Paidós.
- Izquierdo, C. (2001a). Estudio del flujo de participación en reuniones de grupo duradero con organización emergente compleja. *Psicología*, 1-2, 181-196.
- Izquierdo, C. (2001b). Comunicación grupal y desarrollo personal: las emociones en el punto de mira de la inteligencia y el aprendizaje organizacional. En Benito del Rincón (Ed.), *Presente y futuro del trabajo psicopedagógico* (pp.239-254). Barcelona: Ariel Educación.
- Izquierdo, C. (2010). Comunicación no verbal: el movimiento del cuerpo. En C. Izquierdo y A. Perinat (Coords.), *Investigar en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas* (pp. 141-173). Barcelona: Amentia
- Izquierdo, C. y Anguera, M.T. (2000). Hacia un alfabeto compartido en la codificación del movimiento corporal en estudios observacionales. *Psicothema*, 12 (2), 311-314.
- Izquierdo, C. y Anguera, M. T. (2001). The role of the morphokinetic notational system in the observation of movement. In A. Cavé, Ch., Guaïtella, I. & Santi, S. (Eds.), *Oralité et gestualité. Interactions et comportements multimodaux dans la Communication* (pp.385-389). Paris: L'Harmattan.
- Izquierdo, C. i Perinat, A. (Coords.) (2010). *Investigar en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas*. Barcelona: Amentia.

J

- Johnson, D.W & Johnson, E.P. (2000). *Joining together: Group theory and group skills* (7th ed). Boston: Allyn y Bacon.
- Junqué Plaja, C. (2001). *Módulos de neuropsicología*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Jonckheere, L. (2000). La reaction therapeutique negative à l'impénétration. *Mental: Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée*, 7, 114-145.

K

- Kaes, R. (2000). *Aparato psíquico grupal: construcciones de grupo*. Barcelona: Gedisa.
- Kandel, E. R. (1979). Psychotherapy and the single synapse. The impact of Psychiatric thought on neurobiologic research. *Neurobiological English Journal of Medicine*, 301 (19), 1028-1037.

- Kandel, E. R. (2007). *En busca de la memoria*. Madrid: Katz.
- Keicolt, J.K. y Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology : Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 569-575.
- Kesler, S.R., Bennett, F.C., Mahaffey, M.L., Spiegel, D. (2009). Regional brain activation During verbal declarative memory in metastatic breast cancer. *Clinical Cancer Research*, 15 (21), 6665-73.
- Keyton, J. (1995). Using SYMLOG as a self analytical group facilitation technique, in L. Frey (Ed.), *Innovations in group facilitation* (pp. 148-179). New Jersey: Hampton Press.
- Keyton, J. (1999). Relational communication in groups. In L. Frey (Ed.), *The handbook of group communication theory and research* (pp.192-224). Thousand Oaks: Sage.
- Keyton, J., Beck, S., Dennis. M., & Kunkel, A. (1999). Double duty in breast cancer support groups: Social Support and managing group process. In L. Frey, D. Gouran, & S. Poole (Eds.), *The handbook of group communication: Theory and research* (pp.575-581). London: Sage.
- Keyton, J., Rose, K. C., Dennis, M. R., & Kunkel, A. (2005). Understanding group interaction as social support in a breast cancer support group. *Health Communication and Managing Social Support Groups*, 34. [Electronic edition withdrawal: Central States Communication Association].
- Kissane, D., Bloch, S., Miach, P., Smith, G., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive existencial group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psychooncology*, 6, 25-33.
- Kissane, D, Love, A., Hatton, A. et al. (2004). Effect of cognitive-existencial group therapy on survival in early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (21), 4255 - 4260.
- Kissen, M. (1980). General Systems Theory: Practical and theoretical implications for group interventions, *Group*, 4 (1), 1573-3386.
- Klein, M. (1950). On the criteria for the termination of an análisis. *Internacional Journal of Psychoanalysis*, 31, 204-206.
- Knapp, M. L. (1982). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Knapp, M.L. & Daly, A. (2002). *Handbook of interpersonal communication*. London: Sage.
- Kohut, (1980). *La restauración del sí mismo*. Barcelona: Paidós.
- Krippendorff, K. (1980). *Metodología de análisis de contenido*. Barcelona: Paidós.

- Krippendorff, K. (1993). Major metaphors of communication and some constructivist reflexions on their use, *Cybernetics & Human Knowing*, 2 (1), 3-25.
- Krippendorff, K. & Bock, M.A. (2004). Reliability in content analysis: some common misconceptions and recommendations. *Human Communication Research*, 30 (3), 411-433.
- Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition-behavior consistency: Self-regulatory processes and actions versus state orientation. En J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Kutash, I. & Wolf A. (1998). Psicoanálisis en grupos. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo, (3ª ed.)* (pp.136-148). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

L

- Lacan, J. (1953). *Seminario I: los escritos técnicos de Freud*. Barcelona : Paidós.
- Lacan, J. (1962). *Seminario X: la angustia*. Barcelona : Paidós.
- Lacan, J. (1965). *Seminario XII: problemas cruciales para el psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1966). Fonction et champ de la parole et du langage (cap). *Écrits*. Paris : Seuil.
- Lacan (1973). *Seminaire XI. Les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1975a). La instancia de la letra en el inconsciente (cap). *Escritos 2*. Buenos Aires : Siglo XXI.
- Lacan, J. (1975b). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo (cap.). *Escritos 2*. Buenos Aires : Siglo XXI.
- Lacan, J. (1975c). *Livre xx: Encore*. Paris: Seuil.
- Lacan (1986). *Seminaire VII : L'éthique de la psychanalyse*. Paris: Seuil
- Lacan, J. (1999). *Seminario V: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2001). *Seminaire VIII: Le transfert*. Paris: Seuil.
- Lahera G., Benito-Ruiz, A. et al. (2007). Respuesta verbal del paciente y proceso Psicoterapeutico: Análisis de un proceso psicoterapéutico en la atención pública a la salud mental. Recuperado de *Psiquiatría.com*, 11 (3).

- Lamorga, O. (2008). La teoría del caos salpica la clínica psicoanalítica. *Psicología: Página 12*, recuperado de <http://www.pagina12.com>
- Lara, M^aA., Navarro, C. et al. (2004). A psycho-educational intervention for depressed women: A qualitative analysis of the process. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 429-447.
- Laurent, E. (2004). Desangustiar. En *Virtualia*, 11-12. Recuperado de www.eol.er/virtualia/
- Le Bloc, Y., de Roten, Y., Drapeau, M., Despland, J. N. (2006). New, but improved comparison between first and revised version of the Helping Alliance Questionnaire. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, Lausanne, Suiza. Acceso <http://www.Asno.ch>.
- Le Bon, G. (1983). *Psicología de las masas*. Madrid: Editorial Morata.
- Lewin, K., Lippitt, R. & White, R. (1939). Patterns of aggressive behaviour in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
- Lieberman, M., Yalom, I., & Miles, M. (1973). *Encounter Groups: First facts*. New York: Basic Books
- Lieberman, M., & Golant, M. (2002). Leader Behaviors as perceived by cancer patients in professionally directed support groups and outcomes. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 6, (4) 267-276.
- Linares, J.L. y Ceberio, (1998). Teapia sistémica: sus orígenes, su presente y su futuro. *Perspectivas Sistémicas*, 50. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/haley.htm>.
- Lorenz, E. (2005). Designing Chaotic Models. *Journal of the Atmospheric Sciences*, 62 (5), 1574–1587.
- Losada, J. L. (1993). Instrumentos de la observación. En M. T. Anguera (Ed.). *Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol. 2. Fundamentación* (pp. 262-339). Barcelona; España: PPU
- Lowen, A., (1967). *La traición al cuerpo*. Buenos Aires: Era Naciente.

M

- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Magnusson, M. (2006). Structure and communication in interaction. En G. Riva, M.T. Anguera, B.K. Wiederhold and F. Mantovani (Eds.), *From communication to presence: Cognition, emotions and culture towards the ultimate communicative experience* (pp. 127-145). IOS Press, Amsterdam.

- Magen, R. & Mangiardi, E. (2005). Groups and Individual Change. En S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.351-361). Thousand Oaks: Sage.
- Marcus, D.K. (1988). Studying Group Dynamics with the Social Relations Model. *Group Dynamics*, 2, 230-240.
- Maris Maruso, S. (2008, 8 de Mayo). Hay emociones que pueden matarte. *La Vanguardia*, contraportada.
- Massagué, J. (2008, 21 de Mayo). Salut. *El Periodico*, entrevista por Angels Gallardó.
- Massie, M., Holland, J. y Straker, N. (1989). Psychotherapeutic interventions. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*, (pp.455-463). NY: Oxford University Press.
- Medawar, P. (1964). Physiology of medicine 1942-1962. *Nobel lectures*, Ámsterdam: Elsevier Publishing Company.
- Medawar, P. (1986). *Memoirs of a thinking Radish: An Autobiography*. Oxford: Oxford University Press.
- Miller, J.A.(1995). *Reading seminar XI's lacan 4 concepts of psychoanalysis*. Eds: R. Feldstein, B. Fink, B. & M. Jaanus, M. NY: Albany.
- Miller, J. A. (1997). *Le conciliabule d'Angers*. Paris: Agalma-Le seuil.
- Miller, J. A. (2000). Los seis paradigmas del goce. En lecciones del curso: La experiencia de lo real en la cura analítica. *Freudiana*, 29.
- Miller, J.A. (2003). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Paidós: Barcelona.
- Miller, J, A. (2004). Filosofía y psicoanálisis. *Virtualia*, 11/12, año III. Recuperado de <http://www.eol.org.ar/virtualia>.
- Miller, J.A. (2007). *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona: RBA.
- Miller, J.A. (2008). *El partenaire-Síntoma*. Barcelona : Paidós.
- Moeschler & Reboul (1994). *Dictionnaire Encyclopédique de Pragmatique*. Paris: Seuil.
- Morrissey, E., Wandersmen, A., Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C., & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluators and practitioner perspectives. *Evaluation and Program Planning*, 20 (3), 367-377.
- Munich, R. (1998). Dinámica de grupos, en H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo (3ª ed.)* (pp. 23-35). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

N

- Nasio, J.D. (2005). *Le fantasme*. Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Neuman, L.W. & Kreuger, L.W. (2003). *Social work research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- Nielsen, T., Sundstrom, E. & Halfhill, T. (2005). Group dynamics and effectiveness: 5 years of applied research. In S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group research and practice* (pp.285-311). Thousand Oak, CA: Sage.
- Nitsun, M. (1989). Linking the individual and the Group, *Group Analysis*, 22, 249-260.
- Nurmi, J. E. (1989). Planning, motivation, and evaluation in orientation to the future: A latent structure analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 30, 64-71.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Belgium and USA: Leuven University Press & Lawrence Erlbaum Associates.

O

- Oerlemans, M., Van Den Akker, M., Schuurman, A., Kellen, E., & Buntinx, F. (2007). A meta análisis on depresión and subsequent cancer risk. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3:29 doi:10.1186/1745-0179-3-29. Recuperado de: <http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/29>
- Omar, A. (2007). Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes. *Psicología, Cultura y Sociedad, Psicodebate*, 7, 141-154.
- Ornstein, R. & Sobel, D. (1999). *The healing brain: A scientific reader*. CA: Malor books.
- Ortiz Jáuregui, A. (1997). Sucesos vitales, soporte social y afrontamiento de la enfermedad en la esclerosis múltiple. Tesis doctoral. *Universidad del País Vasco: Facultad de Medicina*.

P

- Pagés, M. (1977). *La vie affective des groupes*. BCN : Fontanella.

- Parker, K.H.C. (1988). Speaking turns in small group interaction: A Context-sensitive event sequence model. *Human Communication Research*, 8, 72-92.
- Pavitt, C. (1993). Does communication matter in social influence during small group Discussion? Five positions. *Communication Studies*, 44, 216-227.
- Pavitt, C & Hopkins, J. (2004). Cooperative discussion in group setting. *Atlantic Journal of Communication*, 12 (2), 105-119.
- Perinat, A. (1993). *Comunicación humana, comunicación animal*. Barcelona: Siglo Veintiuno.
- Perinat, A. (2003). Por una ética del conocimiento. *Educere*, 7 (23), 407-414.
- Pert, C. B. (1999). *Molecules of emotion: Why you feel the way you feel*. NY: Simon & Schuster Touchstone.
- Pichon- Rivièrè, H. (1995). *Diccionario de Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Riviere, H. (1975). *Teoría del vínculo*. Barcelona: Nueva Visión.
- Piper, W. (1998). Investigación sobre terapia de grupo. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Manual de terapia de grupo, (3º ed.)* (pp.736-745). Madrid: Editorial Panamericana.
- Pincus, D. (2001). A Framework and Methodology for the Study of Nonlinear, Self-Organizing Family Dynamics. *Non Linear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 5 (2), 139-173.
- Pincus, D. & Guastello, S.J. (2005), Nonlinear dynamics & interpersonal correlates of verbal turn-talking patterns in a group therapy session. *Small Group Research*, 36, (6) 635- 677.
- Poole, M.S., Keyton, J. & Frey, L.R. (1999). Group communication methodology. In L.R. Frey (Ed.), *The Handbook of group communication: Theory and research* (pp.92-112). Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Poole, M.S., McPhee, R.D. & Seibold, D.R. (1982). A Comparison of normative and Interactional explanation of group decision making: Social decisions schemes versus valence distributions. *Communicatin Monographs*, 49, 1-19.
- Porcel y Guardia (2007). Revisión general del concepto de atención. *Instituto de altos estudios universitarios*. Acceso [http: www.iaeu.es](http://www.iaeu.es)
- Poyatos, F. (1970). Kinesica del español actual, *Hispania*, 53 (3), 1970
- Poyatos, F. (1994). *La Comunicación no verbal I, Cultura, Lenguaje y Conversación*. Madrid: ISTMO.
- Poyatos, F. (2003). La comunicación no verbal: Algunas de sus perspectivas de estudio e investigación. *Revista de Investigación Lingüística*, 2 (6), 67-83.

Poyatos, F. (2008). Paralinguística y kinesica: para una teoría del sistema comunicativo en el hablante español. *Centro Virtual Cervantes*. 725-738. Recuperado de la página Web personal del autor, en la Universidad de New Brunswick.

Punset, E. (2007). *El viaje al amor*. Barcelona: Destino.

Q

Quera, V. (1997). Análisis de secuencias de conducta. En J. Renom (Ed.), *Tratamiento informatizado de datos* (pp. 69-100). Barcelona: Masson.

R

Rank, O. (1968). The training of the Hill and emocional development. *Journal of the Otto Rank Association*, 3 (2) 51-74.

Reivich, K. & Shatté, A. (2002). *The resilience factor*. New York: Broadway Books.

Ringler, K., Wihtiman, H., Gustafson, J. & Coleman, F. (1981). Technical advances in leading a cancer patient group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 329-338.

Riva, C. (1993). El método observacional. Decisiones básicas y objetivos. En M.T. Anguera (Ed), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol. I: Fundamentación* (pp.29-101). Barcelona: PPU.

Riva, G. (2006). Being in the World with: Presence Meets Social and Cognitive Neuroscience. In G. Riva, M.T. Anguera, B. Wiederhold & F. Mantovani (Eds.), *From communication to presence: Cognition, emotions and culture towards the ultimate communicative experience* (pp.47-77). Amsterdam: IOS Press.

Riva, M.T. & Wachtel, M. (2005). Field Studies. In S. Wheelan (Ed.), *The Handbook of group resarch and practice* (pp.2241-2250). Thousand Oaks, CA: Sage.

Riva, G., Anguera, M.T., Wiederhold, B & Mantovani, F. (2006). *From communication to presence: Cognition, emotions and culture towards the ultimate communicative experience*. Amsterdam: IOS Press.

Rizzolati, G., et al. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.

- Rizzolati, G. & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system, *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-92.
- Roche, R. (1998). *Educación prosocial de las emociones, valores y actitudes positivas*. Barcelona: Blume.
- Rogers, C. (1970). *On encounter groups*. New York : Harper & Row.
- Rojas, L y Fuster, V. (2008). *Corazón y mente*. Barcelona: Planeta.
- Roulet, E. et al. (1985). *L'articulation du discours en Français contemporain*. Berne: Peter Lang.
- Roustan, M. (2006a). ¿Pasión de saber, pasión de curar o ... pasión de amar? Grupos pequeños de ayuda a los enfermos de cáncer. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1,135-154.
- Roustan, M. (2006b). *El cáncer como forma de comunicación: Estudio temático de relatos personales*. Créditos de investigación. Programa de Doctorado en Psicología de la Comunicación: interacción social y desarrollo humano. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Roustan, M. (2008a). *Cáncer: cuando habla el cuerpo*. Barcelona: Publi Corinti.
- Roustan, M. (2008b). *Entrevista realizada al Dr. Gascón en el hospital Clínic de Barcelona*, el 29 de Nov.
- Roustan, M., Cuervo-Rodríguez, J.J., Anguera, M.T., & Izquierdo, C. (2008). The interactive support in group meeting with breast cancer patients: Context and design of the observational GAFA study. Symposium: Methodological complementarity. En *III European Congress of Methodology. July 2008, 8th to 12th, Oviedo, Spain*.
- Ruiz, M.A., Garde, S., Ascunce, N., & del Moral, A. (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 21, 3, 119-124.

S

- Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing Sociology . In D. Sudnow (Ed.), *Studies in social interactions*, (pp. 31-74). New York: Free Press.
- Sackett, G.P. (1980). Lag sequential analysis as a data reduction technique in social interaction research. In D.B. Sawin, R.C. Hawkins, L.O. Warker, y J.H. Penticuff (Eds.), *Exceptional infant: Psychosocial risks in infant-environment transactions*, vol.4 (pp.300-349). NY: Brunner-Mazel.

- Sally, D. (2001). Into the looking glass: Discerning the social mind through the mindblind. *Advances in Group Process*, 18, 99-128.
- Salven, M. & Stacks, D.W. (1996). *An integrated approach to communication theory and research*. New jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Salvendy, J. (1998). Selección y preparación de pacientes y organización del grupo. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo*, (3ª ed) (pp.78-90). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Schmid, P. (2007). En el principio fue el grupo: grupos de encuentro y terapia de grupo: una perspectiva de cambio más allá del individuo. *Revista de Psicología Humanista y Desarrollo Humano*, 50, 39-44.
- Schutz, W. (1989). *La cultura de los encuentros*. Barcelona: Amorrortu.
- Schutzenberger, A. & Sauret, M. (1986). *Nuevas terapias de grupo*. Madrid: Pirámide
- Semino, E., Heywood, J., & Short, M. (2003). Methodological problems in the analysis of metaphors in a corpus of conversations about cancer. *Journal of Pragmatics*, 36, 1271-1294. Recuperado de [http: www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- Servan-Schreiber, D. (2004). *Curación emocional*. Barcelona: Kairós.
- Servan-Schreiber, D. (2008). *Anti-cáncer: una nueva forma de vida*. Madrid: Espasa Calpe.
- Shinzato, R. (2004). Some observations concerning mental verbs and speech acts. *Journal of Pragmatics*, 36, 861-882. Recuperado de www.sciencedirect.com
- Shelly, R. (2004). Emotions, sentiments, and performance expectations. *Advances in Group Processes*, 21, 141-165.
- Sierra, E., Escobar, A., Gonzalez Torres, MA. (2005). La batería Bel Air como instrumento de evaluación de la eficacia de la terapia grupal. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4, 3. [on line]
- Siguan, M. (1978). Prólogo. En M.T. Anguera (Ed.). *Metodología observacional en ciencias de la humanidad (1ª ed.)* (pp.11-14). Barcelona: Catedra.
- Solano, L., (2004). La transferencia. *Seminario del campo freudiano en Madrid*. Madrid: Nucep.
- Spiegel, D. et al. (2007). Effects of supportive expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer : A randomized perspective trial. *Cancer*, 110 (5), 1130-1138.
- Spitzberg, B. & Cupach, W. (1998). *The dark side of close relationship*. NJ : Lawrence Erlbaum.

- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H.H.S. (1953). *La teoría interpersonal de psiquiatría*. Buenos aires: Psique.
- Sumalla, E., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33
- Sunwolf, & Frey, R.F. (2005). Facilitating group communication. In S. Wheelan (Ed.), *The handbook of group communication*. (pp. 485-509). Thousand Oaks: Sage.
- Sunyer, J.M. (2005). *Orientación psicológica grupoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Szilard, L. (1992). *Genius in the shadows*. New York: Charles Scribner.

T

- Tardy, C.H. (Ed.) (1988). *For the study of human communication: Methods and instruments for observing, measuring, and assessing communication processes*. Norwood, NJ: Ablex.
- Thornton, L., Andersen, B. Crespín, T. & Carson, W. (2007). Individual trajectories in stress covary with immunity during recovery from cancer diagnosis and treatments. *Brain Behaviour Immunity*, 21(2), 185-194.
- Thye, S., Yoon, J. & Lawlwer, J. (2002). The theory of relational cohesion: Review of a research program. *Advances in Group Processes*, 19, 139-166.

U

V

- Vaimberg, R. (2010). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas (PTM): estudio de procesos y intraprocesos terapéuticos a partir de participaciones on line*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico.

W

- Waldo, M. & Bauman, S. (1998). Regrouping the categorization of group work: A Goals and Process (GAP) matrix for groups. *Journal for Specialist in Group Work*, 23, (2) 164-176.

- Ward, N. & Tsukahara, W. (2000). Prosodic features which cue back-channel responses in English and Japanese. *Journal of Pragmatics*, edición electrónica.
- Waterworth, E. & A. (2006). Presence as a dimension of communication: Context of use and the person. En G. Riva, M.T. Anguera, F. Mantovani, F. & H. Wiederhold, (Eds.), *From communication to presence: Cognition, emotions and culture towards the ultimate communicative experience* (pp.80-95). Amsterdam, IOS Press.
- Watson, JB. (1924). *Behaviorism*. New York: Wiley and sons.
- Watzlawick, P., & Weakland, J. (1981). *Sur l'interaction: Une nouvelle approche Thérapeutique*. Paris : Seuil.
- Westerman, M.A. (2005). What is interpersonal behavior? A post-Cartesian approach to problematic interpersonal patterns and psychotherapy process. *Review of General Psychology*, 9, (1), 16-34.
- Wheelan, S.A., McKeage, R.L., Verdi, A.F. et al. (1994). Communication and developmental patterns in a system of interacting groups. In L.D. Frey, (Ed.), *Group communication in context: Studies of natural groups* (pp.153-180). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Winnicott, D. (1963). *El proceso de maduración del niño*. Buenos Aires: Editorial .Laia
- Winnicott, D. (1963b). *El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro*. Trabajo presentado ante la sociedad psicoanalítica de Topeka y publicado en 1963.
- Winnicott, D. (1964). Elementos positivos y negativos en la enfermedad psicósomática, *Exploraciones Psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.
- Wortman, C. y Dunkel, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-132.

X

Y

- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. y Greaves, C. (1977). Group therapy with the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 134, 396-400.

Yllá, L. (2007). El devenir de los llamados factores curativos en la terapia de grupo.
Revista de Psicoterapia Analítica Grupal, 2, 121-142.

Z

Índice de figuras

Fig. 2-1: Proceso de ayuda en GAFA	68
Fig. 3-1: Clasificación de los turnos	84
Fig. 3-2: Niveles de interacción comunicativa	85
Fig. 3-3: Bucle relación-tarea en GAFA	88
Fig. 3-4: Niveles de deseabilidad de GAFA	90
Fig. 3-5: Modelo de intervención del terapeuta-analista GAFA	92
Fig. 4-1: Relación y Tarea: Ayuda interactiva	114
Fig. 4-2: Diseños observacionales	117
Fig. 4-3: Diseño observacional SIM	117
Fig. 5-1: Participantes	120
Fig. 5-2: Cámara, grabadora de voz y micrófono.	122
Fig. 5-3: Colocación de los instrumentos de registro	124
Fig. 5-4: Esquema multidimensional (y sus categorías básicas) de los patrones de ayuda interactiva	126
Fig. 5-5: Categorías y códigos de las Dimensiones 1 y 2	130
Fig. 5-6: Dimensiones 3 y 4 con sus categorías y códigos	131
Fig. 5-7: Sala de la reunión	133
Fig. 5-8: Diagrama de las participantes	134
Fig. 5-9: Ejemplo de fichero SDIS para el análisis de la primera reunión GAFA	138
Fig. 5-10: Mapa vectorial de las coordenadas polares	146
Fig. 5-11: Conducta criterio y apareo en el análisis de coordenadas polares	147
Fig. 6-1: Esquema de codificación para el análisis de datos.	150
Fig. 6-2: Turnos de palabra en las sesiones con menor rodaje.	151
Fig. 6-3: Tipos de habla en las sesiones con menor rodaje.	151
Fig. 6-4: Conductas de seguimiento en las sesiones con menor rodaje.	152
Fig. 6-5: Manera de trabajar el tema personal en las sesiones con menor rodaje.	152
Fig. 6-6: Posición interactiva de la terapeuta en las sesiones con menor rodaje.	153
Fig. 6-7: Perfil cuantitativo de las características de la interacción observada en el bloque de sesiones con menor rodaje.	153
Fig. 6-8: Gráfico de frecuencias y duración de turnos por categoría. Rodaje < 21600seg.	154
Fig. 6-9: Cuadro resumen de los patrones comunicativos significativos del bloque de reuniones con menor rodaje.	157
Fig. 6-10: Probabilidad incondicional del uso de la palabra por cada participante.	159
Fig. 6-11: Participación oral de las 7 participantes en respuesta a la terapeuta en el bloque con menor rodaje.	159
Fig. 6-12: Participación oral de la terapeuta en respuesta a las 7 participantes en el bloque con menor rodaje.	160
Fig. 6-13: Cuadro resumen de la respuesta participativa a la conducta de la terapeuta.	160
Fig. 6-14: Mapa conductual de la secuenciación de la participación a partir de la conducta focal Px.	161
Fig. 6-15: Turnos de palabra en las sesiones con mayor rodaje.	162
Fig. 6-16: Tipos de habla en las sesiones con mayor rodaje.	163
Fig. 6-17: Conductas de seguimiento en las sesiones con mayor rodaje.	163
Fig. 6-18: Manera de trabajar el tema personal en las sesiones con mayor rodaje.	164
Fig. 6-19: Posición interactiva de la terapeuta en las sesiones con mayor rodaje.	164
Fig. 6-20: Perfil cuantitativo de las características de la interacción observada en el bloque de sesiones con mayor rodaje.	165
Fig. 6-21: Gráfico de frecuencias de turno por categorías y su duración. Rodaje > 21600 seg.	165
Fig. 6-22: Cuadro resumen de los patrones comunicativos significativos del bloque de reuniones con mayor rodaje.	169
Fig. 6-23: Probabilidad incondicional del uso de la palabra por clase de asistente.	171
Fig. 6-24: Valores Z_{sum} prospectivos.	171
Fig. 6-25: Valores Z_{sum} retrospectivos.	172
Fig. 6-26: Cuadro resumen de la respuesta participativa.	172
Fig. 6-27: Mapa participativo del rodaje mayor y conducta focal Px.	173
Fig. 6-28: Tabla comparativa de algunos resultados de los dos rodajes.	175
Fig. 6-29: Distribución de los códigos de intervención por rodaje.	176
Fig. 6-30: Diagrama de las intervenciones de la terapeuta por rodaje.	176
Fig. 6-31: Tabla descriptiva del comportamiento de la terapeuta por fases.	176
Fig. 6-32: Movimiento por fases de las intervenciones de la terapeuta.	177

Fig. 7-1: Tabla de 17 categorías del contenido temático y evaluativo de la S-9.	181
Fig. 7-2: Tabla de resultados de las categorías evaluativas.	184
Fig. 7-3: Categorías temáticas y evaluativas de la tarea.	185
Fig. 7-4: Categorías temáticas evaluativas de la relación.	186
Fig. 7-5: Categorías temáticas evaluativas de la satisfacción global.	186
Fig. 7-6: Articulación de GAFA entre el cáncer y la quimio.	192
Fig. 7-7: Resumen de nudos temáticos y significaciones.	197
Fig. 7-8: Fases del grupo y cadenas temáticas.	200
Fig. 8-1: Incidencia del cáncer en España (Mujeres) (estimación año 2015).	212
Fig. 8-2: Supervivencia a cinco años, del estudio Eurocare 4.	212

Anexos (En CD adjunto):

Anexos de la investigación

1. Manual de codificación
2. Esquema resumido de codificación
3. Historia del grupo: Vaciado psicoanalítico de las sesiones
4. Transcripción y codificación de la sesión 9
5. Codificación en SDIS de las sesiones impares
6. Tablas descriptivas de resultados

Anexos de la intervención

7. Cuadernillo de trabajo
8. Ficha entrevista previa
9. Hoja permiso de colaboración y protección de datos