



Trabajo de Diploma

**Título: Antología de Psicoterapia de Grupo. Curso
de Psicoterapia y Material de Apoyo Bibliográfico.**

Autora: Ariadna Arias Martínez

Tutor: Dr. C. Mario Uría Aquino

**Facultad de Psicología
2006-2007**

Índice

Introducción.....	1
1. Capítulo 1 Antología de Psicoterapia de Grupo	
1.1 Epígrafe 1. Grupos en la clínica. Manuel Villegas Besora.....	5
1.2 Epígrafe 2. Terapia grupal cognitivo-conductual. Sheldon D. Rose, Ph.D.....	43
1.2.1 Valoración de la Terapia Grupal.....	52
1.2.2 Material Demostrativo.....	55
1.3 Epígrafe 3. Terapia de grupo. Gestalt. Douglas William Greve, M.D...	57
1.3.1 Valoración de la Terapia Gestalt.....	65
1.3.2 Material Demostrativo.....	68
1.4 Epígrafe 4. Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial. Max Rosenbaum, Ph.D.....	68
1.4.1 Valoración de la Terapia Humanista Existencial.....	74
1.4.2 Material Demostrativo.....	77
1.5 Epígrafe 5. Terapia Breve. Robert H. Klein. Ph.D.....	77
1.5.1 Valoración de la Terapia Breve.....	88
1.5.2 Material Demostrativo.....	90
1.6 Epígrafe 6. Terapia familiar y terapia familiar múltiple. Samuel Slipp, M.D.....	91
1.6.1 Valoración de Terapia Familiar.....	102
1.6.2 Material Demostrativo.....	104
1.7 Epígrafe 7. Psicodrama. James M. Sacks, Ph.D.....	105
1.7.1 Valoración de la Terapia Psicodramática.....	117
1.7.2 Material Demostrativo.....	120
2. Capítulo II: Técnicas	
2.1 Terapia de grupo en la ansiedad y trastornos del humor. David W. Brook, M.D.....	121
2.2 Terapia grupal con enfermos mentales crónicos. Walter N. Stone. M.D.....	124
2.3 Terapia grupal con alcohólicos, sujetos dependientes de	

	sustancias psicoactivas e hijos adultos de alcohólicos. Philip J. Flores, Ph. D.....	126
	2.4 Terapia de grupo en enfermos físicos. Kathleen Hubbs Ulman, Ph.D.....	129
	2.5 Terapia de grupo con personas infectadas por el VIH y sus cuidadores. Suzanne Lego, R.N.,Ph.D.....	130
	2.6 Terapia de grupo con pacientes cancerosos y enfermos terminales. Leora R. Benioff, Ph. D. Sophia Vinogradov, M.D.....	133
	2.7 Terapia de grupo con niños víctimas de abusos sexuales. Elizabeth Rice-Smith, M. Div.Th.M.....	134
	2.8 Terapia de grupo con adolescentes. Paul Kymissis, M.D.....	138
	2.9 Terapia de grupo con ancianos. Hadaza Neiman Gurfein, Ph. D. y Gabrielle F.Stututman, Ph.....	143
2.10	Encuentros comunitarios o comunidad terapéutica. Sigmund W. Karterud, M.D. Ph. D.....	147
2.11	Modelos y técnicas con pacientes ingresados. Virginia Brabender, Ph.D.....	148
3. Capítulo III: Archivo y Material de Apoyo		
3.1 Archivo de Artículos por Terapias		
3.1.1 Artículos de Terapia Cognitivo Conductual		
3.1.2 Artículos de Terapia Gestalt		
3.1.3 Artículos de Terapia Humanista Existencial		
3.1.4 Artículos de Terapia Breve		
3.1.5 Artículos de Terapia Familiar		
3.1.6 Artículos de Terapia Psicodramática.		
3.2 Material de Apoyo		
3.2.1 Materiales de Psicología		
3.2.2 Materiales de Psicopatología		
3.2.3 Materiales de Psicoterapia		
3.2.4 Materiales de Psiquiatría		
3.2.5 Clases.		
4.	Bibliografía.....	159

A Mario (mi tutor) y a Yuda por todo.

A Mariela... por salvarme la vida.

A mis padres, mi familia y a mis amigos.

Introducción

El hombre en su ciclo vital transcurre ligado a un conjunto de relaciones interpersonales que establece, a partir de su inserción en varios grupos: familia, escuela, trabajo, grupo de pares y otros; los cuales se caracterizan por poseer diferentes estructuras,

dinamismo. Esto hace indispensable que el individuo desarrolle las habilidades que le permiten funcionar adecuadamente en cada uno de ellos. La habilidad para interactuar en grupo es por tanto, de las más importantes para el ser humano.

Para la satisfacción plena de sus necesidades e interés, el individuo necesariamente tiene que establecer determinadas relaciones con los otros y es tal la importancia de las relaciones que se establecen, que estas pueden llegar a determinar el desarrollo de la personalidad o limitar el mismo.

La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, donde se encuentra o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en dicha dinámica, pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento. La psicoterapia de grupo goza de la riqueza insustituible de la presencia de personas implicadas y comprometidas en un proceso de cambio terapéutico. La expresión franca de sentimientos y percepciones respecto a sí mismo, la interacción con los otros compañeros y el terapeuta, el apoyo mutuo y la retroalimentación que se puede recibir de los demás; constituyen de este modo, el núcleo de la psicoterapia grupal.

Entre las ventajas de la terapia grupal podemos señalar su disponibilidad al trabajo con un elevado número de pacientes, su rentabilidad en términos de costo, su cercanía a los entornos naturales donde el sujeto se desenvuelve, etc.

Aun cuando fue J.L. Moreno quien acuñó los términos "Terapia de Grupo" (1931) o "Psicoterapia de Grupo" (1932), se le asigna a Joseph H. Pratt en 1905 la paternidad.

El grupo, en un principio, tenía propósitos meramente didácticos, pero luego Pratt se percató de que el hecho de estar en grupo mejoraba en varios sentidos la situación de los pacientes y ejercía en ellos una cierta acción e influencia terapéutica. Este tipo de grupo didáctico, en el cual no se realizaba ningún análisis de los aspectos psicodinámicos, utilizaba elementos de tipo persuasivos y un sistema de recompensas y castigos, lo que estimulaba la motivación de los pacientes hacia el tratamiento.

Se fue extendiendo la iniciativa de Pratt y empezaron a surgir grupos didácticos aplicados a poblaciones de pacientes psicóticos institucionalizados, dos de las experiencias más relevantes fueron las de L. Cody Marsh y la de E. W. Lasell.

Estas primeras iniciativas del tratamiento a pacientes institucionalizados, también se fue extendiendo fuera de este marco y a poblaciones de pacientes con trastornos psiconeuróticos; así T. Burrow, en 1925 desarrolló el tratamiento a pacientes neuróticos (análisis de grupo) utilizando la situación grupal como base para el psicoanálisis de sus participantes. Se enfatizaba la citación de los sujetos y aún no se consideraban los aspectos psicodinámicos del grupo en su conjunto.

Paralelo a este desarrollo que se estaba produciendo en los Estados Unidos, en Europa estaba ocurriendo algo similar en cuanto a la utilización de los grupos como vehículo de la acción terapéutica. Así desde 1910, J. L. Moreno comenzó su labor de grupo unida al teatro (teatro terapéutico, teatro de la espontaneidad, psicodrama) con niños vagabundos, prostitutas y desarrolla sus concepciones teóricas sobre el psicodrama, los grupos y la psicometría, lo cual introduce en los Estados Unidos en 1925.

Igualmente por el año 1918, Alfred Adler empezó a desarrollar los métodos de psicoterapia en minigrupos e instrumenta en su clínica de Viena los grupos de orientación o asesoramiento infantil.

En Estados Unidos se contó con el aporte de otros autores provenientes de Europa como: Moreno, Lewin, Perls, entre otros que posibilitaron el desarrollo de la terapia grupal en los períodos comprendidos entre la década del 30 y el 40 respectivamente.

L. Wender hizo aportes relevantes como la consideración de que el grupo terapéutico reproduce la situación familiar, y en tratamiento combinado, donde además de la sesión grupal, el terapeuta sostendrá consultas individuales con sus pacientes.

Slavson, también por la década de los 30 hace un importante aporte a la terapia grupal con su concepción de los grupos de actividades concebidos para niños y adolescentes. Se destacó además, Alexander Wolf con sus trabajos de psicoanálisis de grupo, publicando en 1949 un libro donde plasmó sus principales experiencias y reflexiones al respecto.

En 1940, el movimiento grupal recibe un impulso considerable con los trabajos de K. Lewin, el cual hace importantes conceptualizaciones en relación con los grupos, los procesos que se dan en el seno del mismo (dinámica de grupos), la influencia del grupo

sobre el individuo y el aporte de los individuos al grupo y sobre todo su concepción de que un grupo es algo más que la suma de sus integrantes.

Poco después de la muerte de K. Lewin, en 1947, se realiza en Bethel (Maine, Estados Unidos) el primer T-grupo (T de training, formación). El auge y aceptación de estos grupos dio lugar a la creación de una organización, el National Training Laboratory (NTL). Surgieron seminarios a los cuales acudieron jefes y directores del ámbito industrial.

A partir de la década de los 50 y los 60 se van a producir otros desarrollos de los enfoques grupales, entrando en escena el movimiento denominado: desarrollo del potencial humano; así como la proliferación de múltiples modelos de grupo: grupos organizados alrededor de una tarea, grupos familiares, etc.

En la actualidad la existencia de un gran número de propuestas en el campo grupal hace casi imposible cualquier intento por nombrarlos o clasificarlos. Predominan tanto los grupos terapéuticos clásicos, los grupos para el desarrollo del potencial humano (para sujetos normales) e incluso propuestas en las cuales se intenta combinar los dos enfoques mencionados anteriormente. Lo cierto es que las diferentes escuelas en psicoterapia de grupo aún mantienen su vigencia. Se observa una defensa hacia la integración de diferentes métodos en psicoterapia de grupo a nivel mundial. En Estados Unidos se mantiene un gran desarrollo, caracterizado por la integración de corrientes, mientras que en Europa priman los enfoques analíticos con Inglaterra e Italia, y en España el analítico-vincular a la cabeza. Latinoamérica ha demostrado su capacidad para contribuir al desarrollo de la psicoterapia de grupo, a través de los grandes aportes de Pichón Riviere, y sus discípulos en Argentina, Brasil y España. Estados Unidos, España, y Argentina son centros de desarrollo de la psicoterapia de grupo a nivel mundial, por sus incuestionables aportes dentro de este campo a lo largo de más de cincuenta años.

En Cuba, la psicoterapia grupal se ha orientado de manera diversa. Se ha trabajado bajo la influencia de la escuela de Alemania Democrática (Hess, Hock, König), con un enfoque a lo Foulkes, algunos comparten los postulados marxistas, mientras que otros han seguido un enfoque integrado, mezcla de gran influencia de la corriente interactiva

de Yalom, y del enfoque del Análisis Transaccional de grupo de Berne, provenientes de EEUU.

Sin embargo, a pesar de que en nuestro país se trabaja con la psicoterapia de grupo, aun pudiera ser mucho más utilizada. En Cuba actualmente no existe un texto que satisfaga las necesidades de todos los profesionales de la salud que trabajan con este tipo de psicoterapia. Es entonces cuando surge la necesidad de crear un material que responda a las exigencias actuales.

Con este libro, el psicólogo podrá obtener elementos teóricos acerca de los diferentes tipos de psicoterapia que se exponen, así como reflexiones sobre ellas. Contará con recursos técnicos para poder llevar a cabo una psicoterapia grupal efectiva y además, tendrá a su disposición una serie de materiales que resultarán de gran utilidad para su desempeño profesional.

El texto consta de un primer capítulo donde se recogen algunos tipos de psicoterapia junto a una valoración crítica de las mismas y se incluye además, un material demostrativo. El segundo capítulo presenta una selección de técnicas de psicoterapia grupal, especificándose para cuales trastornos se recomienda su utilización y cómo hacerlo. Por último, el tercer capítulo (que se presentará como una multimedia adjunta a este trabajo), está formado por un archivo de materiales que enriquecen de manera teórica y práctica los dos capítulos anteriores, incluyéndose además, documentos útiles para el trabajo del especialista. Consideramos que el hecho de que en todo el libro se recojan diversidad de criterios de autores, permite valorar desde diferentes perspectivas cada tipo de psicoterapia y además, le ofrece al psicólogo la posibilidad de reflexionar y asumir posturas según sus análisis.

Capítulo I: Contenido del Curso. Psicoterapia de Grupo.

Epígrafe 1. Grupos en la clínica. Manuel Villegas Besora

Introducción

La utilización de los grupos es una técnica de intervención terapéutica ampliamente consolidada, que en la actualidad alcanza una gran difusión en las distintas formas de

aplicación a la práctica clínica (Corey, 1996; Kaplan y Sadock, 1996). Más allá del clásico grupo familiar (la terapia familiar) o del grupo analítico (terapia analítica de grupo), la expansión de esta técnica ha alcanzado los departamentos psiquiátricos (grupos de pacientes esquizofrénicos o borderline), las comunidades terapéuticas (grupos de alcohólicos y drogodependientes), terapia de grupo para niños y adolescentes o de menores bajo tutela, grupos de mujeres, de preparación al parto, de ancianos, de pacientes con cardiopatías, de enfermos oncológicos, o de afectados del SIDA. Es evidente que no todos los grupos de población considerada en estos subgrupos entran en el marco de las categorías psiquiátricas, aunque presentan, sin duda, un gran interés desde el punto de vista de la psicología clínica, a nivel de los fenómenos psíquicos que se configuran alrededor de las patologías físicas, o de determinadas condiciones sociales o evolutivas. En este sentido, como dice Pilar González (Zorán, 1994) el concepto de grupo clínico es más amplio que el de grupo psicoterapéutico.

Por otra parte, los distintos procedimientos grupales pueden inspirarse en distintas tradiciones psicológicas, como la psicodinámica, la gestáltica, la sistémica o la cognitiva. A su vez los grupos pueden constituirse con finalidades terapéuticas, formativas o reivindicativas, o bien utilizarse como contextos de apoyo social o refuerzo de conductas y actitudes. Pueden autogestionarse o heterogestionarse; utilizar la figura del terapeuta o prescindir de ella (Kurtz, 1997). Pueden orientarse al individuo, las relaciones o las instituciones. Todo ello dará lugar a diversas modalidades de intervención grupal en el ámbito clínico que intentaremos analizar en las páginas que siguen.

Historia de los grupos en la clínica

La historia de la terapia de grupo nace, se desarrolla y se consolida a lo largo del siglo xx. Algunos autores (Mackenzie, 1992) establecen tres períodos, como en la evolución de cualquier ciencia o disciplina normal. Un primer período de formación que se extendería desde 1905 hasta 1951; un segundo período que podríamos llamar de expansión, comprendido entre 1952 y 1967, y un tercer período de consolidación entre

1968 y 1981. No sería ajeno a este último período el empuje que la terapia de grupos recibió de la psicología humanista y del movimiento del potencial humano en general, de acuerdo con el espíritu de la época. En este tiempo, se han constituido numerosas asociaciones de terapia grupal, como la americana AGPA, que ha cumplido ya más de cincuenta años (establecida en 1942). Con posterioridad el entusiasmo por lo grupal ha ido cediendo terreno a otros intereses, quedando consolidado como un recurso terapéutico más, de particular interés en los casos en los que se comparte alguna patología o situación especial.

La prehistoria de los grupos en clínica: los grupos psicopedagógicos

Existe un amplio consenso en atribuir a Pratt la iniciativa de haber formado ya en 1905 grupos de pacientes con finalidades terapéuticas. Éstos, sin embargo, no eran pacientes neuróticos, sino tuberculosos, de quienes se debía conseguir la adhesión al tratamiento. Con la creación de grupos de enfermos Pratt perseguía un doble objetivo, didáctico y social. Reunía importantes colectivos de enfermos en clases semanales para informarles sobre características de higiene y tratamiento de la enfermedad, a la vez que fomentaba su participación e implicación a través de preguntas y respuestas. Como en una auténtica clase de colegio, Pratt utilizaba incentivos para los pacientes con mayor aprovechamiento. La finalidad de los grupos consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos. El mérito de Pratt fue utilizar de forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la persecución de la finalidad terapéutica. Su técnica se basaba en el fomento de los sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad del grupo y en la atribución al terapeuta de un rol de figura parental idealizada, que estimulaba la identificación del enfermo con el médico.

Como dice Martí Tusquets (1976), lo que llama la atención es que durante las primeras décadas de nuestro siglo “los pioneros de la psicoterapia de grupo emplearon este método con pacientes que padecían trastornos orgánicos y no con pacientes psiconeuróticos. Como este método buscaba la solidaridad del grupo para obtener fines terapéuticos secundarios, el paciente neurótico con sus conflictos interpersonales y mala socialización se avenía mal a dicho fin”.

Siguiendo los pasos de Pratt (1922), quien más tarde extendió su método de clase a otros colectivos de diabéticos y con cardiopatías, otros médicos como Chapel y Buck emularon el mismo procedimiento. El primero trabajó con pacientes ulcerosos, el segundo con hipertensos. Todos ellos utilizaban una técnica que podríamos llamar represiva, consistente en premiar o castigar en función de la sumisión a los dictados del médico. Pronto se tomó ejemplo en los ámbitos de gestión de la población psicótica de los hospitales psiquiátricos. El mismo Pratt (1934) lo asumió ya en 1930, aunque anteriormente lo habían precedido Marsh y Lazell, con sus grupos de esquizofrénicos. El método de Lazell consistía básicamente en conferencias. Reunía a los pacientes y les hablaba o leía material sobre historias reales o ficticias, que se discutían con posterioridad. Para Lazell (1921), la participación de los pacientes en estos debates era un buen indicio terapéutico. Consideraba que se beneficiaban por sentir que compartían su enfermedad y problemas con individuos de igual condición y que, además, la figura del médico se hacía menos amenazante al tratar a los pacientes en grupo. Marsh había seguido ya desde 1909 una trayectoria parecida en su trabajo con los psicóticos, al que agregó un cierto matiz religioso y social: convocaba a pacientes, familiares, religiosos y personal del hospital, entre quienes se establecía un pacto psiquiátrico, orientado a comprometerse en la asistencia y colaboración con el grupo. Para Marsh (1935), “la masa había hecho que el individuo enfermara y la masa lo curaría”.

El trabajo realizado con grupos de enfermos orgánicos o psiquiátricos seguía en esta línea un enfoque didáctico y represivo. Low y Klapman, por ejemplo, intentaron dar mayor valor a la interacción entre los miembros del grupo, pero sin levantar el estricto control del médico y la jerarquización de los pacientes, incluso en tratamiento de seguimiento posthospitalario. Las ideas básicas que predominaban en este período hacían referencia a la cohesión del grupo, la imitación, la sugestibilidad e idealización, que se encauzaban al logro de los fines terapéuticos, funcionando estos grupos bajo el liderazgo benévolo del médico, quien mostraba un genuino interés en la recuperación de sus pacientes. Como señala Cappon (1978), “se tenía en cuenta, también, el propósito de disminuir el sentimiento de aislamiento en los pacientes”.

De los grupos terapéuticos a los grupos de crecimiento personal

A) La dimensión inmanente en los grupos

Algunos de los fermentos que propiciaron la transformación de los grupos terapéuticos en grupos de crecimiento personal se hallaban ya inscritos en la obra de Moreno, el cual introdujo en 1914 el concepto de encuentro. En efecto, dentro del marco de los cambios socio-culturales que se produjeron en la década de los sesenta, particularmente en los Estados Unidos, cabe señalar la evolución que experimentaron los grupos T, hacia una transformación en grupos de crecimiento personal o grupos de encuentro. Los grupos T, también conocidos como laboratorios de entrenamiento social, fundados por Bradford y Lippit en 1946 e inspirados en el análisis de la dinámica de grupo llevada a cabo por K. Lewin, habían nacido con una finalidad de entrenamiento ajena a propósitos terapéuticos. Uno de los laboratorios de entrenamiento situado en Esalen, California, fundado en 1962 por Murphy y Price, se fue gradualmente especializando en la organización de este tipo de grupos, que algunos de sus líderes llegaron a denominar “terapia de grupo para gente normal” (Weschler, Messarik, 1962). La expresión directa de los problemas con que se encontraban los participantes en su vida personal y profesional fue centrando cada vez más la atención del grupo en el material emocional y en el aquí y ahora de las sesiones. Este cambio en el punto de vista permitió darse cuenta de que los problemas que arrastran las personas “normales” tienen que ver con las limitaciones que impone la sociedad al crecimiento personal, obligando a los individuos a recortar sus tendencias autoactualizadoras. Los síntomas más frecuentes de esta “patología de la normalidad” formaban parte de un “síndrome cultural” que se manifestaba en forma de tensión, inseguridad, soledad y apatía. Los grupos de encuentro debían estar orientados, por tanto, a facilitar el desarrollo del máximo potencial de crecimiento, lo que los psicólogos humanistas de la época entendían como autorrealización (Maslow, 1954) y que halló su máximo exponente en el Movimiento del Potencial Humano.

Las técnicas del Potencial Humano no iban destinadas a la curación propiamente dicha, sino al crecimiento. Los Centros de Crecimiento Personal se dirigían a un sector social especialmente sensible a las propuestas de perfectibilidad: clases medias económicamente bien remuneradas, que aspiraban a la promoción personal que no

hallaban en su vida cotidiana. La suposición básica era que los seres humanos no desarrollaban todo su potencial a causa de las restricciones sociales que les impone la vida ordinaria a través de la educación y del control social. Se trataba, por tanto, de brindarles nuevas experiencias que posibilitaran su renacimiento y reeducación. Para ello se consideraron adecuadas cualquier tipo de técnicas que de una manera u otra contribuyeran a esta finalidad, como el avivamiento sensorial, la expansión emocional o la expresión creativa.

De nuevo hallamos ya en Moreno las bases de estas ideas de creatividad, así como las de los grupos de encuentro. Para él hay que ir más allá de la expresión verbal, hay que pasar a la actuación —acting out, según su expresión—. La comunicación verbal se considera en los grupos de encuentro como un instrumento del intelecto y de la razón, los cuales a su vez son vistos como obstáculos para lograr ponerse en contacto con las propias emociones. Se considera que las palabras son aproximaciones a los sentimientos y que la expresión verbal de los mismos les resta realidad. En consecuencia, se pretende llevar al individuo a la raíz de sus experiencias, a través de la catarsis emocional, la expresión corporal, el arte en cualquiera de sus modalidades, el masaje sensitivo, o los ejercicios bioenergéticos, entre otros. Varios parámetros básicos se valoran, por lo tanto, como importantes: la integración de mente y cuerpo, la expresión honesta y sincera de los sentimientos, el centramiento en el aquí y ahora, la intensidad de los encuentros. Como decía Fritz Perls, uno de los mayores representantes del Instituto Esalen, estos grupos ofrecen al individuo “la posibilidad de abandonar la mente y vivir con los sentidos”. William Shutz fue uno de los que introdujo masivamente el uso de técnicas no verbales en los grupos; Bernard Gunther acentuó el papel del cuerpo y los sentidos en la experiencia humana.

B) La dimensión trascendente en los grupos

Con el tiempo algunos de estos grupos fueron evolucionando de un enfoque no directivo, de acuerdo con el movimiento contracultural de la época, hacia una dimensión religiosa y transpersonal, en consonancia con el posterior rearme religioso y moral de la sociedad americana en la década de los setenta. La orientación religiosa, filosófica y socializante de los grupos había sido también puesta de relieve por Moreno

(1960): “El carácter de la moderna psicoterapia de grupo trae al grupo problemas que antes estaban reservados a la religión. Provocado por el grupo, el psicoterapeuta no puede ignorar la angustia determinada por la posibilidad de perecer y de que el mundo deje de existir. En efecto, ¿qué compensación podría ofrecer la psicoterapia si no hubiera un sentido último en la vida?”.

Sin aludir explícitamente a la función religiosa, el máximo exponente de la Psicología Humanística, Abraham Maslow, atribuía a la psicología y a la psicoterapia una dimensión transpersonal. Maslow (1971), en efecto, consideraba que una psicología holística debe combinar las dimensiones “humanística, transpersonal y transhumana” en una sola, puesto que el ser humano posee “una naturaleza más elevada y trascendente que constituye su esencia”.

Esta dimensión transpersonal ha dado lugar a dos tendencias principales en los grupos, una de carácter místico o teísta, representada por autores como Alan Watts o Stanislav Grof, que se inspiran en una religiosidad de raíces orientales y que propició la incorporación de técnicas orientales como la meditación Zen o el Yoga; y otra que podríamos denominar laica o secular, inspirada en el socialismo humanista, particularmente por Fromm (1947). Ambas tendencias, sin embargo, no son contradictorias, como lo demuestra la propia evolución de la obra de Fromm. De hecho, como hemos comentado en otra parte (Villegas, 1986) la concepción holística del fenómeno humano, propia de la Psicología Humanista, llevó inexorablemente a una visión trascendentalista y religiosa de la psicología a todos los autores más representativos de este movimiento: Maslow (1964, 1971), Rogers (1980), Fromm (1970, 1976), Fromm y Suzuki (1960), Frankl (1962). De este modo, la controversia inicial en el seno de la Psicología Humanista entre humanismo secular y teísta, que tantas disensiones implícitas y explícitas suscitó, terminó por decantarse hacia una fusión panteísta de lo transpersonal.

Una dimensión transpersonal, había sido atribuida también por Fromm a los grupos en su primera época freudo-marxista cuando señalaba que el cambio cultural descansaría sobre la base de grupos pequeños que dotados de una nueva conciencia moral “... hablarían un nuevo lenguaje que facilite y no entorpezca la comunicación, el lenguaje

de un ser que es dueño de sus actos... Intentarían alcanzar un cambio personal... A fin de comprender el mundo que los rodea, tratarían de entender las fuerzas internas que los motivan. Tratarían de trascender su «yo» y de estar «abiertos» al mundo... Si tales grupos existieran, ejercerían una influencia considerable sobre sus conciudadanos, porque les demostrarían palpablemente la energía y la alegría de personas que poseen convicciones profundas sin ser fanáticas, que aman sin ser sentimentales, que tienen una gran imaginación sin ser irrealistas, que son audaces sin despreciar la vida y que aceptan la disciplina sin caer en la sumisión” (Fromm, 1968).

La finalidad de los grupos terapéuticos, escribe a este propósito Ana Gimeno (1994), una de las terapeutas de grupo que mejor representa en nuestro país el pensamiento frommiano, no es “convertirse en una fábrica de narcisismo o en un refugio de apocados, sino abrirse a la interacción con la sociedad y la cultura global en la que el grupo se halla inmerso. Podemos señalar, pues, que la tarea del grupo, se extiende mas allá de sí mismo y va dirigida a la transformación de los diferentes ambientes y grupos sociales en que sus miembros se mueven, apuntando actitudes de sinceridad, respeto, hondura y compromiso con la colectividad... Si la psicoterapia grupal va a favorecer la maduración global del individuo, favorecerá también que aparezcan o se encaucen en forma adecuada lo que Lersch denomina las vivencias pulsionales transitivas, dentro de las que se encuentran tendencias como la de la convivencia y la asociación, o las tendencias del ser-para-otro como la benevolencia, la disposición a ayudar o el amor a los demás en todas sus variadas gamas. Es en torno a ese talante grupal donde se puede gestar una nueva conciencia más amplia que favorezca un cambio social estimulante y cooperativo “.

No todas las técnicas de terapia de grupos que se gestaron en esta época pueden identificarse con el Movimiento del Potencial Humano ni con las evoluciones posteriores hacia la Psicología Transpersonal. Lo cierto es que en el contexto de la ebullición contracultural de los años sesenta se mezclaron intencionadamente o no, bajo el concepto paraguas de Psicología Humanista, un conjunto de escuelas, técnicas y procedimientos que con el tiempo han ido desapareciendo o, por el contrario,

solidificando su identidad. Entre estas últimas podemos hacer referencia a los Grupos de Encuentro de carácter no directivo fomentados por Carl Rogers; la terapia grupal concebida por Peris, con claras reminiscencias morenianas, conocida como Terapia Gestalt; el Análisis Transaccional, desarrollado por Berne que, aunque puede llevarse a cabo individualmente, ofrece claras ventajas para la terapia grupal; y otras muchas técnicas que se haría largo enumerar.

C) Los desarrollos cognitivos y conductuales en el trabajo con grupos.

Cabe decir finalmente, que en las últimas décadas el trabajo en grupos de terapia se ha vuelto patrimonio común de casi todos los modelos terapéuticos. Así, por ejemplo, los modelos conductuales, cognitivo-conductuales y cognitivos han conocido (Bellack y Hersen, 1995) también desarrollos de modalidades grupales.

Como ámbitos de intervención sobre los grupos en la terapia de conducta se han señalado los siguientes:

- a) Desensibilización sistemática en grupo.
- b) Economía de fichas (con niños).
- c) Un grupo modelo que hace las veces de refuerzo y objeto inmediato de imitación de nuevas conductas.
- d) Grupos de auto-control para rebajar peso, eliminar el hábito de fumar, el alcoholismo, la drogadicción, y otros.
- e) Grupos para personas que presentan angustia ante las situaciones sociales.
- f) Grupos transaccionales para las personas que son transferidas de las instituciones a las comunidades; por ejemplo, los sicóticos deben aprender a controlar su hábito de hablar a solas, aprender a hacer sus camas, etc.
- g) Grupos cuyo único fin es reforzar y mantener los nuevos patrones de conducta aprendidos.
- h) Grupos de entrenamiento para los padres.
- i) Grupos de supervisión para los líderes.
- j) Grupos para parejas o familias.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, por ejemplo, Meichenbaum (1994)

resume de la siguiente manera las ventajas potenciales de los tratamientos en grupo, desarrollados en este caso en referencia explícita a pacientes supervivientes al incesto infantil:

- a) Reexperiencia compartida de los traumas.
- b) Reducción del aislamiento y provisión de un sentimiento de legitimidad, comunidad, comodidad y apoyo.
- c) Reducción de los sentimientos de estigmatización, aislamiento, alienación.
- d) Incremento del apoyo social.
- e) Procesamiento de la tarea inacabada en un entorno de apoyo.
- f) Actuación en un rol de ayudante y restauración del orgullo propio.
- g) Disminución de la culpabilidad y la vergüenza e incremento del sentido de confianza.
- h) Resolución de temas secretos. Importancia y necesidad de la apertura del individuo más allá del secretismo con el terapeuta.

Concepto de terapia de grupo

Acotamiento del concepto de grupo en psicoterapia

El individuo humano no es un ser aislado. Su nacimiento parte de una simbiosis originaria con la madre y su desarrollo no se puede llevar a cabo sino en el seno de un grupo humano que actúa de matriz cultural donde se gesta su personalidad. Su bienestar físico y psicológico depende en un cierto grado de la integración en el grupo. Llamamos a este grupo primario, refiriéndonos con esta denominación a la familia, la tribu o la sociedad. La justificación de estos grupos no se cuestiona, puesto que su origen y razón de ser radican en la misma naturaleza social del ser humano, el cual no puede subsistir fuera del universo micro y macrosocial. Pero el problema de la justificación se plantea cuando se intenta hipostasiar un grupo secundario, el grupo terapéutico, cuya única entidad es funcional, la de servir a los individuos a ser más autónomos, libres, solidarios e independientes, es decir, menos gregarios. La formación del grupo terapéutico se basa precisamente, según Foulkes (1981), en “arrancar a cada individuo de su red primaria y mezclarlo con otros, formando así un nuevo campo de

interacción en el cual cada individuo empieza de nuevo”. Debería estar claro, pues, que si se pretende arrancar un individuo de su grupo primario no será para integrarlo en un grupo secundario, lo cual constituiría una perversión, por desgracia no infrecuente, de la terapia de grupo, sino para favorecer un reaprendizaje de las relaciones interpersonales y un aumento de la conciencia de identidad.

Es evidente, por tanto, que el grupo no puede considerarse, en ningún caso, como un fin en sí mismo, sino como un instrumento al servicio de una finalidad, en nuestro caso, terapéutica. En efecto lo que define a un grupo es, fundamentalmente, su finalidad. A pesar de las dificultades de definición del grupo, éste puede concebirse “como un sistema constituido por sujetos interdependientes que interactúan de forma regular para realizar una misión definida explícita o implícitamente” (Tous, 1993). Cabe suponer así que las personas se unen y forman grupos en la medida en que éstos resultan instrumentales para el logro de ciertas metas, la satisfacción de necesidades específicas o la consecución de objetivos que no pueden alcanzarse individualmente.

En el grupo terapéutico son fundamentales, por tanto, las interrelaciones y vínculos que se establecen entre los miembros del mismo. Sin embargo, esto no justifica concebirlo como un organismo autónomo, y, en consecuencia, considerar al grupo y no al individuo como paciente. Según los analistas de grupo Foulkes y Anthony (1965):“El grupo tiende a hablar y reaccionar ante un tema común como una entidad viva, expresándose de diversas maneras a través de distintas bocas. Todas las aportaciones son variaciones de un mismo tema, aunque el grupo no sea consciente de ello y no sepa de qué está hablando realmente”. En consecuencia, se llegan a utilizar expresiones como mente grupal” o “diagnóstico grupal” y a considerar un punto de vista “grupo-patológico y grupo-terapéutico como el único apropiado” (Foulkes, 1981). Otros, de una forma más escéptica o menos metafísica, consideran, como el propio Moreno, que el grupo “es una metáfora, no existe”, y lo conceptualizan como un espacio, marco o contexto con finalidades terapéuticas.

Visto que el grupo es una entidad funcional y no ontológica, y dado, por otra parte, que en el grupo se dan fenómenos experienciales distintos que en la relación dual, propia de la terapia individual, se plantea la cuestión de cuál es el criterio de elección de una u

otra. Como dicen Carli, Paniccia y Lancia (1988), ésta no es una cuestión trivial. Parece como si la “justificación” de la utilización de los grupos con finalidades clínicas oscilara entre dos polos. Por un lado, está la concepción minimalista, que se remite al origen de los grupos terapéuticos, los cuales, como ya se ha dicho más arriba, surgieron por razones de emergencia social o económica (períodos de guerra, atención a un mayor número de pacientes, etc.). Reunir a varias personas con un mismo terapeuta en la misma unidad de tiempo permite un ahorro de tiempo, dinero y personal que no deja de ser razonable y valiosa, particularmente en los ámbitos públicos de intervención clínica. Sin embargo, para algunos ésta constituye una modalidad de tratamiento de segunda categoría. Es como si se tratara de repartir el mismo pastel entre más comensales: toca a menos por cabeza. Es posible que semejante prejuicio sea compartido por terapeutas que por cuestiones de tiempo o dinero no han podido acceder a una formación más selectiva, particularmente en el ámbito psicoanalítico. En tales casos la psicoterapia de grupo viene considerada por los mismos terapeutas como un estadio que hay que superar.

Existe, por el otro lado, una visión maximalista, que considera la psicoterapia de grupo como la única verdadera y propia, cosa que debe también justificarse. En tal caso se argumenta a partir de la naturaleza social o incluso transpersonal del ser humano, obviando el hecho de que la psicoterapia de grupo nació como un tratamiento individual en grupo (Psicodrama) y que sus desarrollos psicológicos se han inspirado fundamentalmente en las teorías psicopatológicas y de la personalidad de modelos claramente centrados sobre la estructura psíquica individual (Psicoanálisis, Teoría Gestalt, Análisis Transaccional, Psicoterapia Centrada en la Persona, Terapias Cognitivo-Conductuales, etc.).

Los criterios, pues, de elección entre terapia de grupo o terapia individual no deberían basarse en las preferencias, necesidades o limitaciones del terapeuta, sino en el posible beneficio que una u otra modalidad terapéutica pudiera tener para los clientes o usuarios de los servicios clínicos. Evaluar estos posibles beneficios implica delimitar claramente cuál es el objeto diferencial entre psicoterapia individual y psicoterapia de

grupo, si es que lo hay. Nicolás Caparrós (1993) desarrolla esta cuestión, formulando las siguientes preguntas:

- 1) Si la psicoterapia en general tiene la ambición de corregir las limitaciones, tanto objetivas como subjetivas, que un ser humano exhibe en relación con su medio, ¿qué nuevas posibilidades podrá depararle el grupo?
- 2) ¿Es el grupo un artificio terapéutico o un nuevo espacio que hace posible un trabajo distinto?
- 3) Si el grupo constituye una nueva técnica terapéutica, ¿debe ser justificada por una teoría psicológica general o debe desarrollar una justificación teórica ad hoc?

En las páginas que siguen intentaremos considerar de una manera global estas cuestiones a fin de que el lector pueda formarse su propia idea.

Características diferenciales de la terapia de grupo

Terapia de grupo es un término que podría ser definido simplemente por oposición a terapia individual. De este modo la característica esencial que distinguiría la una de la otra haría referencia básicamente a la cantidad de sujetos que pueden beneficiarse simultáneamente de una intervención psicoterapéutica. De hecho, como ya hemos indicado más arriba, los primeros grupos “terapéuticos” nacieron con una finalidad utilitaria: la de multiplicar la incidencia de las intervenciones pedagógico-clínicas sobre la población, haciendo que una misma información sanitaria pudiera transmitirse a más de una persona por vez. Pero ya desde el primer momento Pratt se dio cuenta de que el grupo presentaba una dinámica específica que la diferenciaba de la clásica interacción dual médico-enfermo. En el grupo se entretrejan redes de competencia e influencia entre unos enfermos y otros que contribuían a estimular su implicación en los programas sanitarios y a vincularse emocionalmente los unos con los otros.

Está claro, pues, que tanto si se trata de efectos deseados como temidos existen características diferenciales entre terapia individual y terapia grupal que los diversos autores, más allá de los aspectos puramente cuantitativos, han puesto de relieve ya desde el principio. Así, por ejemplo, Rosenbaum et al. (1993) señalan como aspectos diferenciales que:

- a) Dado que el grupo se emplea como instrumento terapéutico la influencia de sus miembros debe jugar un papel principal, a diferencia de la relación diádica de la terapia individual, en el proceso de cambio personal.
- b) Los sentimientos grupales se hallan inevitablemente comprometidos para bien o mal en el proceso terapéutico, mientras que en la terapia individual sólo intervienen los sentimientos transferenciales o contratransferenciales.
- c) Los estados de humor son contagiosos entre los miembros de un grupo, mientras que en la terapia individual el terapeuta puede no verse afectado por ellos.
- d) En la terapia grupal la realidad es co-construida por distintas perspectivas individuales, a diferencia de la terapia individual donde el punto de vista del terapeuta adquiere un peso más específico.
- e) El secreto profesional protege las automanifestaciones en el ámbito de la terapia individual; la terapia grupal se desarrolla en un ámbito público que implica un mayor compromiso de solidaridad y protección mutua.
- f) Las fuerzas del grupo son intrínsecamente ciegas; pueden ser dirigidas por participantes que no tienen preparación profesional ni se hacen responsables de sus compañeros.

En relación a la cuestión diferencial hay que recordar que, con la excepción del psicodrama de Moreno, las terapias de grupo existentes en la actualidad no han tenido un origen independiente de los modelos terapéuticos individuales, sino que han surgido como transformaciones o adaptaciones de los mismos en el ámbito grupal. Esto lleva consigo que lo que se entiende por terapia de grupo, dependa fundamentalmente, como hemos visto en la sección anterior, del modelo teórico de adscripción.

Existen, no obstante, algunas cuestiones legítimas que afectan a la totalidad del campo de las terapias grupales y que deben ser planteadas y, si es posible, contestadas para establecer unos criterios de acotamiento conceptual que permitan identificar los criterios diferenciales mínimos, justificadores de la terapia grupal.

La primera cuestión hace referencia a la posibilidad o no de que un grupo sea objeto de terapia. ¿Significa esto que el grupo se comporta como un organismo que puede enfermar y, en consecuencia, ser curado? En la suposición de que la respuesta sea

positiva, ¿de qué clase de grupos estamos hablando, de grupos naturales o de grupos artificiales? Puede haber, en efecto, un consenso respecto a que la sociedad esté analógicamente “enferma” y en la necesidad de llevar a cabo intervenciones sociales, morales o políticas para conseguir una sociedad más sana (Fromm, 1947), tal como algunos pensadores utópicos han ido proclamando reiteradamente a través de la historia de la humanidad, o puede haber consenso respecto a que grupos primarios como la familia, las instituciones, las comunidades o asociaciones de diversa índole presenten organizaciones estructuralmente “patológicas”, que puedan ser objeto de intervención psicológico-clínica. Pero, ¿cuál es la justificación de la terapia de grupos tal como se practica desde el principio de la terapia grupal? ¿Basándose en qué criterios se constituye el grupo? ¿Es que el hecho de ser tuberculoso, neurótico, superviviente de abusos sexuales o de catástrofes naturales determina a una persona de tal modo que deba pertenecer necesariamente a un grupo? Si la respuesta fuera positiva significaría la sustitución de la parte por el todo, el determinismo de la persona humana por el diagnóstico médico y el etiquetaje social. Y, sin embargo, es así, al menos en parte, como se produce la gestación de los grupos en psicoterapia grupal. Es el terapeuta o la institución terapéutica quien por razones de economía de personal, espacio, tiempo y dinero, por inclinaciones ideológicas o de formación, o por auténtica convicción terapéutica deriva a los pacientes hacia la terapia grupal. Estos se encuentran, en consecuencia, en un nuevo setting que debe ser redefinido en función de sus necesidades propias y las del grupo.

La atención a esta, en cierto modo, contrapuesta duplicidad genera un doble frente que debe atenderse simultáneamente. Por una parte el individuo tiene que ver satisfechas sus necesidades de atención terapéutica igual o, incluso supuestamente mejor, que en la terapia individual. Por otra, el trabajo terapéutico no puede centrarse exclusivamente en los individuos, ni que sea uno por vez, so pena de correr el riesgo de olvidar las exigencias de la colectividad grupal e incluso de perder los posibles beneficios que para el individuo se derivan de la inclusión en el grupo.

Modalidades y aplicaciones de la terapia grupal

Las diferentes formas de hacer frente a esta problemática han dado lugar a

concepciones ideológicas también distintas sobre el significado teórico y operativo de la ambiguamente llamada terapia de grupo. En efecto, es notoria la diferencia que se puede producir entre tratar a un individuo en grupo, en el cual la atención y relación del terapeuta se dirige a cada uno de los miembros del grupo, como protagonistas individuales, o, por el contrario, prestar atención a las relaciones que se establecen entre individuo y grupo, en un modelo donde es la red o el vínculo grupal que se compone aquí y ahora el que es objeto de análisis e intervención. Además, hay que valorar también qué clases de grupos están implicados en el proceso terapéutico: ¿son grupos naturales o artificiales, primarios o secundarios, heterogestionados o autogestionados?; ¿se trata de grupos profesionalizados o de grupos de pares?, es decir, ¿desempeña el terapeuta un papel específico o son más bien los miembros del grupo quienes asumen las funciones terapéuticas? Según esto, juzgamos que deberían distinguirse diversas modalidades de terapia grupal. Tales modalidades estarían en función básicamente del papel que asume el terapeuta, del protagonismo que se concede al paciente y de la concepción ontológica que se tenga del grupo. De acuerdo con estos criterios creemos que pueden distinguirse, al menos, las tres modalidades siguientes:

- a) Terapia en grupo, donde el individuo constituye la figura y el grupo el fondo y el terapeuta actúa de conductor o director (Psicodrama, Terapia Gestalt, Análisis Transaccional).
- b) Terapia de grupo, donde el grupo constituye el paciente y el agente terapéutico, otorgándose al terapeuta un papel de analista grupal (las diversas modalidades de Grupoanálisis).
- c) Co-terapia grupal, donde todos los participantes actúan de terapeutas, siendo la figura del profesional la de facilitador puramente auxiliar o incluso inexistente (Grupos de Encuentro, Grupos de Autoayuda).

Terapia de grupo

A) El grupoanálisis

El grupoanálisis considera al grupo como el lugar por excelencia donde no sólo pueden analizarse los caracteres y comportamientos relacionales, sino el espacio simbólico en

que se desarrolla la matriz estructurante de la mente humana. La ventaja que ofrecen los grupos es que en ellos se puede asistir a la estructuración de la relación en estado naciente, cosa que no sucede en los grupos ya constituidos como la familia o la pareja. Como indican Pontalti y Menarini (1985), el grupoanálisis puede considerarse psicología del campo y del futuro, entendiendo por campo el “aquí y ahora”, donde el grupo trabaja analíticamente sobre sí mismo en la búsqueda de las matrices familiares, culturales y sociales de cada uno de los participantes en el grupo. A partir de este aquí y ahora (presente) se puede descubrir la dinámica grupal, tal como la había conceptualizado Lewin (1940), empeñada en la tarea de redescubrir las matrices familiares (pasado) que cada uno lleva al grupo, para poder crear una historia nueva con proyección hacia el futuro.

La psicología del aquí y ahora significa que no es posible un grupo que no parta de lo que sucede en el grupo, de las relaciones actuales, de lo que se actúa en el grupo en términos prevalentemente verbales, pero también posturales, expresivo-faciales y bajo todas las otras formas de comunicación paralingüística. La utilización de los recursos no verbales implica cambios significativos en relación a los planteamientos relacionales de Freud. En efecto, si Freud había dispuesto el diván como forma de evitar el contacto visual, la interacción cara a cara, entre analista y paciente, y entre pacientes, propia del grupo analítico, implica desplazar la atención hacia la interacción comunicativa. A diferencia, sin embargo, de los grupos de encuentro, en el grupoanálisis se mantiene estrictamente la regla de la abstinencia de los contactos corporales. El grupo y el analista trabajan con lo simbólico, no con lo real.

El trabajar con el mundo simbólico o fantasmático de los sujetos, puesto de manifiesto en el aquí y ahora de las interacciones del grupo, lleva a éste a desarrollar un pensamiento reflexivo, abriendo el abanico de las interpretaciones, dado que la interpretación no consiste en el simple pasaje de un símbolo a un concepto, sino en el de un mundo simbólico incomprensible a otro comprensible, que se hace posible, justamente, desde la multiplicidad de perspectivas de todo el grupo.

La esencia de la psicoterapia analítica de grupo consiste en la relación entre personalidad del paciente y las personificaciones mitopoyéticas transpersonales,

localizables en el grupo. Así como en la tragedia antigua era el coro quien daba voz mitopoyética a las acciones, desde Moreno es el grupo quien asume esta función. La característica de la Terapia Grupo-analítica es que el grupo crea un espacio mental en el cual aparecen los dobles que representan el fantasma común del grupo.

Al entrar en un grupo los pacientes vienen con sus propios fantasmas y consideran absurdo oír los de los demás. Pero dejando hablar libremente a los participantes del grupo es posible llegar a sacar las implicaciones contenidas en el discurso que se articula grupalmente. En un grupo la manifestación de estos fantasmas comunes originarios se produce a través de la participación de los distintos miembros, las identificaciones o conraidentificaciones de unos miembros con otros. En un momento determinado es posible ver una serie de conexiones que llevan a la representación de un fantasma común o ikona —como lo llaman Menarini y Pontalti (1994) — presente en el imaginario de los participantes.

En la terapia individual, por ejemplo, pronto se ponen de relieve las implicaciones lógicas de los sueños a través de la interpretación, mientras que en el grupo analítico no se trata de interpretaciones, sino de hacer visibles los sueños a través de las asociaciones libres.

El grupo es, pues, un lugar de privilegio para trabajar lo interpersonal y lo transpersonal a través de un denominador común que Caparrós (1993) llama vínculo. Que lo vincular sea el objeto de la psicoterapia grupal viene dado, según dicho autor, porque “el grupo es el lugar preferente de su manifestación. La determinación concreta de un individuo se da a través de sus múltiples interconexiones reales... Una psicoterapia del vínculo permite tener como objeto de trabajo a la relación y no a los integrantes aislados de ésta. Ello permite la posibilidad de analizar al grupo en los individuos y no al individuo en el grupo”. El grupo es, en efecto, el lugar adecuado “para trabajar las relaciones simétricas y asimétricas, la exclusión, la competencia, la actitud, el proyecto de acción, el aquí y ahora”. La productividad de un grupo terapéutico viene referida, ante todo, a la producción del cambio vincular, y no sólo en términos de objetivos externos al propio grupo. Esto vale tanto para la psicoterapia de grupo como para la psicoterapia en grupo. En esta última justamente la relación entre el protagonista —el hecho mismo de

ser centro de atención de otros pares es ya un fenómeno vincular— y el grupo, que le deja ese espacio y se ofrece como auxiliar, caja de resonancia y soporte, marca lo específico de esta modalidad terapéutica respecto a la psicoterapia individual.

Esta concepción de lo vincular como objeto de análisis en los grupos, heredada, de Pichón-Riviere (1978), ha sido particularmente adoptada entre nosotros por el grupo Quipú de Psicoterapia, fundado en Madrid, entre otros, por Nicolás Caparrós Sánchez, Carlos Cabello Suñén, Antonio García de la Hoz y Alejandro Ávila Espada en 1974, y publica desde 1976 la revista *Clínica y Análisis Grupal*. El modelo desarrollado por estos autores se ha venido en llamar “modelo analítico-vincular”. Analítico, por cuanto se inspira en el Psicoanálisis como matriz ideológica que permite pensar una realidad; vincular porque a través de este concepto “se articula sin violencia la díada individuo-grupo”.

A pesar de la utilidad terapéutica del grupoanálisis, hay que establecer algunos criterios limitativos en relación con la terapia grupal, como también hay que hacerlo con la terapia familiar y la terapia individual. El grupoanálisis en particular, de acuerdo con Di Maria, Lo Verso y Lavanco (1993), no es adecuado en los casos de depresión grave de tipo sicótico, puesto que un depresivo grave necesita una acogida que sólo puede otorgarle una relación más estrecha o individual. No se adapta tampoco a pacientes con personalidad paranoica, puesto que el grupoanálisis exige un mínimo de capacidad de tolerar la grupalidad, lo que implica soportar la presencia de los demás. Tampoco las personalidades histriónicas son adecuadas para una terapia grupal, puesto que presentan una dinámica de falso sí mismo.

B) Grupoanálisis familiar con adolescentes

La elección de los candidatos a un grupoanálisis requiere, pues, tomar en cuenta ciertos criterios de selección. En particular, Menarini y Pontalti (1994) consideran que si el espacio mental de una persona no goza de capacidad de autonomía, sino que se halla ocupado por la presencia manipuladora del núcleo familiar actual, es desaconsejable hacer una terapia de grupo, puesto que el grupo familiar se sentiría traicionado y el paciente culpabilizado. Para estos casos, justamente, estos autores han desarrollado una técnica mixta, denominada grupoanálisis familiar, particularmente

indicado para el tratamiento de la problemática de los adolescentes.

Consideran estos autores a la familia como una agencia antropológica, transmisora de las matrices culturales de la sociedad y la adolescencia como el momento del ciclo vital en el que la tensión entre el campo mental familiar y social se hace mayor oscilando entre:

- a) Una matriz familiar, con sus representaciones mentales.
- b) El mundo psíquico interno.
- c) El campo social.

En esta oscilación el adolescente percibe tres universos coexistentes de forma confusa y angustiante. Esta oscilación entre campos mentales diversos puede ser vivida sin la aparición de una sicopatología, únicamente si la matriz familiar permite la articulación y la diferenciación de los temas personales, que constituyen los significantes individuales, útiles para dar significado a lo nuevo, a lo desconocido que emerge del encuentro con lo social. Este estado de adolescente sitúa al joven en una confusión de identidad, falta de coherencia y estabilidad, que lo lleva a vivir despersonalizaciones características de la etapa evolutiva, tan dramáticas como la anorexia o la psicosis.

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

En un proceso evolutivo satisfactorio la resolución de esta crisis de crecimiento de la adolescencia se produce a través de la superación de las falsas dicotomías entre los diversos mundos: individual, familiar y social, originando una síntesis nueva y creativa de las diversas matrices culturales de donde emerge el psiquismo. Con frecuencia, sin embargo, dadas las dificultades de nuestra sociedad y de nuestra organización familiar actual para hacer frente a los procesos iniciáticos del adolescente, se hace recomendable una intervención de tipo terapéutico con finalidades preventivas o

reparadoras que tenga en cuenta las características especiales del adolescente. Este se muestra con frecuencia reacio a cualquier tipo de introspección o de elaboración de sus propios fantasmas y evita o abandona cualquier intento de enfrentamiento consigo mismo que se le proponga a través de las diversas modalidades de terapia.

Una posibilidad para evitar reacciones excesivamente desestructuradas o de abandono ante la terapia es ver a los pacientes según un enfoque multimodal, en grupo e individualmente. El grupo le proporciona al adolescente un espacio compartido donde visualiza sus conflictos. Un caso particular, lo constituyen, sin embargo, aquellos adolescentes para quienes la terapia individual o grupal puede resultar a veces contraindicada o incluso yatrógena, dadas las particularidades de la crisis de la adolescencia. Para abordar estos casos parece más adecuado desarrollar una metodología clínica que los autores citados han denominado grupoanálisis familia, y que no debe confundirse con la terapia familiar de orientación sistémica.

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

Esto no significa que se deba considerar indispensable una fase de diagnóstico familiar para cualquier situación clínica, dado que no es siempre posible y a veces ni siquiera

deseable, llegar a constituir un marco familiar donde desarrollar un trabajo con la familia. Los casos en que, sin embargo, parece particularmente necesario disponer de un contexto diagnóstico familiar son los siguientes:

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

Co-terapia grupal

A) Grupos de encuentro: grupos heterogestionados

Ya hemos hecho referencia a la notable difusión que experimentaron los grupos de encuentro en la década de los sesenta, que, en palabras de Rogers (1970), llegó a constituir un verdadero fenómeno social. Precisamente ha sido Rogers uno de los máximos exponentes de este tipo de grupos, en los que la concepción tradicional del terapeuta como experto clínico ha sido sustituida por la del facilitador de un proceso inscrito en la fuerza de crecimiento del propio grupo. A pesar de ello estos grupos

pueden considerarse heterogestionados, puesto que la convocatoria obedece a los intereses, aunque legítimos, en último término económico del terapeuta, quien por lo tanto adquiere una responsabilidad sobre el grupo.

Rogers señala que en un grupo de encuentro el proceso básico se desarrolla generalmente en las siguientes etapas:

- 1) Confusión inicial: el líder esclarece que las sesiones tendrán muy poca estructura y que cada cual es responsable frente a sus reacciones en el grupo; esto crea una tensión que disminuye un poco cuando los participantes empiezan a hablar sobre temas superficiales que no los comprometen.
- 2) Resistencia a la expresión o exploración personal: la mayoría evita compartir pensamientos o emociones que los hagan sentirse más vulnerables frente a los demás, por ende el diálogo continúa superfluo.
- 3) Descripción de emociones vivenciadas en el pasado: llega un momento en que se habla de situaciones que ocurrieron en el "allí y el entonces", o sea, de situaciones cuyo valor afectivo no es tan intenso en el presente.
- 4) Expresión de emociones negativas: son la primera expresión genuina de las vivencias que acontecen en "el aquí y el ahora". Son actitudes negativas que casi siempre aparecen primero que las positivas, hacia los participantes o hacia el líder del grupo.
- 5) Expresión y exploración de un material personal importante: después de comprobar que sus comentarios negativos han sido asimilados por el grupo sin resultados catastróficos, la persona siente que pertenece más al grupo y se arriesga a compartir situaciones de su vida que considera valiosas.
- 6) Expresión inmediata de las emociones interpersonales en el grupo: la confrontación se inicia cuando los participantes se expresan espontáneamente —"en borrador"— sin pensar antes en lo que van a decir, ya sea positivo o negativo.
- 7) Desarrollo de la capacidad curativa en el grupo: llega un momento que el clima del grupo ofrece una cohesión tal, como consecuencia de las intimidades compartidas, que incita a los participantes a darse apoyo y protegerse.
- 8) Autoaceptación y comienzo del cambio de actitudes: se producen cuando la persona deja de invertir energía en comportarse de un modo diferente a como

realmente siente, desarrollando una mayor correlación entre lo que dice y hace.

- 9) Derrumbe de la imagen: cada vez más los participantes se comportan tal cual son, apartando el juego de roles y las reglas de educación. Se forma una presión grupal que impulsa a la expresión sutil o violenta de los más recónditos sentimientos.
- 10) El grupo imparte retroalimentación a cada participante: se hace más fluida la información que se da en el grupo sobre el impacto que los participantes se causan entre sí.
- 11) Confrontación: el bombardeo de actitudes negativas se hace con más frecuencia y soltura.
- 12) Relación terapéutica fuera del grupo: debido a que se han compartido experiencias importantes, los participantes buscan encontrarse en otros lugares para seguir dialogando con veracidad.
- 13) Encuentro básico: después de quemar todas las etapas descritas se logra una relación muy expresiva del sentir de cada cual, que crea un ambiente de intimidad, y se incorporan al vocabulario frases como “estoy contigo”, “me siento muy cerca de ti”, que se reiteran con comportamientos no-verbales como un abrazo o un mirarse profundamente a los ojos.
- 14) Expresión de sentimientos positivos y cercanía: el encuentro se generaliza hacia los demás miembros del grupo fortaleciendo la cohesión que se ha venido formando.
- 15) Modificación de conductas en el grupo: se suavizan las expresiones faciales, cambian los gestos y el tono de la voz, y existe una mayor preocupación por lo que siente el otro.

A pesar de la diferencia entre el estilo de cada líder, en los grupos de encuentro predominan los siguientes factores comunes que enumera Kort (1974):

- a) El número de participantes oscila entre seis y veinte personas, lo que facilita la interacción cara a cara.
- b) La intención es obtener una experiencia grupal intensiva.
- c) Se enfoca la realidad del “aquí y ahora”, o sea, la conducta del individuo dentro del grupo en ese momento.
- d) Se estimula la confrontación interpersonal, la transparencia en expresar lo que

verdaderamente se siente y la sinceridad para compartir los errores.

e) Se refuerza la evocación de respuestas emocionales intensas

Los grupos de encuentro se especializan en explorar el territorio afectivo de cada participante, atribuyendo poco valor a las intelectualizaciones, que se interpretan como racionalizaciones orientadas a evitar el compromiso. En los grupos de encuentro se utilizan los recursos, del propio cuerpo y de cada uno de los sentidos. Así, para las personas que están cerradas a la experiencia, Schutz sugiere que se desprecen de espalda-a-espalda con otra persona hasta sentir la apertura; a las personas que les cuesta entrar en contacto con otros puede que se les pida que cierren los ojos y extiendan las manos explorando el espacio a su alrededor hasta tocar y percibir los cuerpos de los participantes en el grupo; a las personas que se muestran desconfiadas se les incita a dejarse caer de espaldas en brazos de los compañeros. El propósito de estos ejercicios estriba en integrar el cuerpo en la terapia. En él, en efecto, se inscriben las tensiones psicológicas: en la respiración entrecortada, en las contracciones musculares, en la postura corporal.

El objetivo principal en los grupos de encuentro es que la persona se desenmascare frente a los demás participantes y para ello tiene que arriesgarse a compartir y hablar sobre sí misma. El clima emotivo que se produzca en el grupo y las técnicas psicoterapéuticas decida utilizar el facilitador varían mucho de un grupo a otro (Shapiro, que 1978), pero generalmente cada persona debe respetar las siguientes reglas básicas:

a) Responsabilizarse: enunciar en primera persona sus sentimientos y pensamientos, tanto si versan sobre sí mismo como sobre los demás. No atribuir, en consecuencia, a los demás las propias emociones. No eludir el enfrentamiento con los propios problemas.

b) Expresar los sentimientos y emociones: tanto si son agradables como desagradables, sin censurar su contenido, ni exagerarlo. Arriesgarse a decir lo que se siente, aun con el peligro de rechazo. La expresión de sentimientos tiene también sus exigencias en el nivel sintáctico del lenguaje. Como dice Gimeno (1994), ésta no admite un que detrás del verbo sentir, puesto que con ello se hace referencia a un

pensamiento más que a un sentimiento. Expresiones como “siento que intentas manipularme” en realidad significan “pienso, me parece o tengo la impresión de que quieres manipularme”. Por lo tanto, deberían traducirse por “siento rabia, indignación, miedo, frustración, cuando te he visto hacer esto o lo otro”.

c) Dar retroalimentación: función presente en todos los modelos de terapia grupal, a la que nos referiremos más adelante.

B) Grupos de autoayuda (autogestionados)

Aunque no existe un elenco completo de grupos autogestionados, no cabe duda de que se trata de un movimiento de notable magnitud (Kurtz, 1997). Diversos informes dan cuenta de más de 250 organizaciones promotoras de grupos autogestionados. Entre ellos pueden citarse los grupos tipo Synanon (Endore, 1968), una comunidad psicoterapéutica formada por exdrogadictos, que nació precisamente con la idea de que la gente puede ayudarse sin necesidad de un profesional. La interacción en estos grupos suele ser violenta y hostil. Se han descrito como “grupos de encuentro sin líder en donde la relación interpersonal se desarrolla dentro de un clima provocante y agresivo”. Se pretende confrontar directa y abiertamente al individuo con sus responsabilidades, evitar sus evasiones y enfrentarlo a la realidad. La única regla es la prohibición de la violencia física, no habiendo restricciones para la expresión de sentimientos y pensamientos. Las sesiones de grupo constituyen uno de los aspectos de la vida en estos centros, que dan al drogadicto un sentido de pertenencia en un ambiente de seguridad y apoyo. Pero la eficacia de estos grupos es inseparable del control que ejerce sobre ellos la comunidad terapéutica, de modo que no puede deslindarse el efecto terapéutico y del efecto de control constante que ejerce sobre ellos el vivir en comunidad.

Otros grupos, en cambio, no constituyen comunidades de vida, sino que se reúnen periódicamente con finalidades exclusivamente terapéuticas, a pesar de que el concepto de control sea inseparable en muchos de estos grupos del objetivo terapéutico. Tal vez el ejemplo más conocido es el de Alcohólicos Anónimos, pero pueden citarse otros, como los grupos de control del peso (Weight Watchers).

El caso de Alcohólicos Anónimos, que es uno de los más antiguos, creado ya antes de la Primera Guerra Mundial en Norteamérica, puede servir de modelo para entender su funcionamiento. Se trata, normalmente, de grupos abiertos en los que cada vez pueden entrar diferentes participantes. Suelen estar liderados por ex-alcohólicos sin una preparación específica o, mejor dicho, por antiguos pacientes en abstinencia que, a menudo, también ostentan algún cargo en la asociación correspondiente.

Estos grupos son similares a los grupos pioneros de Pratt. No se realiza en ellos un análisis del grupo, sino de los individuos en grupo. Cumplen una serie de objetivos que han sido descritos por Levine y Gallogly (1985):

- a) Los grupos proporcionan oportunidades para que los alcohólicos logren insight observando las experiencias de los otros antes de considerar las propias;
- b) los grupos proporcionan una situación de “aquí y ahora”, en la que los alcohólicos pueden recibir ayuda y evaluar las experiencias inmediatas;
- c) los grupos permiten que los alcohólicos escuchen cómo sienten y reaccionan los demás, lo que les ayuda a aceptar más fácilmente los mismos sentimientos y reacciones en sí mismos;
- d) los grupos proporcionan una demostración patente de comportamiento alternativo, descubriendo cómo manejan otros alcohólicos las situaciones inmediatas en el grupo y cómo se enfrentan a las situaciones externas.

A parte de esto, habría que añadir que el grupo ayuda al individuo a descubrir los pensamientos y comportamientos preparatorios a la recaída, a menudo cargados de racionalizaciones, y a utilizar estrategias alternativas. Por otra parte, los grupos y, más en general, las asociaciones, se constituyen como redes de autoayuda que apoyan al enfermo alcohólico en todo momento y a las que puede acudir con rapidez. No todos los grupos de autoayuda se constituyen para hacer frente a problemas psicológicos o de comportamiento adictivo. Los hay compuestos por grupos afectados por algún tipo de enfermedad específica: SIDA, diabetes, hipertensión, afectos de cardiopatías, mujeres operadas de cáncer de mama, etc., o por alguna condición social determinada: veteranos de guerra, grupos feministas (Butler, 1991), grupos de hombres separados, grupos de viudas, etc. Estos grupos pueden ser llamados de ayuda mutua (Barath y

Csepeli, 1987) y tienden a agrupar personas con problemáticas homogéneas. Diversas investigaciones han mostrado cómo el sentimiento de afiliación y la comprensión aumentan entre personas que se hallan en circunstancias semejantes. Cuanto más numerosos e importantes son los acontecimientos vitales negativos, mayor es el sentimiento de indefensión personal, el cual, a su vez, hace crecer la motivación y la sensibilidad hacia la autoayuda en tanto que forma alternativa de afrontar los acontecimientos. En general, las funciones que se espera cumpla el grupo tienen relación con el intercambio de información y el apoyo emocional recíproco.

Roback (1984) ha editado un volumen en el que describe los grupos de autoayuda aplicados a problemas médicos. Los programas incluyen grupos para pacientes y sus familias con afecciones como esclerosis múltiple, insuficiencia renal, dolor crónico, etc. Spiegel, Bloom y Kramer Gottheil (1989) han hallado una mejora en la calidad y longitud de vida entre los pacientes de cáncer que participaron en grupos de ayuda frente a los que no lo hicieron. En una revisión sobre los efectos de la autoayuda en grupos de pacientes, Borne, Pruyn y Van Dam-de Mey (1986) han hallado: un mayor conocimiento sobre la enfermedad, una mejora importante en la percepción general de la salud, menos perturbaciones en la imagen del propio cuerpo y una reducción de los sentimientos limitadores (angustia, fatiga, tensión, confusión) y de las fobias. Otra observación interesante que añadir es que de un conjunto de 65 estudios revisados en ninguno se muestran efectos negativos sobre los miembros del grupo (Trojan, 1988). Por el contrario, “el contacto con el grupo puede mejorar el proceso de enfrentamiento de los pacientes con cáncer. El término de efectos negativos no parece justificado” (Borne et al., 1986). Entre nosotros Bonet, Ferrer y Vilajoana (1994) han planteado el mismo tipo de trabajo con relación a poblaciones afectadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tales grupos pueden tener distintas funciones, que los autores antes citados reducen a cuatro:

- 1) Grupos estratégicos, equivalentes a una terapia en grupo, donde los pacientes tienen la oportunidad de clarificar sus problemáticas personales, profundizando en los conflictos más frecuentes: miedo a la propia muerte, enfermedad crónica incapacitante, relación pareja-familia, aislamiento, contagio, etc.
- 2) Grupos psicoeducativos: orientados a la concientización de los individuos respecto

a los hábitos que desarrollan y al cambio de actitudes tanto en los afectados como en sus familiares.

3) Grupos de soporte emocional: entre pares, preferentemente con facilitador o terapeuta, cuyo objetivo es reducir el nivel de ansiedad, evitar el aislamiento, vivir más positivamente, participar activamente en el proceso de crecimiento interior, mejorar la capacidad de decisiones personales y reconocimiento de los propios recursos.

4) Grupos de entrenamiento en técnicas de autocontrol: formados basándose en la utilización de la información que aporta la psiconeuroinmunología. Parte del supuesto de la influencia de la propia responsabilidad en la forma de hacer frente a los problemas de salud y utiliza técnicas de entrenamiento en control de estrés, en relajación muscular, en técnicas de autocontrol cognitivo.

Finalmente, en el contexto de los grupos autogestionados se plantea el rol del profesional: ¿es necesaria la presencia de un profesional para la puesta en marcha o la conducción de estos grupos? No cabe duda de que los profesionales pueden poner en marcha el grupo, difundir la noticia de su existencia a los interesados, actuar como consultores, asumir responsabilidades, pero también pueden ayudar al grupo a llegar a ser independiente (Villabí y Roca, 1989). La colaboración no siempre es pacífica y en algunos casos es mejor abstenerse, confiando en la capacidad autoorganizativa de las asociaciones laicas surgidas para hacer frente a distintas clases de problemas.

Conviene entender, además, que los niveles de intervención social son muy diversos en la comunidad y que con frecuencia existen recursos en ella que superan las posibilidades de la clínica. En algunos casos, por ejemplo, la terapia psicológica no es una buena opción para hacer frente a determinados problemas, o al menos no lo es por sí sola y el terapeuta tiene que acudir a solicitar para sus pacientes la ayuda de las redes de apoyo social, tanto para problemas de salud física y psíquica (Lemos y Fernández Hermida, 1990), como para problemas de drogadicción (Navarro, 1994). Pero este tipo de intervención, que evidentemente debe llevarse a cabo en coordinación con otros agentes sociales, supera el ámbito de la clínica y nos remite al ámbito comunitario, lo que excede claramente el alcance de este capítulo.

Los agentes terapéuticos en terapia grupal

El grupo como agente de cambio terapéutico

Ya se ha indicado repetidamente que lo que justifica la elección de la terapia grupal no es sólo una razón de economía de personal, de espacio y de dinero, si no los posibles beneficios que se pueden derivar de su utilización. El grupo, en efecto, como dice Traube (1990), “no es sólo el lugar del tratamiento, sino también el instrumento, no es sólo el espacio testimonio del cambio, sino también la matriz y el agente”.

El cambio terapéutico, dice Yalom (1985) refiriéndose a los grupos de terapia, “es un proceso enormemente complejo que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas guiadas, llamadas factores curativos”. Desde luego, no es posible establecer una jerarquía absoluta de tales factores: los modelos de terapia de grupo, las fases en el proceso de la terapia, las diferencias individuales y los factores exteriores al grupo, pueden influir de forma diversa sobre los efectos terapéuticos.

Aun así pueden mencionarse once categorías básicas, algunas de las cuales se refieren a mecanismos de cambio y otras a condiciones para el cambio en la terapia grupal:

- 1) *Moralización*. Usamos este término en el sentido de Frank (1990), como factor terapéutico presente en todas las terapias, cuyo objetivo es comunicar a los miembros del grupo, desde la congruencia interna del terapeuta, un sentimiento de confianza en sí mismos y en el poder del grupo como agente curativo.
- 2) *Universalidad*. En el sentido que el grupo permite experimentar la universalidad dentro de la diversidad, según aquella máxima clásica que dice “no hay nada humano que sea extraño a la experiencia humana.
- 3) *Información*. Basándose en el concepto de ayuda para la autoayuda, el terapeuta será muy cauto en cuanto a la información que suministre, sea instrucción didáctica, sugerencia u orientación directa sobre temas vitales. En los grupos los consejos aparecen sin excepción. Cuando no los suministra el facilitador, los dan los compañeros. Aunque aporten pocos beneficios, no deben infravalorarse, porque la conducta de búsqueda de consejo o la de aconsejar suele ser una clave útil para entender mejor las relaciones interpersonales.
- 4) *Altruismo*. Se refiere al apoyo, seguridad, sugerencias e ideas que los participantes

se brindan mutuamente, compartiendo problemas similares. Los integrantes del grupo descubren que también reciben dando.

5) *Reconstitución de la experiencia familiar* El microcosmos grupal reproduce, de alguna manera, una red de relaciones que pone en juego los aprendizajes relacionales llevados a cabo en el seno del grupo familiar primario. El grupo ofrece muchas posibilidades de reexperimentarlas y reaprenderlas.

6) *Aprendizaje social*. El grupo proporciona un ámbito de relación interpersonal que puede ser particularmente útil para aquellas personas que carecen de vinculaciones personales estrechas. Constituye una oportunidad para aprender a vivir en armonía con los demás, adquiriendo habilidades para la resolución de conflictos dentro y fuera del grupo. Los individuos aprenden a juzgar menos y a desarrollar más su capacidad de empatía.

7) *Conducta imitativa*. Presenciar de cerca otros modelos de conducta o enfrentamiento de problemas puede constituir la base para un aprendizaje vicario o por imitación. Sin embargo, no es una garantía absoluta de cambio verdadero, puesto que sólo lo constituiría el desarrollo de una capacidad de transferencia y generalización, no el puro mimetismo de fachada.

8) *Autoconocimiento*. Una de las funciones terapéuticas del grupo se articula a través de la retroalimentación. Ésta consiste en la devolución por parte de los miembros del grupo de la resonancia que en ellos produce cuanto acontece a nivel personal o grupal. A través del reflejo especular que facilita el grupo, cada integrante puede darse cuenta de su conducta y cómo ésta repercute en los sentimientos de los demás, en la opinión que los otros se forman de él y en la que tiene de sí mismo.

9) *Cohesión*. Es el resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros del grupo para permanecer en el grupo. La cohesión es condición previa imprescindible para la eficacia de la tarea grupal. Está en relación de interdependencia con la aceptación y comprensión de los integrantes. Aquellos grupos que presentan integración se comprenden y aceptan mutuamente. La cohesión permite la expresión de la hostilidad y los conflictos sin temor a la disolución del grupo.

10) *Catarsis*. Hay que contemplarla como parte de los procesos interpersonales del grupo. La catarsis es poco efectiva por sí misma si sólo sirve de desahogo, pero si la

expresión emocional logra dar expresión a lo que molesta del grupo manifestando un sentimiento hacia un compañero o el terapeuta, o simplemente dándose permiso para dejar fluir una vivencia, es ya de por sí una valiosa experiencia. En este sentido puede servir para potenciar la cohesión del grupo.

11) *Supuestos existenciales*. Para Yalom (1985) estos supuestos aparecen espontáneamente como efecto de la experiencia del propio proceso terapéutico grupal, donde a veces se vienen a descargar expectativas imposibles o problemas insolubles. Se pueden resumir, a modo de las nobles verdades de Buda, en cuatro proposiciones:

- a) El reconocimiento de que la vida puede ser injusta.
- b) El reconocimiento de unos límites ineludibles como el sufrimiento y la muerte.
- c) El reconocimiento de la soledad existencial.
- d) El reconocimiento de la responsabilidad última de los actos propios.

Éstos son los factores que, a juicio de los terapeutas, contribuyen a la eficacia de la terapia grupal. Pero, ¿cuál es la perspectiva de los participantes? En una investigación llevada a cabo por Berzon et al., (1963) éstos identificaron los siguientes factores:

- 1) El aumento de autoconocimiento en relación a los puntos fuertes y débiles de uno mismo, del patrón de relaciones interpersonales, de las motivaciones, etc.
- 2) El reconocimiento de las semejanzas con otras personas.
- 3) El sentimiento de interés positivo, aceptación y simpatía por parte de otros y hacia los otros.
- 4) La visión de sí mismo desde la perspectiva ajena.
- 5) La expresión clara, congruente y asertiva en el seno del grupo.
- 6) La constatación de sinceridad, valentía, franqueza y la expresión de las emociones.
- 7) La percepción de la respuesta de los demás.
- 8) El sentimiento de afecto y lealtad general en el grupo.
- 9) El desahogo de las emociones.

Basándose en los factores terapéuticos señalados por Yalom, el propio autor elaboró un cuestionario de 60 ítems, agrupados factorialmente que fueron posteriormente evaluados y puntuados ordinalmente de mayor a menor en función de la percepción de

eficacia por veinte participantes en grupos de terapia que, a juicio de sus terapeutas, habían obtenido mejores resultados. Es curioso señalar que los procesos considerados como el más y el menos provechoso de la terapia ocupan los polos opuestos de un constructo que podríamos categorizar como insight /aprendizaje por imitación. En efecto, el ítem que ocupa el primer puesto en esta valoración ordinal reza así: “El descubrimiento y aceptación de partes mías inaceptables o desconocidas”. El menos evaluado, que ocupa, por lo tanto el último lugar, hace referencia, en cambio, “al adoptar las formas o estilo de actuación de otros miembros del grupo”. Los resultados de tal estudio pueden pecar, sin embargo, de un defecto de muestreo, puesto que probablemente los mejores pacientes a ojos de los terapeutas, son, a su vez, aquellos que tienen una mayor capacidad de insight.

Independientemente, sin embargo, de estas posibles críticas metodológicas a los diversos estudios sobre los factores terapéuticos, parece existir un consenso general entre los profesionales de la terapia respecto a que experimentar y expresar sentimientos es un acontecimiento necesario y significativo en el marco grupal, lo mismo que la autorrevelación, pero que no basta, necesitándose además algún tipo de aprendizaje cognoscitivo para el proceso de cambio, logrado a través del insight y la acumulación de información acerca de sí mismo.

Los pacientes como co-terapeutas: el papel de la retroalimentación

Por cuanto llevamos dicho hasta ahora parece que se puede concluir que el grupo en su globalidad tiene por sí mismo un cierto valor terapéutico en cuanto matriz analógica en la que se proporciona el calor y el sustento necesario para reconstruir la propia identidad personal. Pero este clima de calidez receptiva que equivale a las condiciones necesarias, pero tal vez no suficientes, para el cambio terapéutico, postuladas por Rogers de aceptación incondicional y comprensión empática, no agota el papel activo de coterapeutas que se atribuye a los componentes de un grupo terapéutico. Éstos no sólo escuchan y aceptan, sino que también interactúan y reaccionan según la resonancia o disonancia que las manifestaciones personales y los acontecimientos grupales provocan en ellos. A esta intervención activa la llamamos retroalimentación, la cual no es solamente una reacción espontánea producida en el seno de un grupo de

compañeros, sino que cumple una función terapéutica: la de manifestar a la persona destinataria de la misma la reacción interna que ha suscitado en los otros, para que:

- a) Pueda percibir en sí aspectos que los demás captaron y de los que ella no tenía conciencia y, por lo tanto, aumentar en autoconocimiento.
- b) Pueda conocer, en relación con las personas del grupo, cómo son recibidos intuitiva y afectivamente determinados comportamientos suyos y, por lo tanto, orientarse en sus relaciones con ellos y, por generalización, con las personas con las que comparte la vida cotidiana.

El valor terapéutico de la retroalimentación se hace evidente si consideramos que la identidad se construye, reconstruye y enriquece en la confrontación con el otro, la definición de límites, la diferenciación entre lo propio y lo ajeno, lo que no es posible en ausencia de interacción por falta de circularidad; es decir, cuando el mensaje acerca de la propia realidad va a dar en la ambigüedad de un vacío neutro. La devolución especular de las imágenes que en los otros despiertan nuestros comportamientos es requisito indispensable, pues, para la consistencia del Yo.

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

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

- a) “La integración no podrá llevarse a cabo dentro del grupo, su creatividad no podrá ser duradera, mientras las relaciones interpersonales entre todos los miembros del mismo no se basen en comunicaciones abiertas, confiadas y adecuadas”.
- b) “La capacidad de comunicarse de forma adecuada con el otro, de llegar a él psicológicamente y entablar diálogo con él, no es un don innato, sino una aptitud adquirida mediante aprendizaje. Sólo quienes han aprendido a abrirse a otros y a objetivarse frente a ellos son capaces de intercambios auténticos entre ellos”.
- c) “Únicamente aceptando poner en entredicho la propia manera habitual de

comunicación, las actitudes profundas personales con respecto a los demás, puede el ser humano esperar descubrir las leyes fundamentales de la comunicación humana, sus requisitos y sus componentes esenciales, las condiciones de su validez y de su autenticidad”.

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

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

Bien es verdad que este reflejo puede estar distorsionado por la confusión de que el espejo pueda estar afectado. En este sentido hay que tener en cuenta la distinción que hace O'Donnell (1975) entre los tres niveles de interacción grupal:

- a) Un nivel intrapersonal, en el cual el agente externo opera en la persona a modo de detonador que suscita unas imágenes internas que luego volcará sobre dicho agente. El otro se convierte, así, en un continente en quien proyectar el objeto interno.
- b) Un nivel interpersonal, que se da cuando, aun incluyendo el objeto interno, la relación se establece entre las personas realmente presentes (posibilidad que se niega o minusvalora desde el psicoanálisis ortodoxo).
- c) Un nivel transpersonal, consistente en la interacción entre el sistema cultural y los miembros que forman el grupo, tanto por lo que hace a la dimensión social de la misma como a la cultura grupal.

La retroalimentación grupal, según O'Donnell (1975), pertenece al segundo nivel, pero sólo será eficaz si logra deslindar lo externo de lo proyectado: “La identidad se

estructura sobre la posibilidad del individuo de reflejarse en el otro, de que éste sea capaz de devolverle su imagen interpersonalmente, y no intrapersonalmente. La enfermedad surge, la identidad se agrieta, cuando el propio Self queda aprisionado en los grupos internos de las personas fundantes (madre, padre) “. Una retroalimentación proyectiva de objetos internos ejercida sobre una persona con gran voracidad introyectiva puede, por lo tanto, y si no es confrontada adecuadamente, contribuir a la difusión de la identidad del receptor de la retroalimentación y a perpetuar la alienación del emisor.

Condiciones de una retroalimentación funcional

Habida cuenta del relevante papel que ocupa la retroalimentación en los grupos, parece indispensable establecer algún tipo de criterio para poder analizar cuándo es positiva, en tanto que oferta de contacto con la realidad y apoyo en el propio crecimiento, o cuando, por el contrario, es una oferta egodistónica para el que la da o el que la recibe.

Entendemos en general que la retroalimentación se podrá evaluar como funcional cuando contribuya a que los componentes del grupo y el clima grupal general avancen hacia una intimidad que permita una reestructuración confiada, positiva y realista de la propia identidad. Ana Gimeno (1994) considera criterios positivos que la retroalimentación sea:

- *Responsable*, es decir, que haya asunción de la propia responsabilidad en la vinculación que establece la retroalimentación. Ello significa que el comunicante se haga cargo de la retroalimentación en tanto que invitación al otro a reaccionar en un determinado sentido.
- *Flexible*, en el sentido de que haya movilidad en el rol. Las personas que habitualmente evitan discrepar y tan sólo se manifiestan cuando pueden mostrar acuerdo, ofrecen una retroalimentación que será poco conflictiva para los miembros del grupo, pero también poco enriquecedora.
- *Rítmica*, en tanto que se dé en ella una adecuación al objeto y al ritmo. La adecuación rítmica necesita ser pertinente con el momento grupal y en relación con el momento de la persona que recibe retroalimentación, y no practicada como acto

impulsivo de falta de capacidad de contención interna.

- *Elegida*, es decir, libre y voluntaria tanto para quien la da como para quien la recibe. La elección implica que los participantes del grupo puedan vivir la experiencia de la retroalimentación como algo que no es obligatorio dar ni recibir.
- *Subjetiva*, centrada en el compromiso de ofrecer la propia vivencia del otro, más que teorías sobre él mismo. Precisamente una de las grandes ventajas que ofrece el grupo de psicoterapia es que hay un amplio espacio para compartir las imágenes propias más allá de la convención y de poder ofrecer las íntimas reacciones afectivas sin necesidad de demostrar la lógica de las mismas, sino simplemente reconociendo su presencia.
- *Propuesta*, no impuesta. Se trata de una oferta de compartir la propia visión, y no de crear la obligación de asumirla. Habrá que distinguir claramente entre el juicio de un comportamiento que puede ser pertinente y enriquecedor, del juicio sobre la persona que lo actuó, que nadie tiene derecho a practicar.
- *Clara y sencilla*, no alambicada, complicada o hiperdetallada. En este sentido, Berne abogaba por un lenguaje que “pudiera ser entendido por un niño de cinco años”.
- *Espontánea*, que, como antes se ha señalado, no quiere decir impulsiva. Al hablar de espontaneidad se alude más bien a valores como sinceridad, naturalidad y valentía. Exige este extremo que la persona que ofrece sus comentarios, lo haga desde lo más auténtico de sí misma, aun cuando discrepe de la visión del que los recibe o del resto del grupo.
- *Precisa*, con referencia —siempre que sea posible— a hechos concretos producidos en el seno del grupo. En algunos casos vale la pena insistir en la preferencia por comentarios descriptivos de comportamientos cuando se está realizando una evaluación de la persona o sus actitudes de forma global.
- *Empática*, y *coherente* con la disposición psicológica del receptor, que tenga en cuenta la “región psicológica” en la que se encuentra ubicado el receptor de la retroalimentación, comprender sus dificultades, distinguir desde qué momento o lugar propios está hablando, yendo a buscarle allí donde se encuentra. A veces la persona busca simplemente que se le apoye en una decisión tomada. Otras, demostración de cariño o amparo ante una situación de desvalimiento social. Otras

—escasas— que se le ofrezcan información o consejo. Siempre estará, previa y prioritaria a todas ellas, la demanda de que se le comprenda, lo que ha de permitir al destinatario de la retroalimentación sentirse afectiva, cognitiva y existencialmente vinculado.

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

Conclusiones

El trabajo con grupos en la clínica empezó con finalidades didácticas o pedagógicas, orientado a mejorar las intervenciones médicas o higiénicas con los tuberculosos y se extendió rápidamente a otras situaciones patológicas, aprovechando la interacción entre los miembros del grupo. La idea que presidía estos primeros intentos era que los aprendizajes en grupo producen resultados más eficientes. Más tarde estos grupos se llevaron a cabo igualmente con pacientes psiquiátricos, evolucionando hacia un enfoque psicoterapéutico, que es sin duda la aplicación que ha merecido una mayor atención en el ámbito de la psicología clínica.

Aunque la utilización de los grupos en clínica no se reduce al ámbito de la psicoterapia, no cabe duda de que la experiencia y los modelos desarrollados en la psicoterapia grupal han influido sobre las diversas formas de trabajo clínico con grupos. La primera conceptualización del trabajo grupal en psicoterapia arranca históricamente de la orientación psicométrica de J.L. Moreno, que dio origen al psicodrama. Casi simultáneamente surgió la orientación lewiniana, en la que se inspiraron los Grupos T como una de las técnicas básicas para el aprendizaje del funcionamiento de las relaciones interpersonales en grupo, que son la base de los grupos de encuentro de Carl Rogers de orientación humanista, a la que pertenecen también la terapia Gestalt y el AT. La línea psicoanalítica se desarrolló en especial en los grupos terapéuticos con

Bion, Anzieu y toda la corriente del grupoanálisis de la escuela de Foulkes.

En la psicoterapia grupal podemos hablar unas veces de terapia-en-grupo, cuando los integrantes del mismo se van alternando en ocupar un lugar central y el foco de atención grupal es el problema que esta persona aporta o de terapia- de-grupo, cuando se centra exclusivamente en el tratamiento de la interacción entre los miembros del mismo. Según una u otra modalidad han surgido diversos modelos de tratamiento, por lo general derivaciones aplicativas de modelos terapéuticos surgidos previamente en el ámbito de la terapia individual. Se han desarrollado igualmente modalidades de coterapia grupal, en las que el papel del terapeuta profesional ha sido sustituido por la capacidad de liderazgo de algunos de sus miembros o bien se han constituido de forma no-directiva y autogestionada como los grupos de auto-ayuda o ayuda mutua. Sin embargo, independientemente de la modalidad de intervención, la psicoterapia de grupo goza de la riqueza insustituible de la presencia de pares implicados y comprometidos en un proceso de cambio terapéutico. Precisamente, y como señala Yalom (1975) cuando afronta algunas ideas erróneas sobre esta modalidad terapéutica, la psicoterapia grupal tiene unas características propias que la convierten, no en una psicoterapia de segunda categoría para los que no pueden pagarse una psicoterapia individual, sino en la posibilidad de obtener a través de ella experiencias que no pueden encontrarse en otro lugar. La expresión franca de sentimientos y percepciones respecto a sí mismo, la interacción con los otros compañeros y el terapeuta, el apoyo mutuo y la retroalimentación que se puede recibir de los demás constituyen de este modo el núcleo de la psicoterapia grupal.

Epígrafe 2. Terapia grupal cognitivo-conductual. Sheldon D. Rose, Ph.D.

Historia

A principios de los años 60, con la llegada de la terapia conductista se hizo patente la posibilidad de utilizarla en el contexto del tratamiento. Los años 70 fueron testigo de un cierto número de artículos que abordaban el entrenamiento asertivo en grupo (Fensterheim, 1972).

Se hicieron aportes e investigaciones sobre diferentes estrategias conductuales para influir en la cohesividad y en la hostilidad de los miembros hacia el terapeuta. Se realizó un gran número de experimentos en grupo. A mediados de los 70 aparecieron al menos dos libros de texto clínicos sobre terapia conductista grupal, fundamentalmente para adultos (Rose, 1977; Heckel, Salzberg, 1976). De 1979 a 1985 se publicaron unas colecciones de manuales sobre terapia conductista grupal (Upper, Ross, 1979, 1980, 1981, 1985) con artículos sobre temas clínicos y de investigación.

A finales de los 70 y a principios de los 80 la terapia conductista comenzó a incluir técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y la relajación; más tarde se añadieron los métodos de exposición a estímulos, como estrategias fundamentales en la intervención, al refuerzo y moldeamiento, basados en los principios de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977). La terapia de grupo conductista se empezó a denominar terapia grupal cognitivo-conductual.

Además de la reducción de estrés y el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia grupal cognitivo-conductual se ha aplicado con éxito al tratamiento de una gran variedad de problemas, tales como la reducción de los efectos de la depresión (Hobeman, Lewinsohn, Tilson, 1988), reducción de ansiedad general (Emmelkamp, Kuipers, 1985), control de la agresividad en personas violentas (Edison, Tolman, 1992). Desarrollo y perfeccionamiento de las habilidades relacionadas con la paternidad (Gammon, Rose, 1991), etc.

Teoría

Dado que muchos problemas que se discuten en los grupos cognitivo-conductuales son socio-interaccionales, la presencia de otros pacientes supone, para el terapeuta, la

oportunidad de observar y para los pacientes, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros. En los grupos cognitivo-conductuales los pacientes aportan a los otros pacientes feedback y consejos. Como resultado, los pacientes desarrollan importantes habilidades de liderazgo. Ayudando a otros pacientes, generalmente, aprenden a ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular.

Otra característica exclusiva de la terapia cognitivo-conductual en grupo es la oportunidad de refuerzo a través de los compañeros.

A todos los pacientes se les ofrece la posibilidad de aprender o perfeccionar la habilidad de administrar refuerzos a otras personas en situaciones sociointeraccionales. El terapeuta puede estructurar una situación terapéutica en la que cada individuo tiene oportunidades frecuentes, instrucciones e incluso refuerzos por reforzar él a otros miembros del grupo.

Otra contribución a la terapia grupal podía ser la precisión de las evaluaciones. El grupo ofrece al paciente una fuente de información importante sobre las conductas que resultan molestas o le hacen atractivo ante los demás. Ofrece también evaluaciones del resto de los participantes sobre las percepciones que el paciente individual tiene de las situaciones sociales. De esa forma, se puede confrontar a cada miembro con las percepciones distorsionadas o defensivas. Este tipo de confrontación se acepta con mayor facilidad cuando viene de un igual que cuando viene del terapeuta.

Además, en la terapia cognitivo-conductual el grupo pone a disposición del paciente una gran variedad de modelos, entrenadores, rol, players para el entrenamiento conductual, personal para el control y compañeros para el sistema de trabajo entre sesiones por parejas.

Es importante además no permitir que uno o dos participantes se apropien de la sesión.

El terapeuta grupal

El terapeuta debe aprovechar la interacción grupal intrínsecamente como una herramienta del tratamiento. Se requiere que el terapeuta posea ciertas habilidades

sociales fundamentales. Además de ser un interlocutor sensible y empático, el terapeuta debe ser sensible a la incomodidad específica que vivencia cada paciente en particular. También debe descubrir las características de las situaciones que generan tensión. El terapeuta grupal debe estar al tanto de los fenómenos grupales y el modo en que afectan a la tarea grupal. Debe haberse entrenado en las técnicas cognitivo-conductuales propias de este abordaje.

Se puede identificar diferentes actividades que pertenecen a la esfera del terapeuta en la terapia grupal cognitivo-conductual. Estas categorías incluyen: organizar el grupo, incluir a los miembros en el grupo, construir la cohesividad del grupo, determinar que conductas constituyen problemas, evaluar el progreso del tratamiento, etc.

Aspectos Clínicos

Las labores de organización incluyen la toma de decisiones sobre el tipo de grupo que se va a ofertar, su duración total, la de sus sesiones, el número de terapeutas, el lugar de encuentro, etc. La mayoría de los grupos de terapia intensiva se realizan en 14 o 18 sesiones semanales, con algunas sesiones de revisión durante uno a seis meses después de la finalización. Los adiestramientos a corto plazo duran de 6 a 12 sesiones. Los grupos a largo plazo tratan diferentes problemas. Algunos terapeutas han utilizado los grupos con final indeterminado para realizar terapia intensiva. A medida que los pacientes logran sus metas terapéuticas o dejan de sentir la necesidad de apoyo del grupo, se integran otros nuevos miembros.

Orientación

En el proceso de orientación o derivación al grupo, el terapeuta informa al paciente de los objetivos y contenidos del grupo y de las responsabilidades de los pacientes con respecto a sí mismos y a los demás pacientes. La orientación incluye la negociación del contenido del contrato general del tratamiento. El contrato es un documento escrito en que se incluyen las expectativas de ambas partes, paciente y terapeuta.

En la entrevista previa los pacientes deciden si la descripción del terapeuta sobre el grupo coincide con lo que ellos consideran que necesitan.

El terapeuta decide si los motivos iniciales de consulta son adecuados para el grupo en cuestión.

Construcción de la cohesividad grupal

Construir la cohesividad grupal consiste en incrementar la atracción de los miembros del grupo entre sí, hacia el terapeuta y hacia los contenidos del programa. Se ha considerado que el incremento de la cohesividad del grupo se asocia a un incremento en la eficacia de la terapia.

John Flowers, Curtis Booraern y Karen Hartman (1988) identificaron ocho correlates adicionales de la cohesividad:

- (1) incremento de la atención hacia el orador,
- (2) incremento de la espontaneidad para transmitir los problemas, (3) incremento de la proporción de feedback negativo,
- (4) decremento de la frecuencia de roles (de estímulo o respuesta) negativos en los pacientes.
- (5) incremento de la flexibilidad del rol durante las sesiones.
- (6) incremento de las interacciones entre pacientes.
- (7) incremento del número de pacientes en quienes se confía
- (8) incremento del número de auto-informes satisfactorios sobre la sesión o el grupo.

Se han utilizado otras estrategias a la hora de incrementar la cohesividad grupal, como variar el contenido de los encuentros, ayudarse de métodos audiovisuales, añadir incentivos a la asistencia, uso juicioso del humor, ejercicios grupales y juegos interactivos orientados hacia una meta terapéutica.

Evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica es la actividad grupal que se ocupa de definir y determinar las conductas y cogniciones que deben modificarse, las situaciones que se viven como conflictivas, los puntos fuertes del paciente, los miembros del grupo y sus respectivos entornos que facilitarán la solución del problema del paciente y los obstáculos a la eficacia del tratamiento.

Los participantes tienen un papel activo en la evaluación. Aunque la evaluación diagnóstica comienza en la entrevista preliminar, se perfecciona constantemente a lo

largo del tratamiento. En esta entrevista y en las primeras sesiones se pide a los pacientes que transmitan los motivos que les han llevado al grupo. Se enseña a los pacientes a definir sus problemas en términos de conductas directamente observables y descripciones de sus estados internos.

Hay pasos cruciales en el desempeño de la evaluación diagnóstica:

Uno es el análisis de situaciones vividas como problemáticas no estresantes.

Controles

Una vez definidas las conductas y las situaciones en que se suscitan, se observan sistemáticamente. Generalmente lo hace el paciente y ocasionalmente los demás miembros u otras personas, antes de proceder a la aplicación de cualquier técnica de modificación. Tres personas del grupo controlan, otros llevan la cuenta de sus impulsos de evitación de situaciones conflictivas. Todos llevan registros de situaciones estresantes y los modos en que se enfrentaron a ellas. Dos se sirven de otras personas diferentes para controlar la frecuencia en que hacen comentarios positivos respecto a sí mismos. El proceso de control de los datos se realiza durante todo el tratamiento y solo termina con la última entrevista de seguimiento.

Evaluación

El terapeuta utiliza los datos de las observaciones para valorar la eficacia de las técnicas específicas de intervención, las reuniones del grupo y el curso de la terapia. Terapeuta y paciente determinan periódicamente el grado y las condiciones bajo las que se están consiguiendo, total o parcialmente, los objetivos terapéuticos. También se define la eficacia en relación a los objetivos específicos para una determinada técnica.

Gracias a la disponibilidad de datos y la regularidad del feedback se pueden diseñar y llevar a la práctica modificaciones de las técnicas a medida que surge un problema específico y se identifican sus parámetros.

Planificación de la terapia

La planificación terapéutica tiene dos componentes: el individual y el grupal. La planificación terapéutica va precedida de un análisis de los datos sobre el paciente y el

grupo, para determinar los déficit comunes en las habilidades y los recursos sociales y psicológicos.

La planificación terapéutica incluye el diseño de un plan individualizado para cada paciente, pero con la opinión previa y del terapeuta y del grupo y siempre dentro de las metas específicas del grupo.

Resolución sistemática de problemas.

En el entrenamiento para la resolución sistemática de problemas los pacientes aprenden a elaborar una serie de pasos en el análisis del problema, descubriendo nuevas formas de abordaje del mismo, evaluando esas alternativas y desarrollando estrategias para llevarlo a la práctica. Algunas veces se requiere una preparación previa a la puesta en práctica, en forma de recolección de datos, entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva. El paciente pone a prueba las estrategias del mundo real y el grupo ayuda al paciente a evaluar los resultados.

En el grupo, se enseña la resolución de problemas a través de ejercicios de resolución en los que cada persona trae un problema y el grupo sigue los pasos específicos que se han citado previamente, con la aportación de nuevas ideas por parte de los demás miembros. También se utiliza la resolución de problemas cuando se suscitan problemas grupales y se hace necesario afrontarlos. Tanto el entrenamiento en habilidades sociales como la reestructuración cognitiva están incorporados como pasos fundamentales en la resolución de problemas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Habilidades sociales. Melinda Combs y Diana Slaby (1977) definieron las habilidades sociales como la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado, de forma específica socialmente aceptable y al mismo tiempo, beneficiosa para el individuo, mutuamente, o para un tercero.

Las habilidades sociales incluyen varios supuestos críticos. El primero es que la conducta interpersonal se basa en un conjunto de habilidades sociales que son fundamentalmente conductas aprendidas.

El segundo supuesto es que las conductas sociales apropiadas son específicas para cada situación.

Un tercer supuesto es que el funcionamiento eficaz (por ejemplo, hacer nuevos amigos) en el contexto de las circunstancias sociales, se convierte en una fuente de refuerzo del mantenimiento de ese mismo funcionamiento en circunstancias similares.

El cuarto supuesto se refiere a que una deficiencia en tales habilidades genera un castigo social y la evitación de situaciones similares futuras.

Se han identificado las siguientes habilidades para lograr percepciones acertadas: capacidad de escucha, aclaración, etc.

Entrenamiento

Antes de comenzar el entrenamiento en habilidades sociales, el terapeuta discute las técnicas, motivaciones fundamentales y da ejemplos. Cuando es posible debe apoyarse en otros miembros que hayan utilizado esas técnicas para compartir sus descripciones y evaluaciones.

Para enseñar habilidades sociales, el terapeuta solicita a los pacientes que determinen por turnos lo que se debe lograr en una situación específica y en un momento dado.

Reestructuración cognitiva

Se denomina reestructuración cognitiva al proceso de identificar y evaluar las propias cogniciones, reconociendo los efectos perniciosos de las cogniciones desadaptativas y su reemplazo por otras más apropiadas.

El primer paso consiste en transmitirle al paciente los motivos fundamentales de tal reestructuración.

Se anima a los participantes a que den sus propios ejemplos de la relación entre cognición, ansiedad y manejo.

El siguiente paso consiste en identificar las cogniciones autocríticas e irracionales de cada paciente en particular, a través del análisis de las inconsistencias lógicas y las consecuencias a largo plazo de mantener esas cogniciones. Esto se lleva a cabo a través de un análisis de las respuestas cognitivas a las situaciones estresantes (dolorosas, generadoras de agresividad o estimulantes de la ansiedad) traídas por los pacientes, que son entrevistados por otros pacientes.

Generalmente el mismo reconocimiento de las cogniciones contraproducentes es suficiente para garantizar el cambio, aunque a menudo es necesario utilizar otros pasos.

Entrenamiento en habilidades de manejo o intervención

Además de las respuestas interactivas no encubiertas, que se aprenden generalmente a través de técnicas de entrenamiento, se ha encontrado que otras técnicas conductuales más generales son eficaces para la intervención y manejo de situaciones, concretas y generales, de tensión.

Estas son:

- Relajación
- respiración profunda
- clarificación
- evitación de la situación de tensión (Barrios, Shigetomi, 1979).

La relajación y la respiración profunda se enseñan a través de ejercicios grupales. Se enseña la técnica, los participantes practican por parejas y le dan feedback al otro, y con la ayuda de videos instructivos, practican la técnica en casa. Una vez que se ha aprendido, los miembros discuten cuando y como deberían utilizarse las técnicas.

Se enseña cuando hay que usar la clarificación (recolección de información) en situaciones estresantes o generadoras de agresividad, a medida que cada paciente trae una situación conflictiva. Siempre se hace la misma pregunta: ¿Qué información necesitas para reducir la ambigüedad de la situación? También se puede contemplar la evitación de la situación estresante como respuesta alternativa para todas las situaciones problemáticas. Sin embargo se debe preguntar si los riesgos o el costo de la evitación son mayores que abordar la situación o llevar a cabo una estrategia de intervención física o cognitiva.

Técnicas grupales

Las técnicas grupales se diferencian de las intervenciones individuales en que las instrucciones grupales se dirigen a las actividades interactivas y cooperativas y suelen modificar la estructura grupal. La discusión miembro a miembro (en contraste con la discusión con el terapeuta) es la técnica de intervención grupal más frecuente. Está integrada en otras técnicas específicas como la recapitulación, el subgrupo, la pecera, entrenamiento en liderazgo, ejercicios grupales y sistema de parejas (Rose, 1989). En la terapia grupal pueden emplearse interactivamente el moldeamiento, los ejercicios, uso de entrenadores, resolución de problemas, y la tormenta de ideas; a través de las

ideas, información, experiencias y liderazgo de los miembros en la enseñanza y realización de una determinada técnica.

Las técnicas grupales se suelen utilizar para modificar los atributos grupales. Estos incluyen el nivel de cohesividad grupal, la distribución de la participación grupal, el acuerdo sobre ciertas normas grupales, el estatus de los distintos miembros del grupo y el dominio, a manos de un miembro, del resto del grupo.

Lo que distingue la terapia grupal de la terapia individual en grupo es la preocupación por incidir en los fenómenos grupales que intervienen en la modificación de las conductas individuales (Rose, 1990).

Transferencia y mantenimiento de la modificación conductual

La transferencia de las modificaciones, o generalización, incluye la aplicación de las estrategias utilizadas en el tratamiento al mundo real del paciente (Goldstein, Heller, Sechrest, 1966).

La transferencia se lleva a cabo a través de dos tipos diferentes de técnicas: procedimientos intragrupo y las técnicas extragrupo.

El mantenimiento del cambio incluye las estrategias para mantener el nivel de objetivos o la igualdad de conductas realizadas durante la terapia, después de que el tratamiento ha finalizado (Rose, 1989). Se utilizan diferentes técnicas:

- desaparición gradual de las técnicas terapéuticas, disminución de los patrones de refuerzo.
- sobreaprendizaje de las nuevas conductas a través de ensayos frecuentes.

Igualmente se necesita repasar las estrategias cognitivas para que los patrones complejos se mantengan. En los grupos, ese repaso se realiza al final de cada sesión.

En la preparación para la terminación se anima a los pacientes a que participen en otros grupos en los que puedan ejercitar las habilidades recién aprendidas en un entorno menos controlado. Se les anima a apoyarse en los elementos facilitadores de su entorno social. Se apoya decisivamente las decisiones de los pacientes a medida que realizan más funciones de liderazgo dentro del propio grupo. El papel del terapeuta va cambiando hacia el de un asesor. Estas actividades facilitan la terminación de los pacientes y les permite funcionar de forma independiente del terapeuta. Esa

independencia es necesaria, no solo para mantener los cambios después de la terminación de la terapia, sino para que los pacientes se sientan cómodos frente a la intervención con problemas nuevos. Se prepara a los pacientes para posibles contratiempos.

La preparación para la transferencia y mantenimiento de los cambios se realiza durante todo el tratamiento. A la cuarta o quinta sesión los pacientes trabajan por parejas fuera del grupo, se hacen prácticas en el grupo, y se asignan tareas para realizar conductas deseables fuera del grupo.

Valoración de la Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva es actualmente uno de los enfoques de psicoterapia más utilizados, cuenta con numerosa investigación, es uno de los más reconocidos junto a las aportaciones conductuales en la psiquiatría internacional y ha aportado métodos de terapia efectivos para determinados trastornos mentales y variados problemas.

El modelo cognitivo conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento.

Tiene además, un objetivo claro: ayudar a las personas a realizar un cambio en los pensamientos, emociones y comportamientos que le generan malestar e interfieren con su desarrollo personal, social, laboral; deteriorando su calidad de vida y provocando sufrimiento subjetivo.

Sin embargo, al igual que con los otras corrientes psicoterapéuticas, también ha sido cuestionada, incluso desde sus mismas posiciones. Se le critica, entre otros puntos: el olvido de la organización de los significados personales en estructuras más centrales respecto otras más periféricas, y por lo tanto, los modos distintos de acceder a ellas o su grado, o dificultad de cambio, el haber considerado la relación terapéutica como elemento secundario al cambio frente a las técnicas, cuando esta relación parece básica para el mismo cambio cognitivo, y la subordinación del afecto a la cognición, cuando interactúa con ella, incluso la determina en sus niveles más profundos, por lo que las vías de cambio supone una exploración del afecto muchas veces, más que su

modificación cognitiva; al menos si se trata de entrar en los niveles más profundos o inconscientes de los significados personales.

Quizás, esta serie de críticas surja de la concepción de que los tratamientos adecuados deben identificar las "causas" de los síntomas. En verdad, en terapia cognitivo conductual no ignoramos las "causas" de los síntomas; todo lo contrario, ellas juegan un rol muy importante en la elección de las estrategias terapéuticas. Sin embargo, no es en el contexto clínico donde procuramos identificar esas causas; la clínica constituye el ámbito de aplicación de los conocimientos que han nacido y se han validado en otro contexto, el de investigación. Él nos provee de hipótesis y teorías explicativas acerca del comportamiento humano, las cuales articulamos en cada caso individual a fin de elegir las estrategias terapéuticas adecuadas, justamente, en esto consiste el primer paso de la terapia, la evaluación. Tal vez esta confusión se deba al hecho de que en terapia cognitivo conductual el acento no esté puesto en las "causas" relacionadas con la historia personal del paciente, sino muy especialmente en aquellas provistas por las teorías explicativas del comportamiento humano.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Su brevedad.
- Su centrado en el presente, en el problema y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
- La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones.

Contrariamente a lo supuesto por algunos que no lo han estudiado, este enfoque apunta al acceso de estructuras muy profundas y a su modificación, con resultados comprobados y perdurables.

En la práctica actual ha alcanzado un gran reconocimiento. Se ha incorporado al modelo cognitivo conductual las técnicas y recursos de las corrientes humanistas y experienciales, especialmente del psicodrama y la terapia Gestalt. También ha sido muy importante la integración del abordaje social y el enfoque de las terapias

sistémicas y la investigación del proceso interpersonal paciente-terapeuta planteada por Jeremy Safran, entre otros aportes significativos.

En general podemos decir que la Terapia Cognitivo Conductual resulta un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. De manera que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

Para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la Terapia Cognitivo Conductual utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente (cliente) en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta.

La terapia se destaca también por su carácter preventivo de futuros trastornos ya que este enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta. La terapia además va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados. En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso pueden omitirse tales incursiones. El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones. Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes.

Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.

También podemos decir que la terapia cognitivo conductual es directiva en el cumplimiento del programa, pero siempre adaptándose a las capacidades y limitaciones del paciente; pero es una terapia no directiva a la hora de fijar el problema, puesto que es el paciente quien lo plantea y se acepta su planteamiento.

Las terapias no sirven para todo, solamente si existe un tratamiento para el problema es cuando se puede afrontar. Cuando el problema no es resoluble, se tiene que entrar en otra forma de afrontamiento: la aceptación. La terapia de aceptación y compromiso enseña como poder llevar a cabo este proceso sin que interfieran nuestros pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones.

Material Demostrativo

El tratamiento cognitivo conductual es breve y focalizado. Se orienta a aprender nuevas habilidades para enfrentar las situaciones ansiógenas (adquisición de conductas más hábiles, relajación, cuestionamiento de pensamientos negativos, etc.).

Este enfoque es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, trastorno bipolar, esquizofrenia, tabaquismo, tratamiento hospitalario en bulimia nerviosa, depresión no psicótica etc., así como sobre muchos problemas, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y otros.

Pero la eficacia de la terapia cognitivo conductual depende de que se conozcan cuales son las conductas problema y las leyes que las rigen. Desde una perspectiva cognitivo conductual se han dado importantes avances en los tratamientos por medio de la identificación y modificación de conductas nucleares; que son las que tienen un gran impacto en el comportamiento humano en general. Por ejemplo, el manejo de la

ansiedad (Wolpe, 1975; Marks, 1974) ha permitido solucionar de manera efectiva fobias, obsesiones, y demás trastornos asociados a ella. Las conductas cognitivas, como los pensamientos automáticos (Beck, 1979) o las ideas irracionales de Ellis han sido otro gran avance de la terapia, definiendo tratamientos de elección para la depresión, avances en el manejo de la ansiedad y abre esperanzas para los trastornos de personalidad (Beck et al, 1985). En la modificación de los esquemas más nucleares, los aprendidos en las relaciones con nuestros padres, juega un papel fundamental la relación terapéutica larga y profunda que permite cambios basados precisamente en las conductas que se dan en su contexto (Kohlerberg, Tsai, 1991; Newman, Castonguay, Borkovec y Molnar, 2004).

Tanto la ansiedad como las conductas cognitivas están relacionadas con el control de la conducta humana. La consideración del control como elemento diferenciado de la conducta puede suponer aportaciones importantes a la práctica de la psicoterapia. La importancia del estudio del control puede comprenderse teniendo en cuenta el impacto que se le ha reconocido en la generación de la depresión (Abramson, Seligman, 1978) y de trastornos de ansiedad (Barlow et al, 1995).

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

La terapia cognitiva conductual ayuda al paciente a basarse en reconocer el pensamiento distorsionado que le origina determinadas conductas y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Se dice que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales.

Epígrafe 3. Terapia de grupo. Gestalt. Douglas William Greve, M.D.

Introducción

La terapia Gestalt es una terapia experiencial-existencial que subraya el aquí y ahora de la existencia, las relaciones y el aprendizaje.

Tal vez la mayor contribución de la terapia de grupo Gestalt haya sido la incorporación de los aspectos creativos y de conciencia corporal de la teoría y la terapia Gestalt al proceso grupal y la importancia que se da al aprendizaje experiencial más que al insight.

Historia

Fue creada por Frederick Perls. La terapia Gestalt, la terapia de grupo y el movimiento de sensibilización grupal se desarrollaron prácticamente al mismo tiempo. Hasta finales de los años setenta, la terapia Gestalt y la de grupo siguen trayectorias paralelas.

Aunque se inició como una teoría y un método de terapia individual, la terapia Gestalt tiene una orientación basada en lo interpersonal y en la teoría general de sistemas, que le ha permitido ampliar sus fronteras al ámbito de la terapia de grupo.

Hacia los años 70 algunos terapeutas de la Gestalt habían empezado a integrar los procesos grupales con las técnicas individuales, con lo que surgió una nueva modalidad: el grupo interactivo (Frew. 1988) donde los participantes interactuaban entre sí y con el terapeuta.

Eran los primeros pasos hacia la integración del proceso grupal con la terapia Gestalt.

Frew (1988, 1990), en particular, ha hecho varias aportaciones excelentes referidas al desarrollo, formas de expresión y tratamiento de los trastornos de los límites que se manifiestan en forma de transferencia y el empleo de estilos saludables y no de relación en los trastornos de los límites de contacto durante cada fase del proceso grupal.

Los terapeutas Gestalt utilizan la terapia de grupo para tratar una amplia gama de problemas mentales y emocionales.

Teoría

Las Gestalt, (Palabra alemana que significa forma, figura) patrones integrados, se forman a partir de la tendencia biológica inherente al organismo humano a organizar los acontecimientos o las sensaciones en entidades significativas. La atención dirigida a las sensaciones internas o los elementos del ambiente los organiza (gestalten) en

episodios significativos o configuraciones que destacan sobre el telón de fondo del self o del ambiente.

La formación de Gestalt es un proceso continuo. Las necesidades dominantes acceden a la conciencia y se organizan, actúan y satisfacen; luego se desvanecen sobre el fondo, permitiendo que asomen a la superficie nuevas necesidades. De manera que la formación gestalt es dinámica y continua, y las motivaciones proceden de la necesidad de completar la gestalt emergente.

La personalidad se estructura esencialmente a partir de la dinámica intrapsíquica y de la interacción entre la persona y el medio.

El ego es un proceso orientado en la realidad que separa el contacto en yo y no-yo. Puede imponer límites al self deliberadamente, es decir, detener una formación gestalt y reorientarla en una nueva dirección (la supresión de un pensamiento, por ejemplo) o puede completar gestalts manipulando al self.

Todas las personas se viven a sí mismas en tres áreas o zonas de conciencia, que determinan su nivel de funcionamiento y grado de desarrollo de su personalidad. Cuanto mayor es el nivel de conciencia, más elevado es el nivel de funcionamiento. La zona interior de conciencia es todo lo que ocurre dentro del cuerpo: self, sensaciones, dolor, necesidades. El área exterior de conciencia consiste en el medio ambiente inmediato, perceptible a través de los sentidos: lo que se ve, se oye, se huele y se toca. La zona intermedia de conciencia se sitúa entre las otras dos; ambas la estimulan, pero no está al servicio de ninguna. El pensamiento, la función de control, puede manifestarse en forma de recuerdos, fantasías, imágenes, sueños, deseos y juicios. La zona intermedia representa metaexperiencias, la vivencia de vivencias, abstracciones.

El ciclo gestalt se caracteriza por sensación, conciencia, excitación creciente, actividad, contacto y retirada. En condiciones de salud los ciclos son vigorosos y continuos, con emergencia de configuraciones claras. El buen contacto se caracteriza por la conciencia del self y del entorno, por la plena expresión del propio self por experimentar más que pensar, por la expresión completa y por la actividad y plena responsabilidad del propio self.

Patología

Cuando se interrumpe el ciclo gestalt, se evita el contacto y las necesidades no se cubren, el alivio espontáneo queda interferido en el organismo y debe sobreimponerse una acción deliberada. Ello puede llevar a una adaptación saludable a un medio frustrante, en el que se satisfacen las necesidades por medio de otras estrategias. Sin embargo, si las interrupciones suponen perder la conciencia y se prolongan, la adaptación resulta patológica.

Cuando el ciclo gestalt se interrumpe y queda incompleto, los sentimientos, pensamientos e ideas son apartados y no se expresan; el self se interrumpe. Con el tiempo, partes del self desaparecen de la conciencia, la acción se bloquea y se pierde el contacto.

Típicamente, cuando hay un trastorno de la frontera de contacto, la persona no está en el aquí y ahora, el pensamiento sustituye a la experiencia, partes del entorno son tomadas como self, partes del self se atribuyen al medio, no se acaban las cosas y el comportamiento pasivo o agresivo sustituye a la afirmación enérgica.

Aparece psicopatología cuando la conciencia del self se bloquea o se elude el contacto con el medio.

La salud surge con la creciente conciencia de sí mismo, la plena expresión del self y el máximo contacto con el entorno. A través del aprendizaje interpersonal, los pacientes pueden desarrollar su capacidad para experimentar y disfrutar relaciones íntimas y prolongadas y para descubrir aspectos de sí mismos que habían permanecido ocultos. En la literatura sobre Gestalt se describen cinco trastornos de la frontera de contacto: confluencia, retroflexión, introyección, proyección y deflación.

Confluencia. La confluencia surge cuando la figura no se forma sobre el telón de fondo, no hay conciencia en el ciclo gestalt, no está claro lo que se quiere o lo que me distingue de ti ha desaparecido.

Retroflexión. Sí hay conciencia, pero debe eludirse el contacto para evitar un conflicto, el organismo detiene la acción, retroflexiona; el conflicto con el medio pasa a ser un conflicto en el interior del self.

Introyección. Hay introyección cuando valores, creencias u otros objetos del entorno se incluyen, sin ser asimilados, en los sistemas del self de una persona.

Proyección. La proyección consiste en la no diferenciación entre la persona y el medio, igual que en la introyección; sin embargo, en la proyección, el ego identifica partes de la persona como pertenecientes al entorno.

Deflación. Cuando está a punto de haber contacto, pero hay que evitarlo, la interrupción puede presentarse en el punto de contacto por faltar el destinatario, no mirarle o suavizar el comentario con la cortesía. El contacto sufre deflación a través de diversas maniobras.

Aspectos Clínicos

En terapia de grupo Gestalt se considera que las transacciones se producen atravesando fronteras, entre el grupo y su medio circundante, entre los diversos miembros del grupo y entre las fronteras que separan partes diversas de cada individuo. Los bloqueos del contacto en el tránsito a través de las fronteras tienen importancia capital para el terapeuta gestáltico: En ocasiones así el terapeuta interviene sobre el proceso grupal o con experimentos Gestalt.

Modelos de grupo

Grupo de trabajo Gestalt. Básicamente se emplea para el entrenamiento de terapeutas. El número de personas de un grupo oscila entre 8 y 20 o más. Los conductores del grupo pueden ser varios terapeutas cada vez.

La duración de las sesiones va de una hora por semana a un encuentro continuado durante un mes. Se alienta la interacción grupal y se presta atención al proceso de grupo mientras dura el aprendizaje experiencial.

Maratón o grupo Gestalt de larga duración: Consiste en un grupo terapéutico que puede reunirse desde todo un día hasta varias semanas cada vez. Suelen dirigirlo los mismos terapeutas durante todo el maratón, los pacientes pueden ser entre 8 y 20 o más. En las fases iniciales y de terminación pueden hacerse ejercicios Gestalt para proporcionar estructura, reducir la ansiedad y ganar tiempo. Los pacientes pueden ser aquellos que están atascados en la terapia, personas que tengan un asunto particular sobre el que quieren hacer un trabajo focal, otros que están iniciando su terapia o, sencillamente, personas que acuden al maratón como su única forma de terapia. Frecuentemente los pacientes repiten los maratones de grupo durante un largo periodo de tiempo.

Grupos de terapia Gestalt. Los grupos de terapia Gestalt suelen incluir de 8 a 10 miembros y uno o dos líderes; se reúnen durante una hora u hora y media, una o dos veces por semana, suelen ser abiertos y de duración ilimitada, heterogéneos en su composición y se prolongan bastante tiempo. Antes de incluirse en un grupo, hay una orientación previa individual, donde se detalla el contrato de grupo a cada miembro. Estos grupos son especialmente eficaces para personas inhibidas o muy intelectuales, que están desconectadas de si mismas. Cada vez más se ha ido intentando ampliar la teoría Gestalt para dar cabida a pacientes muy desequilibrados, pero la literatura muestra poco al respecto.

Papel del terapeuta

El terapeuta es el creador o constructor de un sistema social terapéutico, el protector de la frontera del grupo y la persona que establece las normas dentro del mismo. El terapeuta es un artista que entrelaza aspectos intrapsíquicos, interpersonales y de grupo; tiende puentes para remontar los trastornos de límites de contacto a través de sus intervenciones y transforma el conjunto de miembros en una comunidad. El papel del terapeuta es el de una persona real.

Desde sus comienzos, el terapeuta de un grupo Gestalt establece las normas de comportamiento dentro del grupo mediante modelos, explicaciones y sutiles confrontaciones.

Las normas son valores inconfundiblemente Gestalt y proporcionan su peculiaridad a este tipo de terapia de grupo. Entre las normas se destaca el subrayar continuamente la importancia del aquí y ahora de la experiencia de cada persona, entre personas y dentro del grupo en su conjunto; también se subraya la toma de conciencia psíquica y corporal, se alienta el contacto entre los componentes del grupo, más que hablar o dirigirse verbalmente a ellos; se da importancia a la expresión de lo que está pasando aquí y ahora; se incide en el respeto a los límites ajenos, sin invadir a los demás; se alienta la propia expresión más que el hecho de hacer preguntas y se evita dar consejos.

Se estimula la interacción, pero el terapeuta espera siempre que haya interrupciones en el proceso de intercambio. Pueden apreciarse bloqueos en el interior de una persona, de forma que no haya conciencia ni expresión, o bien puede haber falta de

contacto entre individuos o diluirse el proceso grupal. El manejo de los límites del grupo suele tener prioridad sobre otras fronteras, al margen de la fase de la terapia.

En los grupos Gestalt el agente terapéutico oscila entre el grupo mismo y el líder. El terapeuta ayuda a conformar el grupo como sistema social terapéutico mediante actividades que contribuyen a establecer los límites o fronteras, de cuya protección él mismo se encarga durante toda la duración del proceso grupal. Una vez establecidos los límites y lograda la cohesión del grupo, todos los factores curativos actúan eficazmente tanto en el trabajo intrapsíquico como en el interpersonal. Hay que prestar atención a la ruptura de los límites del grupo, de forma que pueda conservarse su cohesión.

Las fronteras del grupo se rompen fácilmente con la emergencia de temas específicos dentro del grupo.

La terminación del grupo supone la destrucción planificada de la frontera del grupo.

Lo ideal es que, cuando se pone fin al grupo, no haya quedado nada por expresar, conforme se han ido finalizando todos los asuntos.

Técnicas

La posición terapéutica del terapeuta gestáltico consiste en prestar atención a la totalidad de la persona, tanto a su conducta corporal como a las palabras y sueños. El centro de atención se dirige a la conciencia de sí mismos de los miembros del grupo, el qué y cómo de su existencia actual, el tipo de contacto que establecen y sus patrones evaluativos.

La estructuración inducida por el terapeuta se denomina en terapia: Experimento. Un experimento es una intervención sistemática planificada que surge a partir de la experiencia del aquí y ahora; tiene un desarrollo creativo pero también un armazón teórico (Malnick, 1980). Un experimento que funcione bien aumenta la conciencia de sí mismo.

Son tres los experimentos generales o básicos que sirven de germen para las intervenciones creativas del terapeuta: experimentos con los límites, experimentos de representación y rememoración y experimentos exploratorios.

Experimento con los límites

Los experimentos con los límites suponen crisis controladas en que los pacientes pueden ensayar nuevos comportamientos con los demás. Por ejemplo, una persona muy complaciente puede decir “No, no quiero” a un miembro del grupo que había estado haciendo demandas irracionales. Si el paciente lo expresa con sentimiento y energía, se ha completado una gestalt. A continuación el paciente puede practicar diciéndole lo mismo a otros miembros del grupo. Si evita hacerlo o lo hace solo para complacer al terapeuta o si experimenta una ansiedad inhibitoria, el terapeuta puede reorientar y diseñar un nuevo experimento de límites.

Cualquier trabajo en terapia Gestalt en que uno corre el riesgo de sentirse inseguro y violento explorando los propios confines es un experimento con los límites (Melnick, 1980).

Para el terapeuta de Gestalt la transferencia se conceptualiza y remite a un trastorno de los límites de contacto (Frew, 1990), indicativo de una alteración de la conciencia del paciente y de que el contacto presente con el terapeuta u otro miembro del grupo es pobre; se está distorsionando una situación real. Mediante experimentos con nuevas actitudes y comportamientos aquí y ahora, el terapeuta puede lograr la integración de la realidad actual.

Los temas ligados a la transferencia son siempre distorsiones de los límites y ofrecen la posibilidad de experimentar una escena antigua en una forma renovada.

Experimentos de representación y rememoración

Se utilizan cuando no pueden reproducirse ciertas situaciones que nunca han existido. Son el principal instrumento para poner fin a situaciones irresueltas del pasado y temores catastróficos respecto al futuro. Los experimentos de rememoración suelen surgir a partir de experimentos con los límites o experimentos exploratorios, una vez establecidas las polaridades y traídos a la conciencia recuerdos antiguos o temores sobre el futuro.

Aunque las rememoraciones más importantes suelen corresponder a situaciones inacabadas de la infancia, otras situaciones incompletas más recientes pueden constituir gran parte del trabajo a realizar. Con los experimentos se maneja el aquí y allí de la vida actual.

La elaboración es el proceso de recordar en el presente temas recurrentes del pasado y experimentar con nuevas conductas para crear nuevas concepciones sobre uno mismo y nuevos sentimientos asociados. Los miembros del grupo con frecuencia se identifican con los miembros que están trabajando y reviviendo viejos recuerdos que llevan al grupo.

Experimentos exploratorios

Un experimento exploratorio se diseña para investigar la conducta variable de un paciente y ver que ocurre. Cuando un paciente quiere trabajar pero no encuentra el modo de empezar, el terapeuta puede sugerir un ejercicio exploratorio que lleve a la emergencia de material con valor terapéutico.

El principio básico subyacente a los experimentos exploratorios es "Yo soy yo". Tal como se manifiesta por la voz, las palabras, movimientos, pensamientos, impulsos, metáforas e ideales.

Actividades terapéuticas comunes

Hay diversas actividades terapéuticas utilizadas en todos los experimentos que pueden mejorar el desarrollo de la conciencia o el contacto. Entre ellas cabe citar la exageración, repetir sonidos y gestos, traducciones (cambiar una metáfora por una experiencia), supresión, viajes con la fantasía y terapias corporales.

Prácticamente hay temas con los que todo el mundo puede identificarse, como el abandono, la desconfianza, la competencia y el miedo a la intimidad. Todos estos temas pueden surgir espontáneamente en diversos momentos del proceso grupal. El desarrollo de estos temas en forma de experimento puede hacerse mediante metáforas, narración de historias, fantasías, representación de roles e improvisación (Zinker, 1977).

La resistencia, el trastorno de la frontera de contacto, se convierte en el centro de la terapia (Perls, 1951). La resistencia se contempla como un bloqueo que hay que suprimir, pero también como una entidad que es necesaria conocer, experimentar y que se considera una de las partes más fuertes del paciente.

Valoración de la Terapia Gestalt

La terapia gestáltica centra su objetivo en la forma de interacción o contacto que se establece entre la persona y su entorno. En esa frontera que existe entre su ser y el medio que lo rodea, se produce aquello que conforma el aspecto psicológico: la conducta, la manera de interactuar de cada persona. El enfoque gestáltico concibe al hombre como una unidad, y a cada existencia, como una entidad única, dinámica e integradora, que conforma "El Mundo de cada persona" y no "El Mundo" en general. Este punto de vista posibilita el aprendizaje de formas flexibles de vincularnos con nuestro propio mundo, recuperando la responsabilidad creadora que cada persona tiene sobre su propia existencia.

Uno de los pilares fundamentales de la terapia Gestalt es la toma de conciencia, es decir, la capacidad del "darse cuenta". Muchas veces el saber de lo racional, no aporta gran luz a la hora de observar nuestro estado emocional y, en general, sirve para justificarse o crear mayor confusión.

Esa experimentación con la que el terapeuta procurará ayudar a alcanzar "el darse cuenta" a su cliente, es el conocimiento que permitirá restablecer una continuidad de conciencia, con la cual podrá aprender y aprehender la vida a cada instante.

La conciencia de lo que ocurre en el momento presente, en los niveles corporal, afectivo y mental de una persona, es una experiencia totalizadora, actual, referida al individuo como globalidad. El presente así experimentado, incluye el recuerdo, las vivencias anteriores, las situaciones inconclusas, las anticipaciones y los proyectos. Fundamentalmente, el "aquí y ahora" constituye una experiencia de contacto, ya sea con el entorno, con el prójimo, o con uno mismo. La terapia centra su proceso de aprendizaje terapéutico en la concienciación de la manera mediante la cual, la persona suele distorsionar esa experiencia, ignorar o negar sus necesidades y deseos, encerrándose en la reiteración de situaciones anteriores y, en suma, impidiendo un contacto de ajuste creativo con su entorno presente.

Esta terapia moviliza el pasado vivido por cada uno y establece un contacto con el presente y un intercambio favorable con el entorno. Cambia el "por qué" por el "cómo" otorgando perspectiva y orientación. Utiliza técnicas vivenciales, el experimento y el laboratorio. Antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo

molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos.

La terapia Gestalt también puede considerarse una filosofía de vida en la cual, la persona asume los valores de auto-respeto, auto-responsabilidad sobre todo lo que siente, piensa y hace; honestidad y desarrollo con los pies bien firmes en la tierra, relacionándose con los demás y con su entorno de forma abierta y madura.

La vida nos pone permanentemente en situación de abrir y cerrar episodios, relaciones, proyectos, decisiones. Aquella capacidad interior que todos llevamos dentro y que nos permite enfrentar y aceptar los cambios, recrear diferentes roles, y expresar nuestra manera peculiar de sentir, corresponde a las funciones de lo que la Gestalt denomina El self o, el sí mismo en acción. Cuando no hay perturbaciones importantes, nuestro ser interior nos permite asumir y desarrollar nuestra verdadera personalidad, reconociendo y distinguiendo límites entre uno y "lo otro", así como establecer vínculos enriquecedores con el medio y las personas que conforman nuestro entorno.

La terapia Gestalt toma las dimensiones corporales y emocionales, tanto como las cognitivas, intelectuales, relativas al comportamiento, oníricas, imaginarias, expresivas y otras propias de la persona. Dimensiones de las que puede servirse el terapeuta gestáltico para hacer contacto con su cliente y para que a su vez éste, pueda hacer un contacto ajustado con su realidad. Por lo que este proceso de aprendizaje terapéutico, también llamado de unificación de la persona, incluye la dimensión corporal (gestual, postural, actitudinal, físico, etc.), otorgando energía y posibilitando con ello, la creación de condiciones favorables para el desarrollo, la integración y el cambio.

El objetivo principal de la terapia Gestáltica es lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

El Enfoque Gestáltico es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más

que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

Este enfoque es esencialmente una forma de vivir la vida con los pies bien puestos en la tierra. No pretende encaminar al individuo por el camino de lo esotérico o de la iluminación. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándonos por lo que somos, sin usar más recursos que apreciar lo obvio, lo que es.

Este enfoque es en sí mismo un estilo de vida; de allí que sea más adecuado denominarlo "enfoque", que es un término más amplio, en lugar de "terapia", que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico.

La Gestalt crea un espacio de aprendizaje terapéutico en el que es posible percibir atentamente lo que uno experimenta, y permite llegar a reconocerse autor de la propia acción. Esta tarea implica, muchas veces, desandar lo aprendido, comprender que en la raíz de nuestro malestar, yacen los disparadores de respuestas automáticas y patrones de conducta erróneos que repetimos en distintas áreas de nuestra vida y nos enfrentan a esa sensación de vacuidad. Revisar esos patrones y trabajar creativa y responsablemente en el aprendizaje de nuevas formas más ajustadas a nosotros mismos, significa enfrentar la angustia que nos produce el "no saber".

La Terapia de la Gestalt no está compuesta sólo por la suma o la yuxtaposición de las doctrinas y enfoques. Además de esto se encuentran su integración creativa, su elevación a un nuevo plano, llevada a cabo por Fritz Perls, creador del Enfoque Gestáltico, aunque es verídico que este se encuentra influenciado por varias corrientes como: el psicoanálisis, la filosofía existencial, la fenomenología, las religiones orientales, el psicodrama, etc.

Material Demostrativo

El objetivo de la terapia gestáltica es facilitar el desbloqueo que impide el desarrollo del potencial natural de las personas, su actitud y sus técnicas consisten en generar un

espacio en que el consultante pueda recuperar la capacidad de vivenciar. Por esta capacidad se entiende el poder ser consciente de sí mismo y de la relación con los demás, en el momento presente, y hacerse responsable de sus actos.

La terapia de la gestalt en la actualidad es suficientemente beneficiosa como para emplearla sólo en los que creen estar "enfermos". En general, se puede utilizar frente a las crisis de edad (diferentes períodos), en grupos familiares, laborales, frente a problemas de pareja, etc., así como en psicoterapia infantil: La Terapia Gestalt tiene una concepción holística del niño, es decir tiene en cuenta la parte sensorial, la afectiva, la intelectual, la social y la espiritual. La concepción que tiene la Terapia Gestalt del niño es una concepción humanista, optimista, es decir, cree en sus potencialidades y en su tendencia innata a la salud y al crecimiento. Por tanto, pensamos que en el trabajo de grupo con niños también pudiera utilizarse.

Epígrafe 4. Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial. Max Rosenbaum, Ph.D.

Aquí se asume que la relación de reciprocidad con el terapeuta es la auténtica experiencia grupal. El psicoterapeuta de grupo, como cualquier buen profesor, tiene que validar la libertad de explorar y disfrutar de la vida. La gente se siente más llena cuando toma conciencia de que la vida consiste en cambiar.

Historia

El abordaje humanista-existencial debe su existencia al filósofo y teólogo danés Sgren Kierkegaard, quien afirmaba que la existencia del conocimiento se asocia a lo milagroso, a un estado de iluminación. También escribió acerca de un momento decisivo que cambia la vida de una persona, pero la persona debe querer ese momento decisivo.

Los existencialistas recientes no contemplan el cristianismo como la solución para la irracionalidad de la experiencia de la vida. Otros afirmaron con pesimismo que estamos atrapados en la existencia, viviendo en un mundo carente de sentido (Sartre, 1956).

Relevantes figuras de la psiquiatría escribieron sobre el papel de la esperanza en terapia: el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar un sentimiento de esperanza y la

creencia en que los problemas de la vida no son irremontables (Frank.1968; May, Angel, Ellenberg, 1958).

Los horrores de la Segunda Guerra Mundial indujeron una extensión del existencialismo hasta unirse con el humanismo. Abraham Maslow, fue un importante vector del humanismo hacia finales del cincuenta y comienzos de los sesenta. En 1961 se fundó la Asociación Americana de Psicología Humanista.

Se comenzó a prestar atención al contexto sociocultural en que transcurre la existencia de las personas.

Algo más tarde, la Asociación Americana de Psicología abrió una sección dedicada a la psicología humanista. Los terapeutas americanos establecieron un estrecho contacto con los terapeutas europeos que habían padecido personalmente la experiencia de los campos de concentración. En esa línea, Víctor Frankl (1984) describió sus reflexiones sobre el significado de la vida a partir de su estancia en campos de concentración Nazis.

Teoría

El abordaje humanista-existencial intenta llegar a las raíces básicas de la personalidad humana. Un tratamiento eficaz permite al paciente hallar un modo de relación moral y compasiva para consigo mismo y con los demás. Esta orientación contrasta con otros tipos de terapia dirigidas a reducir o suprimir los síntomas neuróticos. Mejorar los síntomas y aliviar la ansiedad son objetivos deseables pero limitados. El psicoterapeuta de grupo con orientación existencial, sirve con su autenticidad de modelo para que el paciente cambie hacia un modo de relación más genuina con el mundo, dejando atrás la autodestructividad y las relaciones de dependencia.

La terapia se ha distanciado del concepto de terapeuta como espejo para acercarse más al de terapeuta como observador participante.

La pregunta ahora es qué hace cambiar a las personas. ¿Cambian los pacientes porque comprenden sus problemas (insight) o cambian porque se sienten comprendidos (empatía)? ¿Los terapeutas responden a las quejas o a lo que subyace a las mismas? Aún más ¿Se han dejado enredar los terapeutas en el síndrome del quejoso que rechaza la ayuda?

En el abordaje existencial, el interés siempre se centra en la visión que el paciente tiene del mundo.

Aspectos Clínicos

Selección de pacientes

Un terapeuta aborda, aquí y ahora, la soledad del paciente. Los pacientes más susceptibles de un abordaje existencial son los que expresan su falta de sentido de la vida y que arrastran una larga historia de tropiezos en su búsqueda de objetivos. Si se trabaja con personas mayores de treinta el terapeuta se encuentra ante pacientes susceptibles del abordaje existencial. Las terapias basadas en un abordaje intelectual ignoran las quejas del paciente acerca de su vacío.

El abordaje existencial en la terapia de grupo pone de relieve los conflictos con el medio cultural al que pertenece la persona. En la cultura actual a menudo se alienta a las personas a relacionarse con las demás como si fueran cosas. El compromiso del terapeuta en su búsqueda constante de sentido de la vida, tanto para el paciente como para él mismo, ofrece un modelo de autenticidad personal. Los terapeutas de grupo hoy día trabajan con familias de segunda constitución, donde hay padrastros, hijastros, etc.

Según algunos autores, las rupturas matrimoniales son el principal motivo de consulta psicoterapéutica de los americanos (Verkoff, Kulka, Douvan, 1981).

Papel del terapeuta

El terapeuta tiene su visión personal de la vida, pero anima a que cada miembro del grupo encare su irrepetible individualidad. El terapeuta estimula la autenticidad y alienta a los pacientes a arriesgarse en sus vidas.

Los terapeutas omniscientes, que por necesidad personal tienden a ser moralizantes o dirigir al grupo, no están dispuestos a implicarse en la exploración a que obliga un abordaje de tipo existencial. Tampoco se sentirán cómodos con este planteamiento los terapeutas con una certeza absoluta sobre sus propios planteamientos y lo que han de comunicar al paciente. En un abordaje existencial, el terapeuta realmente sabio debe valorar la propia sabiduría de los pacientes.

El terapeuta existencial promueve en el grupo un clima, al que cada miembro contribuye, en que sea posible encarar las ambigüedades y paradojas de la vida. El terapeuta va a ser desafiado, ridiculizado o, en ocasiones, amado, de forma que no conviene que se refugie en el papel del doctor. Igualmente, desde el comienzo de la terapia, se anima al paciente a desprenderse de la etiqueta de paciente, que a veces se utiliza como protección, y ser quien realmente es, una persona.

Cambio quiere decir llegar a ser distinto, y este es el objetivo del abordaje existencial. La terapia eficaz debe facilitar una relación de confianza y esperanza y aportar estímulo para el crecimiento continuado, a un tiempo después de que la experiencia de la terapia formal haya finalizado.

Método

Cuando los pacientes llegan a la terapia y se sienten abrumados por los síntomas, al principio puede parecer poco relevante hablar sobre el sentido de la vida. Pero el terapeuta debe investigarlo, de forma que el paciente se vea confrontado con su desesperanza existencial. El terapeuta debe reforzar la asunción por parte del paciente de que cada uno es responsable de su propia vida.

Diferencias culturales

Las personas de diferentes culturas llegan al psicoterapeuta con un sistema de valores y creencias distintos.

El terapeuta de grupo existencial discute los diversos valores culturales en el grupo y debe ser consciente de las distintas realidades culturales.

Si los pacientes proceden de un medio cultural distinto, con códigos de aproximación y visiones sobre la vida diferentes a los de un terapeuta formado en Europa o Estados Unidos, los resultados terapéuticos pueden resultar escasos, a menos que exista respeto y aprendizaje mutuos.

Las visiones de la salud psicológica y la terapia se enturbian aún más cuando el abordaje de una se basa en la psicología experimental (terapia conductista) y el de otra en la intuición.

La terapia existencial destaca la importancia de una exploración personal, incluso después de haberse resuelto los problemas específicos que llevaron a consultar al

paciente. En la terapia existencial de grupo se plantea un encuadre en que los pacientes desarrollan la confianza en el terapeuta y en los demás miembros del grupo, de forma que la experiencia de crecimiento permite reanudar una experiencia que se había bloqueado. En el momento del bloqueo, los pacientes habían aprendido patrones defensivos que aplican a sus relaciones con los demás. El terapeuta existencial de grupo se orienta a desmontar esos sistemas defensivos. El abordaje existencial en terapia de grupo desafía las premisas que la tecnología avala.

Los nuevos modos de tratamiento de las personas con trastornos emocionales deben ser bienvenidos, pero ello no quiere decir que se aprueben sin reservas.

Juego y asunción de riesgos

En el grupo existencial, los miembros aprenden a turnarse entre ellos no para apoyar, aspecto que siempre está presente de una u otra forma, sino para reforzar la idea de que todos son capaces de asumir sus propios riesgos. Se alienta a los miembros del grupo a cuestionar la habilidad del terapeuta: ¿Qué estamos haciendo ahora? ¿Qué pasa con todo esto? Incluso se pone en cuestión la palabra porque, ya que a menudo no existen respuestas.

Terminación

Nunca se alienta a los pacientes a volver a la terapia. Cuando alguien se siente listo para irse, la partida no debe ser repentina, pero tampoco debería haber regreso. El sentimiento de que el terapeuta siempre estará ahí es poco realista y contradice el sentido de la vida y su finitud. Debe alentarse al paciente no a volver sino a mirar hacia delante.

El abordaje existencial-humanista se aparta de la corriente principal de las terapias habituales; el énfasis se pone en el potencial humano.

El punto de vista existencial se limita a unos cuantos clínicos que practican terapia de grupo. La tendencia actual se orienta hacia la terapia de grupo a corto plazo.

El terapeuta de grupo existencial acepta que las personas necesitan ayuda para superar los efectos emocionales de acontecimientos traumáticos, pero cada persona dispone de una vía propia y exclusiva para recuperarse después de un shock

emocional. La relación terapéutica existencial debe ser de colaboración, dirigida a dar un empujón a quien se siente disminuido en su dignidad y seguridad (Ochberg, 1991). En el abordaje grupal se alienta la actividad física, llevar una alimentación adecuada, la espiritualidad y el humor, todo ello encaminado a la sanación de la persona en su globalidad. Gran parte del énfasis se asocia a la estructura de carácter del terapeuta. Se enfatiza en la importancia del humor en el trabajo con grupos, ya que el humor permite al paciente asumir la incertidumbre de la vida.

Factores Curativos

Sea cual sea el abordaje utilizado en terapia, todo paciente debe haber tenido alguna experiencia de gratificación básica en sus relaciones humanas. Este es el factor de pronóstico más preciso para garantizar al menos un efecto terapéutico mínimo. Si todas las experiencias de los comienzos de la vida del paciente fueron negativas, hay escasas probabilidades de obtener resultados terapéuticos positivos. Cuanto más deprimido esté el paciente, más nutrido ha de ser el terapeuta. Por otro lado, el terapeuta ha de estar permanentemente alerta sobre sus respuestas contratransferenciales a las pruebas a que le somete el paciente continuamente.

Sidnev Bloch y Edward Crouch (1985) citan la cohesión grupal como el factor curativo de la terapia de grupo. Una atmósfera grupal que promueve el compartir y la mutualidad, parece un término más adecuado que el de cohesión grupal. La universalización, por la que cada miembro del grupo percibe como los demás están luchando con similares problemas la conciencia de que todos estamos en el mismo barco resulta fundamental en la terapia de grupo existencial.

La posibilidad de beneficiarse de la terapia consiste en la capacidad para sustituir las ilusiones con verdades dolorosas. Incluso la transferencia puede ser una ilusión si se hace caso omiso de la personalidad del terapeuta de grupo. El carácter, tanto del terapeuta como del paciente, no puede separarse del sistema de valores en que la persona se desenvuelve.

En el abordaje existencial de la terapia grupal se buscan caminos para manejar las propias experiencias de forma que la vida cobre un sentido. ¿En qué punto de su vida

estila la persona? ¿Qué sentido puede uno darle a la existencia humana? ¿Cuál es el propósito de los actos humanos? ¿Cuál es el significado de la existencia humana?

Valoración de la Terapia Humanista Existencial.

Múltiples son las reflexiones que se realizan en el terreno psicológico y pedagógico acerca del humanismo, donde no dejan de estar presentes tanto quienes abrazan sus concepciones teóricas como los detractores de este paradigma.

Pretendemos realizar algunas reflexiones sobre las posiciones teóricas de la psicología humanista asumiendo para esto posturas críticas.

Se aprecia cada día el crecimiento de su popularidad y ya puede considerarse un movimiento maduro dentro de la psicología, con historia, principios, técnicas, asociaciones profesionales, órganos de difusión, movimientos sociales psicoterapéuticos, inspirados en sus concepciones. Dentro de sus principales representantes se encuentran Abraham Maslow, Gordon Allport, Andreas Angyal, Rollo May y Carl Rogers, entre otros.

La psicología humanista considera al hombre en su singularidad, y por lo tanto sólo puede estudiarse como una unidad, estima además que el ser humano en estudio no puede igualarse a un objeto, sino que debe valorarse como una persona. La consideración personal implica el respeto, en cada momento, a la capacidad de decidir y a las decisiones del hombre.

En esta terapia en lugar de usar el término paciente, utiliza el de cliente, pues se supone que el individuo no se enfrenta o somete con paciencia a nadie, o se comporta como objeto de decisiones tomadas por el terapeuta, sino que el destino y el curso de sus males será alterado por él mismo de una manera positiva, cuando se le brindan condiciones para ello como sujeto activo de sus decisiones. De la misma forma se rechaza el concepto de enfermedad mental, que implica padecer de manera pasiva el malestar psicológico. La persona puede decidir su vida debido a que es portadora de

fuerzas interiores dirigidas al mantenimiento o recuperación, al desarrollo de su salud psíquica, hacia la autorrealización.

Para los humanistas el hombre es responsable de sus actos, de su vida y de su futuro. En cierto sentido representa una psicología de la voluntad. En esta psicología se asume una posición de respeto ante la subjetividad, no se reduce la explicación a determinadas causas, sino que se precisa comprender con respeto, la subjetividad del otro. Ello implica una visión totalizadora del otro por una vía en lo fundamental empática. Es un encuentro entre subjetividades donde es necesario y posible, vivir en cierta forma, las aspiraciones y malestares del otro sin interferirlas; todo esto supone el compromiso del investigador o el terapeuta de participar en el cambio del sujeto en lugar de determinarlo. Esta posición puede ser caracterizada como sistémica, pues el objetivo no es conocer determinados aspectos que el sujeto expresa en su actividad de manera aislada, sino comprender qué relación tiene cada uno de estos aspectos entre sí.

La terapia más que hacer algo al individuo, tratará de crear las condiciones para liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado. Hay una serie de condiciones que impiden y bloquean la tendencia actualizante. Parte del trabajo terapéutico consistirá en facilitar que el sujeto exprese sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que este pueda reconocerse de manera integral. La terapia ayuda a modificar el concepto distorsionado de si mismo en una atmósfera no amenazante.

La terapia intenta corregir las condiciones de valoración externa y proporcionar la oportunidad de vivenciar las experiencias y sentimientos internos negados y reprimidos, de modo que aumente la congruencia del sujeto, entre su autoconcepto, que cambiará y su experiencia que se hará más consciente.

De acuerdo con las características de esta terapia se pueden encontrar las siguientes peculiaridades:

- El hombre es capaz de aprender, de cambiar y posee aspectos internos definidos que propician estos cambios.

- Las teorías humanistas conciben al hombre total.
- Son optimistas y confirman el mejoramiento humano.
- La interacción social es tema obligado en la construcción de teorías humanistas.

Desde el punto de vista educativo se destacó Carl Rogers quien propone el concepto de un aprendizaje significativo o experiencial.

Por otra parte, por su visión integradora de las distintas áreas (intelectual, emocional, corporal y espiritual, la Psicología humanista concibe a la persona como una totalidad en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales, ideológicos o espirituales formando a una persona completa y no una suma de partes.

Analizamos además, que a diferencia de otras posiciones de la psicoterapia, el trabajo con el síntoma no es eliminarlo sino escucharlo para comprender su significado y mensaje mas profundo. El síntoma es una ayuda, una señal que nos está hablando de cual es el problema, expresa aquello que no somos capaces de expresar conscientemente.

Una contribución de grandes proporciones fue el énfasis en la investigación ya que fue el responsable de los primeros esfuerzos concentrados por llevar a cabo investigación acerca del proceso terapéutico, siendo además el primero en emplear registros en las sesiones de terapia para estudiar el proceso de investigar su eficiencia. Rogers es quien abre la terapia, haciéndola un objeto de estudio; es así como esta terapia es eficaz, pero no de ningún modo más que cualquier otro tratamiento psicológico.

Material Demostrativo

Después de conocer las particularidades de la Terapia Humanista existencial y de haber realizado una valoración general de la misma consideramos que esta terapia podría resultar de gran utilidad para tratamiento de personas con trastornos de ansiedad y además, pacientes neuróticos.

En el grupo donde se realice la terapia se podrían incluir pacientes con trastornos de angustia (Con y sin agorafobia), fobias específicas, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos por estrés agudo, postraumático, etc.

El abordaje humanista-existencial intenta llegar a las raíces básicas de la personalidad humana, es decir, que la persona logre alcanzar el mayor grado de autenticidad posible. Un tratamiento eficaz permite al paciente hallar un modo de relación moral y compasiva para consigo mismo y con los demás. Esta terapia podría contrastarse con otros tipos de terapia dirigidas a reducir o suprimir los síntomas neuróticos. El psicoterapeuta de grupo con orientación existencial, sirve con su autenticidad de modelo para que el paciente cambie hacia un modo de relación más genuina con el mundo, dejando atrás la autodestructividad y las relaciones de dependencia.

Además, si tenemos en cuenta las peculiaridades de este tipo de psicoterapia nos percatamos de que el paciente será capaz de aprender, de cambiar y poseerá aspectos internos definidos que propician estos cambios, considerándose al hombre como un todo.

También, como decíamos anteriormente, la interacción social es tema obligado en la construcción de teorías humanistas, muy necesario en casos de neurosis y fobias sociales, agorafobias, etc. Sería bueno por tanto que se trabajara con este tipo de terapias en estos pacientes.

Epígrafe 5. Terapia Breve. Robert H. Klein. Ph.D.

Introducción

La terapia breve ha sido una de las especialidades de más rápida difusión dentro de la terapia en los últimos 15 años. Aunque solo en fecha reciente se la ha empezado a reconocer como una forma válida de tratamiento, este tipo de terapia cada vez ha ido

cobrando más auge y difusión entre los terapeutas y los pacientes. Los factores que contribuyen al creciente interés por la terapia breve son el elevado costo de la terapia y la atención de salud mental en general; la presión de las compañías de seguros médicos y de la administración sanitaria pública por abaratar los costos; la enorme demanda de servicios y la limitada oferta profesional; el aumento de la demanda de tratamientos cortos por reticencia o incapacidad para comprometerse en un tratamiento a largo plazo; etc.

Definición

Ante el reto de resultar efectivos en un período de tiempo corto, los clínicos han desarrollado una serie de terapias breves. Sin embargo, todavía no existe en la literatura una definición de lo que es un tratamiento breve.

Algunos autores han sugerido que no es el número de sesiones o la duración del tratamiento en su conjunto lo que define a esta modalidad de terapia, sino que el tratamiento sea parco, se utilice el tiempo previsto de la forma más eficaz posible y racionada. Para tratamientos individuales breves, el número medio de sesiones suele ser de 25; para la terapia breve de grupo, la media suele ser la misma, pero con tendencia menor, entre 12 y 15 sesiones, aparte de los denominados grupos maratón. La mayoría de las sesiones de grupo duran de 45 a 90 minutos, con frecuencia semanal y una gama de diversas orientaciones teóricas: psicoanalítica, cognitiva, interpersonal y conductista.

A pesar del desarrollo de modelos que asocian varios presupuestos teóricos y estrategias de tratamiento, hay una serie de características compartidas por la mayoría de las terapias breves ya sea individuales o de grupo. Entre ellas cabe citar:

- (1) el manejo terapéutico de las limitaciones temporales.
- (2) la limitación de los objetivos terapéuticos.
- (3) centrar en el presente el contenido de la terapia.
- (4) manejo directivo de las sesiones por el terapeuta.
- (5) valoración rápida.
- (6) prontitud en la intervención.
- (7) flexibilidad por parte del terapeuta.
- (8) ventilación o catarsis como parte importante del proceso.

(9) establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica.

(10) adecuada selección de pacientes, ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico breve.

Historia

Suele atribuirse a Franz Alexander y Thomas French (1946) haber introducido el abordaje sistematizado de la terapia breve intensiva de tipo individual, aunque ya Sigmund Freud registró varios tratamientos breves (Budman, Gurman, 1988).

El renacido interés durante los años por el tratamiento de grupo a corto plazo puede haber sido parcialmente debido a la difusión de los grupos T, de sensibilización, encuentro, crecimiento de la conciencia y autoayuda.

Teoría

Una revisión bibliográfica sobre la terapia breve de grupo sugiere que sus objetivos coinciden con los de otras formas de terapia. Típicamente tales objetivos son:

- (1) aliviar el distrés (esto es, reducir las molestias sintomáticas).
- (2) restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente;
- (3) favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente.
- (4) incrementar la comprensión del paciente acerca de sus trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro.

En la medida de lo posible, los objetivos deben formularse en lenguaje interpersonal, usando el contexto grupal para tratar aquí y ahora los temas que surjan. Además, los objetivos previstos, sean cuales sean, deben estar en consonancia con el tamaño del grupo, el número, duración y frecuencia de las sesiones; la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la terapia; etc. Sin embargo, quizás el factor más importante sea la congruencia entre los fines de la terapia y el nivel de funcionamiento yoico y las motivaciones de los pacientes para lograrlos.

Aspectos Clínicos

Manejo del tiempo

Una planificación adecuada de un grupo breve requiere que el terapeuta no solo clarifique los objetivos y defina un foco de trabajo para el grupo, sino que también adopte decisiones respecto a los límites temporales.

Se necesita:

- (1) establecer el número de sesiones y la fecha de terminación al comienzo.
- (2) fijar la fecha de terminación, pero dejar sin precisar el número de sesiones, de forma que el ritmo pueda variar, por ejemplo, sesiones frecuentes al principio y más espaciadas hacia el final de la terapia.
- (3) dejar claro que la terapia será breve y se trabajará a buen ritmo, pero no fijar nunca el número de sesiones ni la fecha de terminación (MacKenzie, 1988).

J. Mann y R. Goldrnan (1987) indicaron en 1982 que adherirse a un calendario rígidamente ayuda a los pacientes a renunciar a la creencia infantil e irrealista de que la vida es eterna, que las oportunidades son limitadas y de que algo o alguien mágicos resolverá sus problemas.

Desarrollo

S.H. Budman y A.S. Gurman (1988) sugirieron una evolución general con cinco fases:

(1) comienzo del grupo, cuando los miembros tratan de clarificar su posición dentro y fuera, expresan sus inquietudes respecto a la seguridad, comienzan a determinar la forma en que van a trabajar el grupo y prestan atención a los aspectos relacionados con el tiempo. El líder plantea las tareas, discute los límites temporales clarifica los temas focales, ilustra sobre las similitudes entre los miembros y promueve la cohesión.

(2) terapia temprana, cuando los miembros del grupo muestran signos de mejoría o empeoramiento iniciales, el final del grupo todavía se ve en un futuro lejano y los miembros se muestran esperanzados y confían en recibir ayuda, a menudo ofreciendo sus propios consejos a los demás. El líder ayuda a los miembros a detectar como está presente el tema focal en sus vidas y como deben manejarlo, a la vez que continúa favoreciendo la cohesión por medio de animar a escuchar, dar e implicarse empáticamente.

(3) fase intermedia del grupo, en que suele haber un período de frustración y decepción, que frecuentemente incluye el cuestionamiento de la eficacia del terapeuta

según va pasando el tiempo y el grupo se da cuenta de que están a la mitad. El terapeuta debe manejar la crisis de confianza dejando a un lado temporalmente los temas focales.

(4) terapia avanzada, período de intenso trabajo en el grupo, en que los miembros se sienten íntimamente implicados, toman conciencia de que el grupo se disolverá pronto y se sienten motivados por la limitación del tiempo para perseguir sus objetivos pero a la vez luchan contra la tendencia emocional. El líder alienta la exploración de los temas focales en profundidad y utiliza la cohesión del grupo para mejorar el aprendizaje y el apoyo.

(5) terminación, período en que el grupo se caracteriza por emociones intensas cuando los miembros experimentan junto con el final del grupo la reactivación de viejas pérdidas e intentan consolidar lo que han aprendido y lo que pueden llevarse consigo. El líder intenta ayudar a los miembros a conservar su compromiso y cohesión aún cuando el grupo este acabando, se centra en la terminación y evita modificar la fecha límite, a pesar de las presiones para hacerlo.

Selección de pacientes

El grueso de los datos relativos a los criterios de selección se encuentra en forma de informes clínicos o anecdóticos. Las opiniones clínicas y el decir popular muestran poco consenso en cuanto a las indicaciones para la selección; hay mayor consenso en lo relativo a contraindicaciones para la terapia de grupo.

Criterios de exclusión

M. Woods y J. Melnick (1979) han resumido tres grupos de criterios de exclusión:

(1) contraindicaciones interpersonales (por ejemplo, miedo a mostrarse, incompatibilidad individual con la terapia de grupo, somatización frecuente de los conflictos e intensa tendencia a la negación como mecanismo defensivo).

(2) contraindicaciones motivacionales (por ejemplo, centrarse injustificadamente en los hechos extremos asociados a las dificultades de los pacientes, antes que en los factores interpersonales o intrapsíquicos, pacientes remitidos a un grupo como vía de terminar la terapia individual, quizás debido a problemas contratransferenciales, y pacientes con escasa motivación para el cambio);

(3) contraindicaciones diagnósticas tradicionales (por ejemplo, pacientes con psicosis aguda y retirada esquizoide, grave, homicidas o suicidas, consumidores de drogas en forma abusiva, pacientes con síndromes mentales de origen orgánico y sociópatas).

Otro modo de elaborar los criterios de exclusión consiste en fijarse en los pacientes que dejan la terapia prematuramente.

Criterios de inclusión

(1) cierto nivel mínimo deseable de capacidades personales.

(2) un grado razonable de motivación para hacer terapia y cambiar (es decir, la voluntad de explorar, intentar alternativas, tolerar sacrificios y establecer un compromiso económico).

(3) ansiedad y displacer psicológicos actuales.

(4) expectativas de mejorar con la terapia.

A esta lista deben añadirse los siguientes factores: los pacientes definen sus problemas como interpersonales, enfatizan los aspectos interpersonales de los problemas, etc.

Además, las personas más susceptibles de beneficiarse de la terapia breve, ya sea individual o de grupo, tienen ciertas características adicionales:

(1) un motivo de consulta circunscrito.

(2) síntomas de comienzo repentino.

(3) antecedentes premórbidos de buena adaptación.

(4) historial de relaciones significativas con al menos una persona en la vida, un factor indicativo de la capacidad para confiar, la posibilidad de comprometerse en los procesos de dar y recibir de la terapia y la potencialidad para establecer una relación transferencial positiva.

(5) capacidad de relación flexible con el terapeuta y acceso a reacciones emocionales durante la entrevista diagnóstica.

(6) alto grado de motivación.

(7) sofisticación psicológica por encima de la media, inteligencia y capacidad de introspección.

(8) expectativas realistas acerca del proceso de tratamiento y las esperanzas de cambio.

(9) capacidad para trabajar eficazmente con hipótesis interpretativas lo que puede evaluarse observando las respuestas del paciente a los comentarios con que el entrevistador intenta ligar la conducta del paciente con posibles motivaciones internas o establecer paralelos entre relaciones interpersonales mal adaptativas.

(10) muestras de fortaleza adaptativa, como consistencia educativa y laboral, estabilidad social y ausencia de períodos de grave descompensación psicológica (Mackenzie, 1988,1991).

Composición del grupo

El terapeuta debe intentar ampliar al máximo la homogeneidad en función del grado de vulnerabilidad, la capacidad de tolerar la ansiedad y la fortaleza global del yo.

Preparación del paciente

Antes de iniciar un grupo, el terapeuta debe preparar a los pacientes para su incorporación al mismo. Al margen de las técnicas peculiares que se utilicen, los terapeutas deberían intentar (especialmente cuando llevan grupos de pacientes ingresados, que probablemente están confusos, desorganizados y ansiosos) modelar adecuadamente las actitudes de los pacientes hacia sus expectativas sobre el tratamiento, reducirlos miedos y concepciones erróneas acerca de lo que supone la terapia y estimularla motivación.

Contrato

El establecimiento del contrato cumple varias funciones: sirve de punto de referencia de la tarea a desarrollar. Es una vía para detectar y manejar las resistencias y es garantía de la autoridad del terapeuta para trabajar con los pacientes. Además, al comienzo de la terapia, el contrato es un medio para que el terapeuta inicie el trabajo de preparar al paciente para participar eficazmente el grupo.

El contrato tiene dos niveles: el individual y el grupal. El contrato con cada paciente debe incluir:

- (1) un resumen de los principales problemas del paciente.
- (2) un acuerdo sobre los problemas sobre los que se va a incidir y los objetivos del tratamiento.
- (3) una especificación de los detalles del encuadre, incluyendo fechas, duración de las sesiones, lugar, etc.
- (4) una clarificación del papel de los participantes (cuales son las expectativas, concepciones erróneas y temores).
- (5) comentar la naturaleza del proceso de tratamiento y del enfoque de la terapia. Dar una breve explicación de como funciona la terapia y de cuales son las aportaciones mas útiles que pueden hacer los miembros y el terapeuta.
- (6) delimitar las reglas básicas del grupo.

Papel del terapeuta

Irvin Yalom (1985) ha señalado que las tareas básicas del terapeuta son las de mantener el grupo, consumir una cultura grupal y facilitar el proceso de insight.

Como técnico cualificado el terapeuta selecciona y compone el grupo, formula los contratos con cada paciente, establece horarios y lugar de encuentro y define el papel de los participantes. El terapeuta intenta fomentar una atmósfera en que los pacientes puedan hablar con libertad, procura que se reconozcan y resuelvan los factores que amenazan con romper la integridad del grupo. Dentro del encuadre participativo del grupo, el terapeuta hace lo posible por estimular el desarrollo de las necesarias normas grupales, alienta a los pacientes a experimentar con nuevos modos de comportamiento, promueve la aceptación de los demás miembros sin juzgarles y destaca el valor de la honestidad interpersonal.

Otro enfoque relativo al papel del conductor del grupo (Singer, Astrachan, Gould, Klein, 1975) es considerar al grupo como un sistema abierto en el que el terapeuta tiene como principal función la de controlar las fronteras o límites del mismo, tanto internas como externas. El papel del terapeuta aquí consiste en ver como ayudar a un conjunto determinado de pacientes a trabajar de la manera más eficaz para lograr los objetivos fijados.

En los grupos breves el terapeuta debe ser activo, directivo y flexible. Debe mantener un enfoque consecuente tanto con los límites del grupo como con los objetivos del mismo.

Debe ser también el cronometrador del tiempo de sesión sirviéndose de los límites establecidos al respecto para impulsar a los pacientes a comprometerse y aprovechar al máximo el tiempo disponible.

Solamente personas relativamente sanas, cuidadosamente seleccionadas y bien preparadas, son capaces de tolerar la ansiedad asociada a temas nucleares conflictivos que conforman las interpretaciones bien ajustadas en el tiempo.

Pacientes con trastornos graves

En un grupo breve de pacientes con trastornos graves, escasea la capacidad para tolerar la ansiedad y recursos limitados para el trabajo psicológico en grupo (el típico grupo de pacientes ingresados), el terapeuta debe adoptar una orientación de apoyo (Klein, 1979,1985): Un grupo con orientación de apoyo implica restringir los objetivos del tratamiento, centrándose en gran medida en el alivio de los síntomas, sin intentar la elaboración de conflictos neuróticos con la esperanza de lograr cambios estructurales de la personalidad. El terapeuta apoya, refuerza, da ánimos y alienta en la medida de lo necesario.

Pacientes internos

En un grupo breve dentro del contexto hospitalario, el terapeuta continuamente se ve enfrentado a situaciones de discontinuidad.

Para manejar todos esos factores y eludir la desorganización y fragmentación el terapeuta de grupo a menudo debe trabajar en el entramado de una única sesión grupal; la integración más amplia de material a lo largo del tiempo es difícil de percibir y conceptualizar. El profesional debe intentar orientarse hacia los siguientes temas:

- qué trajo a los pacientes al hospital.

- qué les está pasando a los pacientes mientras están hospitalizados y participan en el grupo.
- qué necesitan para manejarse eficazmente una vez que salgan del hospital.

Un grupo de este estilo ayuda a los pacientes a recuperar sus recursos y habilidades sociales básicas en el contexto de un medio sustentador, examinar sus temores y expectativas asociados al hecho de la hospitalización, desarrollar capacidades para la resolución de problemas funcionales, etc.

Principios básicos

El papel del terapeuta en la mayoría de los grupos breves debe incluir los siguientes elementos:

- (1) el terapeuta debe establecer relación rápidamente con cada uno de los pacientes para comprometerle y promover el desarrollo de una alianza terapéutica útil a través de la transferencia positiva;
- (2) la evaluación, selección y preparación de los pacientes deben hacerse con prontitud;
- (3) el terapeuta debe procurar sobre todo constituir un grupo de composición homogénea;
- (4) conviene establecer un contrato preciso y claro, sobre la base de un acuerdo común respecto a objetivos limitados, realistas y posibles en un breve plazo de tiempo y que, siempre que sea posible, implique el enfoque interpersonal de los problemas.
- (5) el terapeuta debe desmitificar la terapia, incidiendo en el hecho de que los pacientes son responsables de su propio trabajo durante el tratamiento y del logro de sus objetivos terapéuticos.
- (6) hay que mantener un abordaje coherente, activo, dirigido a los fines prefijados, con una evaluación y preservación activas de los límites de las tareas del grupo;
- (7) el terapeuta debe estimular la cohesión y la universalización centrándose en los aspectos comunes de todos los pacientes.
- (8) el terapeuta debe salvaguardar las limitaciones estructurales inherentes al grupo y cronometrar el tiempo, estimulando a los pacientes a trabajar dentro de los plazos establecidos;

(9) se debe mantener una perspectiva ajena a lo histórico centrada en el aquí y ahora del grupo, que atienda a los problemas de la vida actual.

(10) el terapeuta debe alentar a los pacientes a encarar y concluir los asuntos, en lugar de eludirlos, negarlos o posponer su solución.

(11) en el trabajo con un grupo breve con orientación de apoyo, el terapeuta se centrará en los fenómenos conscientes y preconscientes, atendiendo sobre todo al funcionamiento yoico, estando alerta para prevenir exposiciones personales prematuras, expresiones emocionales extremas y evitando el examen improductivo de material profundamente arcaico, preedípico o sicótico; aplicará técnicas que refuercen el yo, induzcan el crecimiento del paciente y su capacidad de manejar sus propios asuntos, y fortalezcan las defensas saludables del paciente antes que intentar desmontarlas. Es útil incorporar en el proceso grupal elementos cognitivos y didácticos, se pueden aplicar técnicas de apoyo basadas en mostrar modelos, dar sugerencias, presentar nuevas formas de resolver un problema, asignar tareas domésticas y alentar a los pacientes a practicar nuevos comportamientos tanto dentro como fuera del grupo.

(12) Si se dirige un grupo orientado hacia el insight, el terapeuta hará interpretaciones focales; cuanto más sanos están los pacientes y más cohesivo es el grupo, más facilidad tendrá el terapeuta para adoptar una actitud interpretativa, pero en los grupos breves, la oportunidad para elaborar está muy limitada por el tiempo, aunque cabe esperar que los pacientes continúen el proceso después de las sesiones.

Resultados

De forma que los cambios parecen producirse en los comienzos del proceso psicoterapéutico. En general los resultados registrados en la literatura tienden a apoyar el empleo de los grupos breves, que parecen ofrecer efectos idóneos con mayor eficacia que los grupos a largo plazo.

Las diferencias en los resultados de la terapia breve respecto de la prolongada, pueden ser significativas en función de quien sea el terapeuta, qué tipo de terapia aplique y a quién, cómo se hayan definido los criterios de logros y cuándo, cómo y desde que perspectiva se midan los resultados.

Evaluación

A nivel clínico, los terapeutas deben evaluar la aplicación conjunta de grupos breves con otro tipo de intervenciones terapéuticas, como la terapia individual y la medicación, y valorar la utilidad del grupo breve como modalidad preparatoria para un tratamiento a largo plazo. Además, convendría evaluar la utilidad del coterapeuta versus el terapeuta clínico a la hora de conducir un grupo breve: puesto que los grupos breves son complicados e intensos y obligan al terapeuta a adoptar un papel activo, directivo y focalizado, quizás cuatro ojos vean más que dos.

En lo tocante a la formación, hay que investigar cual sería la mejor forma de preparar a los terapeutas para dirigir grupos breves. Dado que llevar un grupo de ese estilo obliga a cierta maestría para manejar problemas técnicos de índole distinta a los habituales en las terapias prolongadas, sería necesario un entrenamiento especial.

Valoración de la Terapia Breve

Actualmente nos encontramos en un mundo de cambios vertiginosos e incluso dolorosos que han traído como consecuencia entre otras cosas, la falta de unión familiar y la pérdida de valores en algún sentido. Estos problemas aunados a los conflictos conductuales, depresivos y problemas en las relaciones de pareja, conflictos en el trabajo, adicciones, hábitos, fobias, trastornos psicosomáticos, stress, insomnio y un sin fin de trastornos de índole psicológico; demandan soluciones rápidas y adecuadas basadas en terapias breves y efectivas que eviten en la medida de lo posible los tratamientos tradicionales de larga duración.

Ahora, si bien la Terapia breve implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales, esto no significa que la terapia breve sea más fácil que el resto de las terapias. Su principal enfoque involucra cambiar de una forma de pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones. Esta filosofía es la que permite a la terapia breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana.

Algo importante y que sería bueno aclarar es que las terapias breves no sólo son significantes de tratamientos más cortos, sino que eminentemente significa extraer de cada escuela o teoría, sus aportes más valiosos, los que sintetizados como recursos disponibles y adecuadamente seleccionados por el profesional, prestan una mejor y más variada posibilidad para la resolución de problemas o conflictos puntuales.

Consideramos que la terapia breve es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso. Esto convierte al proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de terapia breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente).

Algo peculiar de la terapia breve es el trabajo en equipo. Esto, por supuesto, agiliza el proceso de terapia y recorta el tiempo de tratamiento ya que el paciente cuenta con varios enfoques y puntos de vista respecto a su caso particular.

Pensamos además que la terapia breve produce de forma contundente un cambio a otro tipo de enfoque en el pensamiento, haciéndose este más flexible, para darle otra visión a la historia. Es una terapia evolutiva, con la que el paciente sabe más de sí mismo y de cómo interactuar consigo mismo y con los demás, accediendo a sí mismo de una forma libre.

La terapia breve es flexible, dinámica. Ofrece todo un abanico de posibilidades y recursos existentes dentro de la persona implicada.

En psicoterapia breve, la orientación se dirige a identificar problemas solubles, fijar metas y objetivos, abreviar tiempos con tratamientos cortos, diseñando intervenciones que apunten a alcanzar metas, analizando respuestas y evaluando los resultados activamente.

Desde el diseño de un enfoque particular para cada problema, esta psicoterapia se dirige hacia la modificación de factores emocionales cognitivos y dificultades internas que interfieren en la disposición de las personas para hacer frente con éxito a sus problemas, exigencias y tensiones de la vida activa, así como también a puntuales situaciones de crisis personales, vinculares o como consecuencia de una alteración en la salud física.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que la terapia breve se constituye en sí misma en una herramienta de cambio que considera individuos, parejas, familias y grupos sociales mucho más amplios, para acceder a caminos de solución rápidos y efectivos que permitan encarar el reto continuo de superar los obstáculos que la vida nos presenta día a día.

Material Demostrativo

Dado que el medio laboral involucra un alto porcentaje de interacciones sociales, la terapia breve también se está utilizando con gran éxito en el mundo como técnica de intervención para resolver conflictos humanos en las Empresas. La terapia breve aplicada a las empresas puede ayudar a mejorar las interacciones, a crear nuevos canales de comunicación, a establecer límites formales e informales, jerarquías, nuevas perspectivas de solución. Sabemos que el clima laboral es fundamental para la productividad de una empresa, si existen conflictos internos la fluidez del trabajo se limita y puede en casos extremos estancarse y provocar problemas serios al crecimiento. En este caso la terapia breve pudiera perfectamente aplicarse a los grupos de trabajadores y dirigentes en general.

La Psicoterapia breve, comprende varias modalidades de terapia y escuelas psicoterapéuticas dentro de un esquema que permite seleccionar las estrategias más adecuadas y convenientes para cada persona, las que pueden o no incorporar el empleo formal de algún modelo de hipnosis clínica e hipnoterapia.

Si bien tiene en cuenta el pasado histórico como dato referencial, hace pie en el presente y se orienta hacia el futuro de la persona, que es donde realmente se va a

desempeñar, pues si bien el pasado es de importancia, es ya un tiempo anterior, es un tiempo que fue vivido, por lo tanto es en el presente y hacia el futuro donde podremos aplicar los cambios y vivir de un modo mejor y distinto.

La Psicoterapia breve como alternativa de las terapias de larga duración es una probada metodología psicoterapéutica, que teniendo en cuenta lo que aparece como causante de un problema, evaluando a la persona y su conflicto, teniendo en cuenta el medio donde interactúa, busca en forma flexible, dinámica e interactiva solucionar los problemas y propiciar el cambio de una manera concisa, puntual y en menor tiempo.

Por lo que este tipo de psicoterapia se hace aplicable tanto en lo individual, pareja y familia como otros sistemas de interrelaciones humanas como pueden ser la empresa, grupos de trabajo o sociedades.

Este tipo de terapia puede utilizarse en variadísimos problemas (Y sobre todo en aquellos en donde el paciente cuente con poco tiempo para el proceso psicoterapéutico. Se han utilizado en disímiles situaciones como: miedo, pánico, fobias, etc.

Epígrafe 6. Terapia familiar y terapia familiar múltiple. Samuel Slipp, M.D.

Definición

La terapia familiar es una aproximación psicológica a la comprensión de la conducta humana y los síntomas, así como una modalidad de tratamiento que va mas allá de la concepción del paciente en términos de dinámicas intrapsíquicas aisladas de su entorno. Se atiende a la persona que padece síntomas o que trae la conducta desadaptada en el contexto de su familia, que se considera, ha contribuido a la génesis y mantenimiento del desorden. Por ello, se considera que el paciente es toda la familia, no solo la persona que manifiesta los síntomas claros, a quien se denomina el paciente identificado.

Historia

La primera llamada de atención sobre la influencia de la familia en el funcionamiento psicológico de los niños la realizó Sigmund Freud.

En los 60 y 40 se volvió a incidir en la investigación psicoanalítica de la vinculación de las relaciones interpersonales reales a los problemas psicológicos. Margaret Mahler (1952) inició sus estudios evolutivos sobre la relación madre hijo, explorando las psicosis infantiles autista y simbiótica.

Los psicoanalistas hicieron importantes contribuciones al desarrollo de la terapia familiar. Sin embargo, se considera que Nathan, Ackerman (1954) es el padre de la terapia familiar, dado que fue el primero en consignar el caso de una pareja tratada de forma consistente en terapia conjunta (simultáneamente y en la misma sesión).

Donald Jackson es otro pionero de importancia. Este, aunque tenía una formación analítica, rechazaba los constructos intrapsíquicos y se centraba en las interacciones familiares observables.

También se destacaron Jackson (1957) que formuló el concepto de homeostasis familiar, Paul Watzlawick (Watzlawick, Baevin, Jackson, 1967) y Jay Haley (1963) son algunos de los miembros de este centro que hicieron aportaciones valiosas a la terapia familiar estratégica a corto plazo, incidiendo en los patrones de comunicación, Theodore Lidz, Alice Cornelison, Stephen Fleck y Dorothy Terry (1957).

Teoría

Todas las escuelas de terapia familiar creen que la patología del paciente esta muy influida por la interacción familiar. El ala más radical del movimiento de terapia familiar rechaza completamente el modelo médico y cree que la patología reside en los componentes de la familia en vez de en el paciente. El ala conservadora de la terapia familiar considera que la patología del paciente puede deberse a una predisposición genética y que la familia no es la causante de la patología.

Lo que sí es aceptado por todo el movimiento es la teoría general de sistemas (von Bernfly, 1968) que investiga las relaciones (isomorfismos) entre los diferentes niveles del sistema. Se considera la propia familia como un sistema de interacción que contiene otros subsistemas, sus componentes son interdependientes.

Para ayudar al paciente identificado, el que presenta los síntomas, el terapeuta trabaja con toda la familia como un grupo y modifica el sistema familiar. Dado que el equilibrio homeostático familiar se opone al cambio, los terapeutas sistémicos se mantienen fuera del sistema y desde ahí ejercen presión para vencer la resistencia familiar. Además, señalan que es muy cuestionable el fracaso en el establecimiento de la alianza terapéutica. Muchas investigaciones demuestran que una alianza terapeuta-paciente honrada y fiable, que aporte unas condiciones de seguridad, es uno de los factores de cambio más importantes.

ESCUELAS DE TERAPIA FAMILIAR

Terapia familiar psicoanalítica

Los terapeutas familiares psicoanalíticos intentan mantener una posición neutral evitando el directivismo y la resolución de problemas. No se pone el énfasis en el alivio de los síntomas sino en la vinculación entre la interacción actual de los miembros de la familia con interacciones pretéritas. El terapeuta sintoniza con y traduce los derivados (formas codificadas de comunicación provocadas por fantasías inconscientes), impulsos y transferencias. Por ejemplo, cuando un miembro de la pareja se refiere a una relación con alguien de afuera, el terapeuta puede interpretar la discusión como algo que se relaciona con una persona presente en la consulta: su esposo, hijo o el propio terapeuta. Luego se exploran las conductas y sentimientos actuales para ver si están influidos por otras relaciones significativas del pasado. La interpretación que hace el terapeuta de la transferencia muestra como las relaciones reprimidas de la familia de origen se repiten en la familia actual. El objetivo es hacer consciente el material inconsciente. El insight impide la actuación de antiguos patrones fuera de la conciencia y facilita su reconocimiento, verbalización y elaboración para luego producir un cambio en la persona y en la relación.

Es preciso establecer una alianza terapéutica y un ambiente de seguridad con todos los miembros de la familia.

Los terapeutas de familia dinámicos también deben ser conscientes de sus propias relaciones pasadas, deben estar sintonizados sensiblemente con sus propias

reacciones contratransferenciales y corregirlas a través del autoanálisis o de supervisión.

Terapia familiar Boweniana. Murray Bowen (1978).

Al igual que la corriente psicoanalítica, Bowen subraya la transmisión de patrones familiares pasados al presente, así como la necesidad de reconocerlos y modificarlos. Intenta desenfatar la emoción, para clarificar las necesidades y los pensamientos y diferenciar el self de los distintos miembros de la familia.

Generalmente se recibe en consulta a la familia como un todo; aunque a veces se vea a un miembro por separado. El terapeuta toma una posición pedagógica, un abordaje cognitivo); trabaja con la familia en el desarrollo del genograma (diagrama de árbol familiar), para detectar los patrones repetitivos que se perpetúan a lo largo de las generaciones. La posición fraterna se considera como variable significativa para el desarrollo de la personalidad.

El terapeuta puede dar instrucciones, como no perseguir al que se distancia. Se fomenta la reformulación de los problemas, de forma que las motivaciones individuales puedan verse desde otra perspectiva, generalmente más positiva.

Terapia familiar contextual

Las personas son responsables éticamente, de las decisiones y relaciones establecidas por la familia y son responsables de las consecuencias que se producen a lo largo de las generaciones. Las relaciones del pasado de la familia de origen tienen un papel importante en la interacción marital familiar. Se desarrolla el concepto de lealtad invisible, que es un vínculo muy poderoso en lo relacionado con las conductas de los componentes de la familia.

El terapeuta contextual trata de escuchar empáticamente y ser consciente de las perspectivas de los distintos miembros de la familia. Además el terapeuta favorece el reencuentro a través de fomentar un diálogo negociador para restablecer un equilibrio, confianza y reciprocidad en las relaciones. El terapeuta puede incluir en la terapia a miembros de otras generaciones para resolver temas conflictivos con la familia. Esta

terapia familiar multigeneracional da a todos la oportunidad de reexaminar desequilibrios pasados afrontar las lealtades invisibles curar las relaciones dañadas. La terapia contextual fomenta un derecho más constructivo, una responsabilidad ante las posibles consecuencias y la solidaridad entre las generaciones.

Terapia familiar experiencial

El síntoma del paciente es una defensa o una adaptación a la interacción patológica familiar, hacerlo desaparecer puede implicar que otro miembro de la familia enferme o incluso la ruptura de la cohesión de la familia como grupo. Para aproximarse a este mundo, el terapeuta intenta sintonizar con el inconsciente del paciente. Una de las técnicas consiste en prescribir el síntoma al paciente, procedimiento que luego ha utilizado la terapia a través de las prescripciones paradójicas. Sin embargo, aquí no se subraya la técnica o el uso del poder del terapeuta para modificar los síntomas. Por el contrario, el terapeuta intenta transmitir a la familia una comprensión empática de que los síntomas tienen un significado para el paciente.

Además el terapeuta puede hablar metafóricamente o manifestar su propia locura verbalizando o actuando sus fantasías y asociaciones libres. Cuando el terapeuta comparte estos aspectos propios, los pacientes se sienten más libres para revelar su propia idiosincrasia, para vincularse con los terapeutas y dejarse llevar hacia una comunicación verbal.

Para facilitar el proceso del tratamiento, a menudo se utiliza un equipo de coterapeutas. Los terapeutas establecen una alianza terapéutica con la familia y el paciente que anima a la espontaneidad y a lo lúdico, a la vez que disminuye la restricción de lo emocional.

Terapia familiar estructural

La estructura de la familia, incluyendo los subsistemas y sus límites, se diagnóstica en términos de estructuras de comunicación y poder jerárquico.

Se observan los subgrupos (esposos, padres y hermanos) a la búsqueda de fallas generacionales, alianzas, conflictos y escisiones; se exploran los límites observando su

firmeza y flexibilidad, rigidez o difuminado, implicación o desimplicación. A partir de ese mapa estructural se establecen los objetivos del tratamiento.

El terapeuta utiliza intervenciones físicas activas en vez de comunicación verbal. Los objetivos consisten en reestructurar la familia en el aquí y el ahora, para establecer límites adecuados entre los subsistemas reforzar la autoridad parental y facilitar la comunicación y la resolución de problemas. A pesar de que el terapeuta utiliza una posición de poder para intervenir activamente, igual que en la terapia familiar estratégica, el terapeuta intenta unirse a la familia para experimentar como siente, piensa y se comunica. El objetivo no es exclusivamente la desaparición del síntoma del paciente identificado, sino mejorar el funcionamiento global de la propia familia. Este encaje del terapeuta con la familia puede efectuarse a través de la incorporación (animando a que un miembro de la familia hable y confirmando lo que dice al escucharlo) y por mímesis imitando el estilo de la familia, su modo de comunicación de afectos o movimientos físicos). Después de que se ha establecido la alianza terapéutica, el terapeuta intenta desequilibrar el sistema. El terapeuta puede unirse a un subsistema o apoyar al esposo más débil para facilitar la resolución de problemas. Puede cambiar a los miembros de asiento para modificar la composición del subsistema o reforzar el poder jerárquico en favor de los padres. Se puede pedir a algún miembro que se ausente o que observe a través de un espejo unidireccional., etc.

Terapia familiar estratégica

Los terapeutas estratégicos permanecen fuera del sistema familiar y utilizan la fuerza de su posición para modificar el funcionamiento familiar. Se indica a la familia una prescripción paradójica y se observa como un doble vínculo terapéutico que no amenace la homeostasis familiar.

La prescripción también proyecta los síntomas del paciente que previamente se han tomado como malos o locos, bajo una nueva perspectiva más positiva. Por ejemplo, una familia viene con la queja del mal comportamiento de su hijo y pide al terapeuta que corrija el problema. En vez de hacerlo, se le hace una prescripción a la familia que reformula la conducta del niño como útil y que exige que esta se mantenga. El

terapeuta puede afirmar que el niño se está autosacrificando y que es exquisitamente sensible frente a sus padres.

A través de un trabajo conjunto del problema del hijo, por parte de los padres, crean un vínculo que ayuda a mantener su matrimonio. Si no fuera por la conducta del hijo, el matrimonio podría encontrarse en una situación peor. La perspectiva del terapeuta hace que el hijo pase de chivo expiatorio a salvador, trasladándose el foco de interés del paciente identificado a la relación de pareja. Este abordaje es especialmente útil para familias opositoras que tienden a ser autoritarias y tienden a negar sus conflictos y proyectar la cólera en un hijo, que hace de chivo expiatorio y que serían incapaces de tolerar una terapia introspectiva y verbal de larga duración.

Modelos eclécticos de terapia familiar

El modelo McMaster de terapia familiar, desarrollado en Canadá por Nathan Epstein, Duane Bishop y Sol Levin (1978), utiliza el abordaje sistémico para definir la estructura, organización y modelos transaccionales de la familia. Sus objetivos de estudio y actuación son la comunicación, las respuestas afectivas, implicación, control conductual y la resolución de problemas. Se sugieren transacciones alternativas para la solución de conflictos y, en caso de utilizarse, se evalúan y refuerzan.

Frederick Duhl y Bunny Duhl (1979) han desarrollado una forma integradora de terapia familiar que incluye la espontaneidad estructurada. Igual que en el enfoque experiencial de Whitaker, los terapeutas se utilizan a sí mismos para desarrollar sus teorías, aprovechando sus habilidades, experiencias, etc.; en vez de apoyarse en teorías preexistentes. Utilizan la metáfora, terapia de juego, sesiones en los domicilios de los pacientes y escultura familiar.

Florence Kaslow (1987) describió una terapia dialéctica familiar que intenta integrar abordajes terapéuticos opuestos. Se apoya en la dinámica psicoanalítica para comprender al paciente individual y se apoya en el ciclo vital evolutivo de la familia para la comprensión de los aspectos familiares. Utiliza la escultura familiar, prescripción de síntomas o paradojas, asignación de tareas y terapia artística.

La terapia familiar constructivista, por otro lado, considera que nunca se puede conocer la verdad de la realidad externa, sino a través de un observador que la

describe a través del lenguaje y se la representa internamente. La estructura interna del observador construye simbólicamente la percepción de la realidad y la reacción frente a ella.

El abordaje constructivista es el polo opuesto de la escuela estratégica. En algunos aspectos es similar a la terapia familiar psicoanalítica, en la cual se establece una alianza terapéutica cooperadora; terapeuta y familia trabajan conjuntamente para comprender los hechos desde una perspectiva distinta. Sin embargo el peligro consiste en que la terapia constructivista puede ser arrastrada por la distorsión defensiva de uno de los miembros y convertirse en una folie ir deux, desgarrarse entre realidades diferentes o diluirse en el sistema familiar. Los terapeutas deben entrar empáticamente en el mundo familiar y a la vez permanecer objetivos, siendo conscientes de sus propias reacciones emocionales.

Terapia familiar de la relaciones objetales

El abordaje de las relaciones de objeto interviene en el sistema aquí y ahora de la interacción familiar, afronta los vínculos de feedback que mantienen o incrementan los conflictos, utiliza la reformulación y trabaja con las dinámicas intrapsíquica e interpersonal derivadas del pasado.

Este abordaje, desarrollado por el autor (Slipp, 1969,1984) utiliza la teoría general de sistemas para integrar la familia como un sistema, las relaciones interpersonales y la dinámica intrapsíquica. El abordaje de las relaciones de objeto aprovecha las técnicas de la terapia familiar psicoanalítica, pero subraya el modo en que las relaciones objetales internalizadas de los miembros de la familia se reparten a través de la identificación proyectiva para formar un sistema inconsciente oclusivo. A través de la identificación proyectiva, uno o varios miembros de la familia reciben presiones inconscientes para actuar aspectos escindidos (todo bueno o todo malo) del self internalizado o de la representación objetal de uno u ambos padres. Se desarrolla un modelo simbiótico (Slipp, 1973) para mantener la autoestima o la personalidad de los padres y preservar así la cohesión familiar a expensas de la autonomía individual.

Otra innovación en el campo de la terapia familiar consiste en dirigir la atención a las reacciones personales que el terapeuta tiene frente a la familia. La respuesta puede

deberse a conflictos personales no resueltos del terapeuta (contratransferencia subjetiva, tal y como la describió Freud en 1910). O bien puede estar inducida por la propia familia, a través de la identificación proyectiva, tal como la describió Winnicott (1949). El terapeuta trata de entrar empáticamente en el mundo subjetivo de la familia, aunque la familia también puede entrar en el terapeuta. La familia puede intentar, por medio de la identificación proyectiva, inducir al terapeuta a que se alíe con su sistema inconsciente de relaciones objetales. Por ello el terapeuta debe controlar aquellas reacciones propias que parezcan inapropiadas o que amenacen el encuadre del tratamiento.

La interpretación debe reformularse para lograr una motivación positiva hacia el cambio y para disminuir las defensas. La respuesta de la familia a la interpretación sirve como prueba de validación de forma que luego se sigue de un diálogo.

En la fase inicial del tratamiento, los terapeutas han de desarrollar una alianza terapéutica en un marco sustentador seguro. Se aborda el nivel sistémico de la interacción familiar, pero no de forma manipulativa o controladora. Los terapeutas se comunican abiertamente y clarifican su visión de los ciclos circulares de feedback que potencian los conflictos familiares. El terapeuta muestra como la conducta de cada uno sirve de estímulo o vínculo para la conducta del otro. La pareja trabaja conjuntamente para cambiar y cada uno asume una parte de la responsabilidad de la interacción.

La fase media del tratamiento se desarrolla en el nivel interpersonal. Se interpreta la identificación proyectiva reformulando su motivación de manera positiva y conectándola con el conflicto infantil.

La última fase aborda el nivel intrapsíquico. Los miembros retoman sus identificaciones proyectivas, elaboran sus conflictos pasados y fallas evolutivas. En la terminación hacen el duelo por sus traumas antiguos y aceptan las limitaciones propias y ajenas.

Terapia familiar múltiple

Peter Laqueur (1980) inició la terapia grupal múltiple en 1951.

La práctica de esta modalidad de tratamiento condujo a posteriores perfeccionamientos y al desarrollo de técnicas terapéuticas. Laqueur considera curativo que:

(1) los participantes aprendan por analogía, viendo como otros se enfrentan al conflicto.

- (2) que los miembros copien el modelo de una familia relativamente sana.
- (3) que el terapeuta trabaje con sus interpretaciones de forma amable e indirecta.
- (4) que se verbalice el control de la interacción no verbal (quinésica).
- (5) que se vincule la conducta con los patrones de respuesta.
- (6) que los pacientes intenten conductas nuevas que el grupo pueda apoyar.

Laqueur clasificaba a cada familia de acuerdo a ciertos criterios. Las familias severamente patológicas no pueden hablar entre sí, porque no comparten el foco de atención. Tanto las madres como los padres controlan, de forma que la comunicación se realiza a través de ellos en vez de directamente entre los miembros de la familia. En otras familias se forman subgrupos en torno al sexo. Otras familias sufren una falla generacional. Se culpa a uno o dos miembros de la familia de las dificultades y se les expulsa enviándolos a un hospital. A menudo se produce una simbiosis patológica entre uno de los esposos y su familia de origen.

Los terapeutas comienzan la terapia familiar múltiple pidiendo a cada familia que presente a sus miembros y que cuente por que están allí. Se pide al padre que transmita como se ve como padre o esposo y que describa su relación con la familia. Luego la madre hace lo mismo. Se pide a los pacientes que digan si creen que los están culpando y que conductas suyas provocan quejas. Luego se pide al hijo bueno que describa los roles familiares de los padres, del paciente y los suyos.

El ejercicio aporta información a los terapeutas y ayuda a que las familias se conozcan entre sí.

Hay otros ejercicios no verbales. Por ejemplo, dos personas de la misma familia ponen sus manos sobre los hombros del otro, a uno se le pide que diga "sí" y al otro "no". Luego se les manda empujarse. El ejercicio supone una información que se puede comentar sobre la confrontación, el contacto y la expresión de cólera.

En otro ejercicio dos personas se ponen espalda contra espalda y tienen que encontrar la manera de cambiar de posición sin hablar.

Otro ejercicio consiste en que dos personas se ponen de frente a tres pasos de distancia y se les manda juntar las manos. Las respuestas varían y el terapeuta puede pedir que se comenten las reacciones emocionales. Laqueur también utilizaba la

escultura familiar para que expresaran, a través de una pantomima, como era la familia en el presente y como querrían ser en el futuro.

Laqueur recomendaba que la terapia múltiple fuera realizada por dos terapeutas, preferiblemente hombre y mujer, de forma que funcionaran como modelo familiar de interacción. Al terminar la sesión se reunían los terapeutas y los observadores para repasar las filmaciones y revisar lo que había ocurrido en la sesión. Los grupos no tenían un final prefijado, de forma que se podían incorporar familias a medida que otras terminaban. Así mismo consideraba que para este tipo de terapia familiar múltiple era adecuado contar con una composición heterogénea, en vez de homogénea.

En la fase inicial del tratamiento, las familias sienten alivio por hacer algo, y se muestran esperanzadas con la mejoría de otras familias. En la fase media, las familias se resisten al cambio de actitudes y conductas, en vez de simplemente culpar a otros. En la fase final, las familias se hacen más conscientes de la necesidad de un cambio simultáneo en todos los miembros. Se vuelven más útiles entre sí y con las otras familias; logran un nivel mayor de funcionamiento, en comparación con el pasado y tienen una percepción mejor de los demás, debido a las técnicas educativas y terapéuticas en la terapia.

La terapia familiar múltiple facilita más la interacción verbal, se discuten y resuelven los problemas de la vida real familiar. A menudo la terapia familiar múltiple devuelve una imagen especular y las sesiones tienen un tono menos depresivo. La presencia de otras familias suaviza la transferencia hacia el terapeuta, como figura amenazante y todopoderosa; por otra parte este cumple el rol de un observador amable o un mediador.

La terapia familiar múltiple se ha aplicado a diferentes ámbitos para el tratamiento de diferentes problemas conductuales y psiquiátricos. Aporta una red de apoyo social así como la oportunidad de compartir y ventilar sentimientos y lograr un insight de las interacciones familiares. Cuando la familia se hace consciente y acepta la perturbación psiquiátrica, la tensión del paciente disminuye y mejora su prognosis. La terapia familiar múltiple ofrece simultáneamente las ventajas de la terapia familiar y la grupal y es particularmente útil con familias defensivas y poco sofisticadas y que pueden aprender en un ambiente de apoyo del terapeuta y de otras familias.

Valoración de la Terapia Familiar

En una psicoterapia del grupo familiar se presenta la hermosa posibilidad de que no solo el psicoterapeuta tome las medidas necesarias para subsanar la falla de las personas (familiares en este caso), sino que también, después de reconocer la falla, tales medidas sean tomadas también por las personas que fallaron, y que al tomar conciencia de dicha falla, pueden contribuir a reparar lo dañado en el paciente con su presencia y su cooperación.

La psicoterapia del grupo familiar tiene por objeto suministrar el espacio y las herramientas para que los miembros de una familia tomen conciencia de sus fallas con los demás miembros del grupo, y se den a sí mismos la oportunidad de repararlas mediante el reconocimiento, la comprensión, el diálogo y el afecto, elementos que, a medida que avanza el proceso, van suplantando progresivamente a las actitudes de "a mí qué me importa lo que le pasa a él (ó ella)", y las de acusar al miembro afectado de ser el único causante de todo el problema.

Es más fácil depositar el problema en este miembro de la familia que asumirlo proporcionalmente cada uno de los demás miembros. El reconocimiento, la comprensión, el diálogo y el afecto en una situación de psicoterapia de familia son los elementos mediante los cuales va a producirse la reparación de las fallas.

Una familia en psicoterapia descubre también que en realidad hay un problema grupal que les afecta a todos.

Si el problema no se solucionara, ello equivaldría a que muchos, quizá todos los miembros de la familia se perturbarían y el caos y la destrucción prevalecerían en el grupo, si no se da una verdadera y profunda resolución del conflicto.

La terapia de familia tiene como algo muy positivo que apoya y analiza todos aquellos procesos de interacción que afectan al grupo familiar completo en beneficio de su relación interna, o bien una relación del grupo familiar con otros grupos: académico,

social o laboral, incluso del grupo familiar para beneficio de uno solo de sus miembros. La psicoterapia familiar comprende a la familia como un sistema en interacción con otros sistemas en doble vía y nos lleva a que toda situación crítica a la que se enfrenta uno de los miembros implicará una respuesta interna, externa o combinada de todo el sistema que lo conforma.

La familia es un grupo que funciona como un sistema de equilibrio inestable o dinámico, estructurado particularmente alrededor de la diferencia de sexos y edades, y alrededor de algunos roles fijos, sometido a un interjuego interno y a un interjuego con el extragrupo.

Hay que tener en cuenta siempre que el grupo familiar se inclina a funcionar como sistema cerrado, y tiende fundamentalmente a preservar la estabilidad del mismo. Por esto, muchas familias que no son armónicas ni equilibradas conservan, no obstante, su estabilidad, y si son examinadas en el proceso de complementación de roles se encontrará, la armonía y el equilibrio necesario para su estabilidad. La complementación de roles se hace en forma automática y por el proceso de comunicación se cumple un interjuego de proyección-introyección y de identificaciones recíprocas.

La estabilidad o el equilibrio dinámico el grupo familiar, pierde en grado de sustentación ante muy distintos sucesos, y entonces el feedback de la complementariedad de roles decae y aparecen síntomas de desajuste del grupo, como depresión, tensión, ansiedad, etc.

Cuando dichas tensiones son derivadas a través de uno de sus integrantes emerge el conflicto en forma personal o individualizada, y posteriormente la enfermedad. A veces se ve un balanceo o una rotación, en la que sucesivamente van enfermando los miembros del grupo a medida que otros se curan. Sostenemos que la conducta del individuo puede ser mucho mejor comprendida en el contexto del grupo familiar.

En definitiva, la terapia familiar es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia familiar basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros del

grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias del individuo logrando su bienestar.

En la actualidad, la terapia familiar adquiere una vital importancia ya que es más frecuente en la contemporaneidad encontrarse con familias disfuncionales, que han sufrido del divorcio, así como familias donde solo hay un progenitor a cargo, etc.

Un aspecto muy importante además, y que consideramos, no debe pasar por alto, es la importancia que se le concede a la ética que debe tener el psicólogo en este tipo de terapia.

El hecho de que la terapia sea familiar implica que varios miembros de la familia se encuentran implicados, y el psicólogo puede conocer determinada información de algún miembro del grupo (obtenida fuera del marco de la terapia). Por tanto, el cuidado debe ser extremo a la hora de trabajar con la información recepcionada pues puede suceder que un miembro (o varios) no quieran que el resto de la familia se entere de algún suceso o criterio. Ejemplos comunes son: un hijo adoptado, una infidelidad, etc.

La Terapia familiar actual tendrá como reto además, trabajar con los diferentes miembros de la familia implicados en el problema en cuestión que se presente, sin dejar de considerar, para esto, que el sujeto núcleo de la situación problémica ocupe el espacio mayor tanto en la reflexión teórica como en la intervención terapéutica.

Material Demostrativo

Después de conocer las características de la Terapia Familiar y de haber expuesto nuestras valoraciones, consideramos que esta terapia podría resultar de gran utilidad para tratamiento de personas con trastornos sicóticos. Partiendo de que en el tratamiento de ciertos problemas psicológicos la ayuda de la familia es totalmente imprescindible pudiera resultar de mucha utilidad en trastornos de alimentación, las diferentes adicciones, diversas enfermedades físicas y mentales, el maltrato a la pareja, los abusos sexuales o los trastornos de personalidad, denominador común bajo el que se engloban toda una serie de alteraciones de la conducta, de impulsividad, trasgresión a las normas impuestas por la familia o en la escuela; así como en jóvenes

muy difíciles de manejar, con baja tolerancia a la frustración y que no aceptan bien los límites impuestos socialmente.

La forma de controlar el propio trabajo por parte del terapeuta familiar y asegurar al mismo tiempo la mayor calidad de asistencia puede implicar la utilización de varios métodos: un espejo unidireccional que permite a un equipo observar el trabajo que hace el terapeuta; vídeo grabaciones; cuestionarios sobre cómo ha sido la entrevista para los afectados; técnicas adicionales psicométricas como cuestionarios de ansiedad, depresión, etc.

Epígrafe 7. Psicodrama. James M. Sacks, Ph.D.

Introducción

Jacob Levy Moreno (1289-1974) un psiquiatra innovador, fue quien desarrolló el psicodrama. Este formato añade vitalidad y eficacia a las sesiones de terapia que se han vuelto irregulares o presentan escasa implicación emocional.

Se puede aplicar el psicodrama a una amplia gama de pacientes, paradójicamente; el psicodrama resulta ser menos eficaz con pacientes histriónicos que explotan la técnica para la gratificación exhibicionista así a como los actores.

Definiciones

Se puede considerar psicodrama cualquier terapia en la que los pacientes representan temas relacionados con sus problemas en forma de drama improvisado, generalmente con la ayuda de otros que representan el papel de otras personas significativas. Aunque generalmente se toma como una forma de terapia, J. L. Moreno describió el psicodrama como una forma de terapia individual y el monograma como una terapia que el paciente puede practicar cuando esté solo. Moreno describió incluso el psicodrama en el cual el paciente y su familia aprenden, por ejemplo, a invertir los roles cuando surge un conflicto.

Moreno utilizó a menudo el lenguaje del teatro para lograr una terminología psicodramática expresiva. Al terapeuta se le llama director; el grupo, en tanto que observa las actuaciones, es denominado audiencia y el miembro en cuya vida se está centrando en la actuación se denomina protagonista. A otras personas que asumen un rol en los dramas se les llama yo auxiliares o simplemente auxiliares. Algunas veces los auxiliares son terapeutas entrenados para este propósito, aunque otras veces son miembros del grupo elegidos por el protagonista para hacer el papel de otra persona significativa.

Moreno utilizó el término tele para referirse a la totalidad de las distintas comunicaciones conscientes, inconscientes, cognitivas y emocionales, que se generan en cualquier encuentro o contacto genuinamente humano en las relaciones con los demás. Distinguió la interacción tele, cuando ocurre en terapia, del interjuego transferencia-contratransferencia, subrayando en la reciprocidad característica de la interacción tele, sea entre paciente y terapeuta o paciente a paciente dentro del grupo.

Historia

La historia del psicodrama va unida a la vida de su fundador. J. L. Moreno. Sus ideas giraban en torno a lo que él llamó su idea fija: espontaneidad-creatividad. Moreno se sentía atraído por la modalidad de improvisación teatral, como un medio de liberar la espontaneidad del actor, aunque pronto se dio cuenta de que no solo mejoraban en su trabajo como actores, sino también en sus vidas privadas.

El psicodrama ha ido creciendo en popularidad entre los trabajadores de salud mental en varios países, especialmente en Brasil, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia y Suecia. Algunos escritos se adhieren a la base teórica de Moreno; otros adaptan el psicodrama a diferentes orientaciones teóricas.

Teoría

Para Moreno la espontaneidad no era solo el rasgo clave de la creatividad, sino que también resumía su concepto de salud mental.

Concebía la espontaneidad como una combinación inextricable entre novedad y adecuación. La novedad es lo que diferencia la conducta espontánea de la imitación y su rigidez propia. La adecuación es lo que diferencia la espontaneidad de la impulsividad; en el contexto de Moreno una conducta original pero ineficaz no es espontánea, ya que fracasa en la prueba de la adecuación.

Temporalidad

Moreno introdujo en la terapia el término y el concepto de *hic et nunc*, el aquí y ahora. Estaba fascinado por el tiempo psicológico y creía que el cambio de la personalidad solo se podía realizar en las relaciones presentes inmediatas. Se hacía un intento de reexperimentar los hechos como si estuvieran ocurriendo de nuevo, en vez de simplemente describirlos en un tiempo pretérito.

Los pacientes dejaban de hablar de las personas significativas y empezaban a hablarles a ellos. Esto no implica que Moreno menospreciara las relaciones aquí y ahora entre los miembros del grupo y con el terapeuta. El pasado, sin embargo, ocupa un lugar específico, a diferencia de aquellas terapias que se centran solo en las relaciones corporales en la sala de terapia. Todos viven con fantasmas y objetos internos.

En el psicodrama se representan muchas escenas futuras también (escenas de esperanzas y de temores, de previsiones buenas y malas) para llevarlas todas al presente, donde se pueden experimentar como algo vivo y se hacen accesibles a la comprensión y el razonamiento.

Acción y simbolización

Moreno subrayó el matiz de acción de su método, de la misma forma que el analista subraya la necesidad de pasividad física del paciente. Ambas terapias intentan establecer el conjunto de condiciones que permiten la emergencia del material inconsciente. Desde una perspectiva analítica, aplazar la gratificación que supone la

acción, traduce los impulsos a una forma mental. En el psicodrama, a menudo, las experiencias más profundas ocurren en escenas tranquilas y pasivas, pero en otras ocasiones, la acción física, al reproducir los elementos motores, desencadena la emergencia del conjunto de la Gestalt.

Enriquecer el sistema simbólico y la capacidad general de simbolización son dos objetivos principales de la terapia.

Lo concreto versus lo abstracto

Los pacientes a menudo se resisten a abordar un tema permaneciendo en un nivel de abstracción diferente del locus de su angustia. Lo que frecuentemente nos encontramos es el salto hacia la generalidad. Algunos pacientes solo pueden describir sus problemas en términos globales. Algunos hablan en un lenguaje poético de las profundidades de su desesperación, otros lo hacen utilizando los tópicos de la psicología popular. Otros se refieren exclusivamente a los patrones de conducta. El psicodrama ayuda a superar este tipo de resistencias.

Otros pacientes utilizan la resistencia opuesta, agarrarse a lo circunstancial, inundan el terreno con detalles, evitando sacar ninguna conclusión o señalando el significado solo de forma implícita, aquí es donde el doble puede ayudar a extraer los significados.

Rol playing

El matiz central del psicodrama es que establece un mundo artificial entre la realidad y la fantasía. De la misma manera los que representan un papel en psicodrama deben creer siempre, en un nivel, que los hechos dramáticos están ocurriendo, de forma que las emociones, aunque sea de forma atenuada, surgen como si fueran verdad.

También debe considerarse que los hechos que se escenifican son irreales y que pueden pararlos en cualquier momento. El escenario del psicodrama se convierte en el campo para desarrollar símbolos comunicables. El psicodrama, al mediar entre la palabra y los hechos, se utiliza para ayudar a los pacientes a reponer los eslabones que conectan sus vidas mentales con la de los demás y los que conectan los diferentes niveles mentales.

El psicodrama debe ser muy cuidadoso al establecer los límites entre el drama y la realidad por una parte y la fantasía por otra, especialmente con los pacientes cuyos límites no son muy seguros.

La condición necesaria para un buen drama o psicodrama consiste en mantener la conciencia de que los hechos del escenario son, a la vez, reales e irreales.

Aspectos Clínicos

Entorno Físico

En el centro un escenario principal que consistía en tres círculos concéntricos escalonados hasta el nivel superior, en que se desarrollaba la obra. Diseminadas entre los asientos había unas plataformas, a las que los miembros de la audiencia podían subir para expresarse desde el grupo. En posteriores versiones, se situó el escenario de tres niveles a un lado de la sala grupal.

La iluminación y el color de la escena también pueden variar según la intención de lo que se persiga.

Tamaño y composición del grupo

Deben ser 10 participantes aproximadamente. Algunos terapeutas prefieren que haya una cierta homogeneidad entre el grupo en edad, inteligencia e incluso en creatividad. Si los pacientes son muy dispares, los dramas que se representan carecen de la suficiente universalidad para que el grupo se identifique con los actores. Sin embargo, las pequeñas diferencias ayudan a ampliar el repertorio de papeles de los actores.

Duración de las sesiones

Debe encontrarse en una media de dos horas.

Fases de la sesión

Existen tres fases

1- Calentamiento

Su objetivo es funcionar como arranque en una progresión hacia la máxima espontaneidad. Para empezar un calentamiento, Moreno recomendaba que el director hiciera él mismo un calentamiento para el rol requerido y que luego se lo transmitiera al protagonista.

Durante la primera fase de la sesión se utilizan diferentes técnicas de calentamiento. En la mayoría de ellas se propone un ejercicio grupal sobre un aspecto colateral de un tema emocionalmente significativo. Esto ayuda a minimizar la ansiedad. Luego se añaden elementos adicionales a un ritmo que incluso los miembros más inhibidos del grupo encuentren tolerable.

Los miembros del grupo van aceptando gradualmente un material cada vez más cargado de ansiedad.

Cuando la realidad, en el primer momento del calentamiento, ha despejado el miedo, el margen de riesgo de los miembros se puede ampliar a un segundo paso. El calentamiento produce su efecto progresivo (también debe utilizarse cuando hay miembros nuevos en el grupo)

Durante el calentamiento paradójicamente el director actúa como fuerza inhibidora, restringiendo el campo de expresión, en vez de expandirlo. Se les pide a los miembros que hablen por turnos y que limiten sus comentarios a una o dos frases sobre un tema prefijado.

El principio fundamental de cualquier formato de rondas de turnos es la posibilidad de pasar.

Se recuerda frecuentemente a los miembros que cuando les llega el turno pueden pasar y el turno correrá al siguiente miembro. Cuando alguien utiliza esa opción no se le preguntan los motivos. Las personas se hacen accesibles cuando se sienten seguras en sus iniciativas temidas.

También es importante no romper los silencios. Cuando el terapeuta tiene algo que decir puede ser mejor que espere a que el grupo se ponga a hablar, aunque sea de otro tema y luego vuelva al tema que se ha interrumpido.

Transición del calentamiento al drama

Todo grupo tiene una determinada tolerancia para abordar las necesidades de los miembros minoritarios y el director debe ser sensible a la vez que debe respetar esos límites.

Un punto de partida para el drama podría ser la repetición de algún suceso perturbador de la vida de un miembro que lleva un problema al grupo. También un suceso actual intragrupo que parezca interesante explorar. En este caso, el director puede pedir que dos miembros elijan a sus dobles o puede pedir que se inviertan los papeles, y el drama empieza. En el primer caso de un paciente que se centra sobre un problema exterior al grupo, el director debe ayudarlo a ponerlo en escena.

Se pide al protagonista que de información suficiente sobre el lugar, tiempo y entorno físico, para dotar a la escena de mayor claridad. Es importante localizar las entradas y salidas, pero es mejor acabar con los detalles rápidamente para que no se disipe el momento del calentamiento.

Se evitan los apoyos, y generalmente hay menos sillas que papeles, para que no se pierda la dimensión de acción.

Generalmente el privilegio de elegir los actores recae en el protagonista. Una vez elegidos los actores de la primera escena puede ser necesario que hagan un calentamiento. El director entrevista a uno o varios para ayudarles a definir sus identidades, caracteres y objetivos.

Para empezar la escena, el director hace una señal con la mano o ilumina la escena.

Drama

El director sigue las dinámicas del protagonista a lo largo de toda la acción y le ayuda con las herramientas de un entrenador, pidiendo cambios en la escena y con el uso de las técnicas que se describen más adelante. El director encaja los detalles de la situación dramática para favorecer el insight y la autocomprensión, aporta hipótesis psicodinámicas y las pone a prueba al tiempo que permanece consciente del grupo como un todo y sus dinámicas, aunque el protagonista siga siendo el centro del drama.

Generalmente se lleva a escena un problema interpersonal en el que se da a los pensamientos, sentimientos y conductas latentes mayor libertad de lo que la realidad permitiría.

Cierre

El final del drama se produce después del clímax. A veces ese momento es obvio y ocurre en el momento previsto. Cuando una escena llega rápidamente a su clímax, la fase final puede comenzar antes y alargarse provechosamente. La sesión puede desembocar en un material que se desaconseja desarrollar con un protagonista frágil, el director debe, entonces, buscar una forma de concluir el drama.

El director puede explicar con pocas palabras el motivo de no seguir en esa dirección y asegurar a los participantes que se profundizará en otra sesión posterior. Otras veces se debe finalizar el drama por falta de tiempo, aunque no se haya llegado al momento de clímax. El director puede terminar el drama revisando las escenas cronológicamente, permitiendo al grupo y al protagonista encontrar un significado aún faltando ese clímax teatral.

La transición del drama a la fase final no debe ser brusca. Las técnicas fundamentales de esta fase son la puesta en común y el de-roleing.

Con la técnica del de-roleing los personajes describen sus sentimientos cuando estaban representando el drama. Con la puesta en común se les pide a los miembros que transmitan al protagonista los recuerdos que les ha evocado el drama.

La técnica de la carta, descrita por Moreno (1974) también suele ser de utilidad en esta fase. El miembro que comparte escribe una carta en voz alta al protagonista. Después de que el escritor ha firmado la carta, el doble o el terapeuta añade un post scriptum, una forma de doblaje, y el protagonista corrige al doble un post scriptum.

Cuando los miembros del grupo solo encuentran similitudes con los protagonistas, el terapeuta puede preguntar por las diferencias, o incluso que forma de afrontar los problemas del protagonista les gustaría emular.

El terapeuta puede pedirles que recuerden con exactitud el momento en que sintieron que el drama estaba relacionado con sus vidas. En el formato clásico la fase de cierre

va precedida de un drama completo, pero esto a veces implica un plazo demasiado largo de tiempo sin que la audiencia pueda participar.

Después de que hayan hablado todos los que lo deseen, el protagonista tiene la oportunidad de decir la última palabra, finalizando luego la sesión.

Técnicas Dramáticas

La técnica de la autopresentación se refiere simplemente al retrato que los protagonistas hacen de algún aspecto de sus vidas, generalmente una repetición de hechos emocionalmente significativos de su pasado. Estas escenas generalmente comienzan apegadas a la realidad, pero pronto desembocan en variaciones tipo: podría haber sido, podría ser y debería ser, que Moreno categorizó bajo la rúbrica de surplus reality (excedente de realidad).

En los soliloquios y los breves apartes, el protagonista habla en voz alta de sus pensamientos con el acuerdo tácito de que los otros protagonistas no pueden oírle.

La técnica del espejo permite a un protagonista reticente retirarse de la participación activa y observar el drama pasivamente. Esta técnica sirve solo como calentamiento, ya que el protagonista generalmente se siente mal representado por los actores que hacen su papel y se pone a dirigirlos o intenta sustituirlos. La técnica del espejo es útil para mostrar una serie de alternativas diferentes de reaccionar ante la posición del protagonista. El grupo puede hacer una ronda de como podría reaccionar cada uno frente al mismo problema. La finalidad de estas demostraciones es más compartir el insight de los demás miembros que hacer un entrenamiento conductual.

La técnica de la proyección futura difiere de la habitual autopresentación dado que se realiza previamente, en el tiempo, a la exploración de un deseo, temor o expectativa. Puede pedirse a los protagonistas que se coloquen dentro de 5 o 10 años y que supongan que, durante ese tiempo, todo ha ido bien. Los miembros del grupo observan la superficialidad de los deseos del protagonista o la falta de estructuración de sus deseos.

Inversión de roles

Aquí el protagonista y otro actor no solo asumen los papeles del otro, sino que cambian de posición física en el escenario. La orden de invertir los roles es quizás la intervención más frecuente que se realiza en el desarrollo del drama. Tiene diversas utilidades. Permite al protagonista reflejar los otros personajes del drama, ayuda a superar una percepción parcial de sí mismo o de los demás por parte del protagonista, observando a ambos desde un punto de vista diferente. No se les dice nada a los protagonistas que ellos no supieran antes, solo se les pide que se vean de otra manera. Por otro lado, la inversión de roles ayuda al protagonista a reintegrar sus proyecciones.

También la inversión de roles ayuda a resolver el conflicto interpersonal. Se puede aplicar este matiz al consejo psicológico grupal y de parejas.

El objetivo, en la práctica, es que los dos miembros queden satisfechos ante la representación que hizo el otro de sí mismo. Se motiva a las dos partes para que superen su resistencia a la inversión de roles, ya que los dos esperan que, en la negociación psicodramática, el otro experimente sus propias sensaciones. El terapeuta puede ayudarles haciendo un doblaje de cada uno de ellos.

Doblaje.

Aquí se elige a un auxiliar para que interprete una forma de sombra o alter ego que sigue al protagonista a todos lados y habla por él de vez en cuando. Se pueden utilizar múltiples dobles para personalizar las distintas fuerzas que actúan en los conflictos internos. Generalmente los dobles adoptan la postura física y los movimientos de la persona a quien están doblando, como un recurso para la conexión empática. El objetivo se malogra, sin embargo, cuando el doble se fija continuamente en la cara del protagonista para ver su expresión facial.

Los dobles deben mirar lo que el protagonista mira. En el mismo sentido, los dobles deben poner en el primer plano de su atención, no al protagonista, sino lo que más destaca de la mente del protagonista.

La mejor posición física de los dobles es detrás y un poco apartados sin perturbar la concentración y sin entrar en el campo de visión del protagonista.

Cuando el protagonista ve a los dobles los vive como objetos, en vez de como partes de sí mismo. Idealmente, en el plano dramático, los protagonistas oyen las voces de los dobles como si fueran la suya propia, se establece un pacto por el que el protagonista es el único que oye lo que dicen los dobles. Cuando el protagonista está de acuerdo con lo que dice el doble lo repite con sus propias palabras para que los demás lo oigan. Cuando está en desacuerdo lo cambia para hacerlo bien. Después de que un doble dice algo, ningún actor habla hasta que el protagonista lo haya corregido.

Doble acompañante

Los dobles pueden posicionarse en el lugar de una presencia empática y acompañante, intentando mantenerse cerca de los propósitos del protagonista. Cuando esta postura es eficaz confirma el sentido de identidad y solidez de los protagonistas. Los dobles ayudan a dejar establecido que lo que el protagonista piensa y siente tiene un viso de realidad. Los protagonistas se sienten apoyados al escuchar esta reflexión, en la convicción de que ellos fueron los que, ciertamente, tuvieron tal o cual pensamiento, ya que el doble también lo oyó. Dado que los dobles son conscientes, en un plano, de que son personas diferentes, esa conciencia presta una validación consensual; y por ello, en otro plano, se experimenta a los dobles como parte de uno mismo. Cuando los protagonistas no reciben más que su propio reflejo, pueden sentirse desesperados o rebelarse.

El doble expresivo

Un segundo abordaje consiste en que el doble diga directamente lo que parece que el protagonista se resiste a decir. Cuando el doble siente que el protagonista se está resistiendo ante un impulso agresivo, pone la cólera en palabras, si el protagonista dice las palabras agresivas en un tono suave, el doble las dice en un tono enfadado.

Doblar los sentimientos no expresados es, en el peor de los casos la caricatura del doble del psicodrama, insultando a una figura y exigiendo al protagonista que le siga hasta el final. El tono verdadero deberá ser no agresivo y natural.

Doble que se suma a la resistencia: Aquí el doble apoya la parte del conflicto que un impulso ajeno al yo ha puesto en peligro. Esto tiende a fortalecer al yo en vez de hacerle probar sus límites de tensión. El protagonista se siente más seguro que antes y a menudo es más libre para expresar lo que antes rechazaba.

Este abordaje también tiene riesgos. La resistencia puede fortalecerse al apoyarla la voz del doble.

Otro riesgo es que el protagonista se sienta manipulado por una psicología de llevar la contraria sistemáticamente para que la persona haga o sienta lo opuesto.

La habilidad que requiere este tipo de doble consiste en encontrar la parte interna del self del protagonista con la cual aliarse, en vez de decir lo contrario de lo que pretenden que diga el protagonista. Ponerse del lado de la resistencia puede entenderse, también, como una forma de ayudar al yo a establecer nuevas defensas al servicio de la resistencia. Los dobles pueden explorar las asociaciones del protagonista a esos sentimientos de cólera del drama; generalmente surgen manifestaciones previas de esos mismos sentimientos y ayudan al paciente a hacerse consciente de su presencia continua en la vida mental y hasta incluso de la naturaleza transferencial de dichos sentimientos.

Doble y transferencia

El instrumento del doble puede favorecer que salga a la luz la transferencia, especialmente la negativa. Poniéndose detrás de los protagonistas, los terapeutas que hacen de doble, se atacan a sí mismos. Puede que los protagonistas no hayan articulado o incluso tenido ideas de miedo, venganza o de pérdida de la imagen del terapeuta como objeto bueno. Al sentir que el terapeuta se pone a su lado en ese ataque, el protagonista reduce su temor y todo esto sirve para que sienta que sus tendencias agresivas contra el terapeuta son menos peligrosas.

Los terapeutas deben evitar cambios bruscos a precursores genéticos en el doblaje.

El director puede utilizar el doblaje como alternativa al calentamiento estructurado. Cuando un paciente dice algo que hay que interrumpir, el terapeuta se pone detrás y habla por ese paciente. El paciente, entonces corrige el doblaje.

Ese doblaje:

(1) facilita la participación de la mujer.

(2) se centra en su dificultad de romper la avalancha del discurso.

(3) Se alía con su resistencia dándole una racionalización egosintónica.

El terapeuta puede traer temas latentes. Generalmente la posición del terapeuta detrás se vive como un apoyo, pero debería evitarse con personas con tendencias paranoides.

Aspectos de la terminación

La mayoría de los grupos de psicodrama son abiertos, tomando pacientes nuevos cuando otros terminan. Cuando hay una terminación prematura, a tiempo, o tardía, genera ansiedad en los miembros. Los miembros intentan que el otro permanezca, porque todavía necesita de su ayuda. La exploración psicodramática revela una variedad de motivos distintos en estos intentos de retención del paciente. La terminación desencadena temores de abandono que tienen poco que ver con la investidura de ese paciente en particular. Ser abandonado por alguien es una señal que provoca miedo. Las escenas de despedida psicodramáticas generan recuerdos dolorosos de pérdidas no resueltas, de una forma muy diferente a otras experiencias.

Valoración de la Terapia Psicodramática

"La actuación dramática es un estado interior intermedio, un intermediario entre la fantasía y la realidad. La modalidad es ficticia pero la experiencia es muy real. La modalidad ficticia nos permite hacer cosas que aún se encuentran afuera de nuestro alcance en la vida real, tales como expresar emociones temidas, cambiar patrones de conducta o exhibir nuevos rasgos. Una vez que las hemos vivenciado, aunque en modo ficticio, estas nuevas experiencias pueden formar parte del repertorio de nuestra vida real." (Emunah, 1994, p.27).

El gran sueño de Moreno era el trabajo comunitario y la transformación social. El psicodrama facilita la manifestación de ideas, recuerdos, vivencias, conflictos, dilemas, impedimentos y posibilidades de expresión... en una determinada situación. Basado en el principio de la espontaneidad, promueve la participación libre y estimula la

creatividad. Se buscan soluciones prácticas y reales a los problemas, contribuyendo al descubrimiento de alternativas que promuevan el desarrollo sostenible en las comunidades. Se anima a los participantes a descubrir y desarrollar sus potencialidades recreando sus modelos de relación y confrontando las diferencias individuales, siendo cada uno agente transformador de los demás.

El psicodrama es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino, lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana.

La dramatización resulta una vía regia de acceso al inconsciente, rescatando su conocimiento para integrar al sujeto como ser social, comprendiendo sus ocultos y complejos vínculos.

La actividad grupal permite multiplicar los aportes individuales enriqueciendo a cada uno de los integrantes y permitiendo ayudarse entre sí a eliminar ansiedades, temores y fantasías que puedan obstaculizar el proceso de crecimiento. Consideramos que el psicodrama en muchas ocasiones tiene un alto carácter terapéutico. También pensamos que siempre es formativo, pues el sujeto queda personalmente implicado por la movilización de los procesos psíquicos que vivencia con otros. El encuentro de miradas, el contacto o la distancia entre los cuerpos, modifica cualitativamente la comunicación, donde afectaciones, emociones, compromisos resultan provechosos para la terapia.

El psicodrama trae consigo una actividad transformadora en cuanto posibilita la exploración de la subjetividad y los atravesamientos múltiples que en ella hace lo social histórico en los ámbitos de trabajos cotidianos, clínicos, educacionales, comunitarios,

institucionales. Comprende un ejercicio continuo de pensamientos en escenas. El terapeuta debe ser lo suficientemente plástico para entrar y salir de las escenas que el paciente aporta y construir junto con él múltiples lecturas posibles del drama personal. Es una invitación a pensar en lo que se hace y hacer lo que se piensa.

El trabajo psicodramático propone, en un tiempo y espacio delimitado (encuadre psicodramático con sus reglas), abrir a sucesiones de movimientos, ritmos, velocidades, intensidades, imágenes, pensamientos en escenas, escenas, que los sujetos participantes producen en lo individual, vincular, institucional. En las actividades grupales se puede ver como el grupo, en la medida en que se va constituyendo como tal, va entretejiendo cada vez con mayor intensidad entrecruzamientos a través de las identificaciones y transferencias entre sus propios pares.

El recurso psicodramático nos permite desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión; colectivizar el conocimiento individual; desarrollar una experiencia de reflexión en común, una creación conjunta del conocimiento donde todos somos partícipes de su elaboración. Los coordinadores debemos tener claro cuándo, cómo y para qué utilizar determinados recursos técnicos, conocer muy bien sus posibilidades y sus límites.

Consideramos además que el psicodrama es un dispositivo pedagógico productor de creatividad y que el verdadero aprendizaje se realiza desde la vivencia personal con la participación libre y activa y es también potencial productor del conocimiento.

A modo de finalización podemos concluir que el psicodrama es un método válido para explorar, elucidar e investigar sobre la creatividad y también se le puede considerar una herramienta valiosa para contribuir al despliegue del proceso de producción creativa.

Material Demostrativo

Las técnicas psicodramáticas pueden usarse en forma efectiva en cualquier campo que requiera cierta exploración de las dimensiones psicológicas de un problema, tales como la educación, la psicoterapia, etc.

Aunque el psicodrama es usado habitualmente en un contexto grupal y puede ser un método muy útil para catalizar el proceso grupal (y, a su vez, ser catalizador por la dinámica grupal), podemos considerarlo como una forma de terapia específicamente grupal. Puede ser usado con varios coterapeutas entrenados y un solo paciente. También puede usarse el psicodrama con familias o, inclusive, en una forma modificada, en terapias individuales."

Es significativo señalar que en los últimos tiempos el psicodrama se despliega en el devenir de las prácticas que proyectan una función social y comunitaria con mucho más fuerza que en el campo de la clínica. Prueba de ello son los profesionales de distintas disciplinas que se acercan a los espacios de formación y supervisión. La práctica interdisciplinaria y el trabajo en equipo facilitan y enriquecen las actividades.

Capítulo II: Técnicas.

2.1 Terapia de grupo en la ansiedad y trastornos del humor. David W. Brook, M.D.

Técnicas

Las técnicas que se utilicen para tratar los trastornos de ansiedad o de humor, dependen de cada grupo. Las técnicas cognitivo-conductuales, incluyendo la terapia educativa, se basan en el reaprendizaje con el uso de las técnicas de comportamiento, como la exposición en vivo y los métodos cognitivos, como la discusión grupal para resolver síntomas. Las dinámicas de grupo prefieren las intervenciones de los pacientes, persiguiendo que se refuerce el ego, como los grupos de apoyo, o persiguen la interpretación de conflictos escondidos, como en los grupos de descubrimiento. Los grupos de medicación se basan en dar confianza respecto a los efectos de los regímenes psicofarmacológicos (Brook, 1992). Un paciente determinado puede a veces ser visto en distintos tipos de grupos, según los objetivos de cada planificación formulada para el paciente.

Pacientes con ansiedad

Hay bastantes técnicas que pueden usarse con pacientes que sufran algún trastorno de ansiedad. La terapia de grupo cognitiva-conductual es útil para pacientes con síntomas de ansiedad y para determinados trastornos dentro de la ansiedad. Tales técnicas, como la exposición de un grupo en vivo y el reaprendizaje, pueden ser de utilidad para el tratamiento de unas cuantas condiciones fóbicas. Es de aceptación general la necesidad de utilizar simultáneamente el tratamiento adecuado para los pacientes fóbicos.

La terapia de grupo a corto plazo y limitada de tiempo para los veteranos del Vietnam con trastornos de estrés postraumático (Koller, Marmar, Kanas, 1992), incluye en sus técnicas

- comentar el abuso de sustancias en presencia del grupo para alcanzar el equilibrio psicológico y médico antes de comenzar a tratar el trauma intensivamente.
- Se hace un trabajo preparatorio psicoeducativo, y se dan unas líneas de trabajo claras a cada miembro del grupo.
- Se les señala un modelo de comportamiento ante el trastorno de estrés posttraumático.
- El primer objetivo del grupo es conseguir una buena atmósfera y evitar que se oculten las experiencias emocionales traumáticas. El hecho de identificar esos eventos emocionales que tratan de ocultarse puede conducir a una experiencia catártica, que ayuda a los pacientes a integrar las partes afectivas y cognitivas del trauma.
- Los pacientes son educados acerca de la naturaleza de sus sentimientos, y los hallazgos patogénicos se identifican y se modifican a través de las charlas del grupo y del examen de la realidad. La charla psicoeducativa que integra una exacta comprensión de los eventos traumáticos dentro de su contexto y sus reacciones emocionales, permite a los veteranos reaccionar, manteniendo el control emocional.

Las intervenciones de grupo son útiles a la hora de confrontar los sentimientos de culpa, que pueden actuar como resistencias al cambio. Las técnicas de imagen y de role-playing se usan en grupos para trabajar con las reacciones de sufrimiento. El grupo permite a los pacientes, reconceptualizar el concepto de evento traumático en sus vidas, lo que permite al grupo orientar su atención hacia aspectos más actuales y del hoy. Entonces se exploran los comportamientos de adaptación en el presente, estimulando sentimientos de autocontrol del paciente. La ira se trata como parte de las interacciones del grupo, así como relacionado con la familia o temas vocacionales.

Esta forma de tratamiento de grupo combina los aspectos de una psicodinámica tradicional con la terapia directiva y conductual. Esto permite dirigirse directamente a las experiencias traumáticas, pero también a los cambios caracterológicos secundarios que resultan de ella. Hay otras formas complementarias del tratamiento de grupo, se aplican con efectividad.

Pacientes deprimidos

Dependiendo del diagnóstico, la severidad y la cronicidad de la depresión, el espectro de técnicas de grupo va:

- desde el uso de un grupo de medicación,
- grupo de apoyo cognitivo-conductuales,
- hasta grupos de orientación psicodinámica que persiguen destapar y resolver conflictos ocultos. Con los pacientes deprimidos, el uso simultáneo de la medicación adecuada es de amplia aceptación.

Los grupos de medicación se han usado para las depresiones recurrentes y los trastornos bipolares. El énfasis en los grupos de medicación es para conseguir una conformidad con el régimen de tratamiento prescrito. Los objetivos incluyen aumentar la sumisión al tratamiento y que descienda la necesidad de rehospitalización, haciendo valoraciones periódicas de los pacientes que están tomando medicamentos, aumentando el conocimiento de los pacientes sobre los fármacos, educando a los pacientes en su enfermedad, disminuyendo el aislamiento de los pacientes y aumentando la socialización, a la vez que permite la expresión de sus sentimientos en un ambiente sin prejuicios y recibiendo ayuda del grupo. Otros tipos de tratamiento también pueden usarse conjuntamente.

Aunque en los grupos de medicación no se hacen interpretaciones, es muy importante el conocimiento de los procesos inconscientes, tanto cuando se está preparando el paciente, como cuando se están trabajando las interacciones dentro del grupo. Se potencian estas interacciones en el grupo, pero un conocimiento de los procesos inconscientes aumenta la comprensión del terapeuta y su posibilidad de hacer intervenciones más efectivas. La técnica que se centra en el grupo es seguramente una de las más apropiadas para los grupos de medicación; esta permite a los líderes del grupo integrar y tener en cuenta las contribuciones de cada paciente al grupo.

En esos grupos, el líder trata de que surjan conversaciones sobre la medicación. El grupo se convierte en "La herramienta terapéutica principal que permite a los miembros del grupo discutir y hacer el uso más terapéutico del tratamiento psicofarmacológico" (Brook, 1992).

El terapeuta establece los objetivos de rehabilitación y tratamiento para cada miembro del grupo, utilizando técnicas de apoyo psicoeducativas. Las sesiones individuales se usan cuando se ve necesario resaltar los efectos terapéuticos del grupo.

Los grupos de medicación aumentan la sumisión del paciente, disminuye las resistencias al tratamiento y sirven de tratamiento de elección en los pacientes con depresión recurrente de comienzo tardío están medicados.

2.2 Terapia grupal con enfermos mentales crónicos Walter N. Stone. M.D.

Técnicas:

Las consideraciones técnicas de estos grupos están vinculadas a los objetivos terapéuticos y a la evaluación de los principales déficit y conflictos de los pacientes crónicos. Existe un continuo que va desde la resolución de problemas prácticos o el entrenamiento de las habilidades hasta la provisión de apoyo para la exploración de las dinámicas internas.

Las técnicas pueden explorarse a través de tres niveles:

(1) las terapias orientadas hacia el insight ayudan a los participantes a incrementar la comprensión de sus respuestas inadecuadas internas y externas. Se exploran las transferencias grupales.

(2) El entrenamiento de habilidades sociales incluye rol-playing, prácticas de autoasertividad y resolución de problemas.

(3) Las terapias de apoyo proveen de una sensación de pertenencia, disminuyen el aislamiento y refuerzan las capacidades de manejo y de resolución de problemas en el mundo externo. Los conflictos intragrupales se exploran generalmente con la metáfora en la cual están inmersos. Se fomentan las transferencias positivas.

Terapias orientadas al insight

Al incrementarse el interés teórico por las primeras etapas del desarrollo humano, se han realizado intentos paralelos para aplicar esta modalidad de tratamiento a enfermos que anteriormente se habían considerado incapaces de beneficiarse de la terapia

orientada hacia el insight. El marco es generalmente un centro terapéutico de día en el que se atienden y estructuran también otras facetas de la vida de los pacientes (Takahashi, Washington, 1991; Klein, Orleans, Soule, 1991) A menudo se realizan sesiones individuales simultáneas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Muchos déficit interpersonales de los pacientes crónicos interfieren significativamente en su funcionamiento cotidiano. Los grupos de entrenamiento de habilidades sociales subrayan la importancia de la identificación de los problemas específicos y el uso del rol playing y la asignación de tareas para modificar la conducta (Hierholzer, Liberman, 1986). Puede que los objetivos de un paciente estén mal definidos, por lo que la tarea del terapeuta consistirá en encontrar una tarea concreta. Cuando los pacientes practican habilidades en el grupo, el terapeuta debe encontrar el modo de reforzar los elementos positivos, mostrados en el rol play. Los aspectos más básicos de la representación, como contacto visual o tono de voz y posturas corporales, dan oportunidad para ellos. Después de darse el refuerzo, se ofrece un feedback para corregir. El terapeuta debe permanecer activo, animado y ayudando a los pacientes de forma tan específica como sea necesario. Las tareas para hacer en casa, que son revisadas en el grupo, deben ser igual de específicas. Muchos profesionales integran aspectos del formato grupal a las estrategias de apoyo tradicionales.

Terapia de apoyo

El apoyo es un elemento fundamental en todo tipo de tratamiento. Apoyar implica que el terapeuta sea fiable, esté interesado y vaya a hacer un esfuerzo por comprender los problemas del paciente. Se considera que muchos pacientes crónicos no están suficientemente motivados para el tratamiento. Aún así vienen a terapia en busca de alguna forma de contacto humano, incluso si están asustados con la perspectiva. En el tratamiento de apoyo, el respeto por las defensas en un contexto de ánimo y las expectativas de cambio; son factores fundamentales.

Las tareas terapéuticas incluyen el favorecimiento del contacto con la realidad, la resolución de problemas y el fomento de las expectativas. El setting grupal supone la

posibilidad de universalización, disminuir el aislamiento social, reconocimiento y refuerzo por parte de los compañeros y el terapeuta, así como la posibilidad de compartir los métodos más eficaces para abordar la ansiedad. El encuadre grupal facilita los sentimientos de eficacia, tanto por parte del que da los consejos, como del que lo recibe.

Un elemento frecuente pasado por alto de las estrategias de apoyo es ofrecer información sobre la enfermedad del paciente. Los síntomas que son vividos como algo real, como alucinaciones de pensamiento paranoide, se pueden encuadrar en el marco de la enfermedad del paciente. Se puede dar información sobre el curso de la enfermedad, el papel de la medicación y la disponibilidad de tratamientos alternativos. Los pacientes suelen compartir las experiencias de su enfermedad, si esto no ocurre espontáneamente, el terapeuta debe indagar si otros han sufrido experiencias similares. El terapeuta debe intentar establecer vínculos entre los miembros y no dejar que un paciente se sienta solo. Nick Kanas (1985) diseñó un orden del día en que se le pide a los pacientes que discutan sus alucinaciones, pensamientos paranoides y dificultades con las relaciones sociales. Esta estructura hace que los pacientes discutan estos temas y abre una vía para que se compartan los métodos de abordaje de los síntomas.

El contacto con la realidad se solapa con las estrategias educativas. Se confronta a los pacientes con sus respuestas desadaptativas a las ideas delirantes, alucinaciones y defensas inadecuadas.

2.3 Terapia grupal con alcohólicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas e hijos adultos de alcohólicos. Philip J. Flores, Ph. D.

Técnicas

El tratamiento en las etapas iniciales y avanzadas

Para realizar un trabajo eficaz con pacientes adictos, el terapeuta grupal tiene que plantear el tratamiento en dos etapas claramente diferenciadas. Se deben evaluar cuidadosamente la fuerza del yo del paciente, su patología de carácter, motivaciones, negación y duración del período de abstinencia de consumo. Sin embargo, el período desde el último consumo de sustancias es claramente el factor principal. Hay

evidencias fisiológicas, comprobadas a través de tomografía axial computarizada (TC), evaluaciones neuropsicológicas y otras pruebas neurofisiológicas, que demuestran que durante los primeros meses de abstinencia, los pacientes se encuentran dañados cognitivamente y psicológicamente y, por lo tanto, no pueden responder más que a los componentes más rudimentarios de la terapia (Flores, 1988).

Otro tema de importancia es el rechazo inicial, por parte de los pacientes, a considerar que el consumo de sustancias es la causa principal de sus dificultades emocionales y conductuales. Para complicar este proceso defensivo destructivo nos encontramos con su propensión a recaer en el consumo cuando la ansiedad o depresión se eleva demasiado rápido, por encima de los niveles que pueden tolerar. La tarea más complicada con este tipo de pacientes en las primeras etapas consiste precisamente en disminuir la negación a la vez que se trata de facilitar la expresión espontánea y la conciencia de sí mismos y, simultáneamente, se intenta mantener el nivel de ansiedad dentro de unos límites tolerables. Sin embargo, para que se produzca una modificación real emocional y de carácter, es necesario realizar un giro gradual desde una etapa de apoyo, ánimo y confrontación amable, hacia una etapa posterior en que se les conduce a considerar dura y fríamente su patología de carácter y sus antiguas experiencias emocionales de carácter doloroso. En consecuencia, se requiere que el terapeuta grupal sepa cómo equilibrar y manipular ese paso, a la vez que aplica las diferentes estrategias terapéuticas adecuadas a las primeras o últimas etapas del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias.

El modelo de Yalom y la psicología del self

La comprensión de las implicaciones de la psicología del self en el tratamiento de las adicciones en terapia grupal sugiere que la tarea del terapeuta se facilitaría si éste fuera consciente de los dos niveles de interacción que se producen simultáneamente en todos los intercambios interpersonales del grupo: Una interacción externa entre los pacientes y con las personas con quienes interactúan en el mundo externo y, el segundo, una interacción interna, que sucede y se experimenta en sus mundos internos. Cada nivel de interacción influye en el otro. Las interacciones externas afectan a las representaciones internas del self y de las relaciones objetales, mientras que el

mundo interno del paciente riñe, distorsiona e influye sobre las personas del mundo externo, para que se comporten o actúen de forma que encaje con las expectativas inconscientes proyectadas por el paciente. Ambos niveles deben tenerse en cuenta si se pretende que tanto el terapeuta como los participantes comprendan en profundidad las dinámicas que están generándose en cada paciente del grupo.

A la vez que el modelo interaccional de Yalom es una de las mejores sistematizaciones para comprender y explicar la conducta externa de los participantes de un grupo, la teoría de las relaciones objétales y la psicología del self ofrecen explicaciones igualmente valiosas para la comprensión de las experiencias internas no observables, relacionadas con los hechos exteriores del aquí y el ahora grupal. El formato grupal es útil para cumplir esta tarea dado que ofrece una gran variedad de elementos clave que la terapia individual no puede ofrecer. La terapia grupal ofrece a los pacientes adictos una gran variedad de personas de las que pueden depender o contra las que poder dirigir su agresividad. En virtud del número de pacientes, el formato grupal diluye la intensidad de los sentimientos que, con toda seguridad, se van a activar en una relación interpersonal cercana y que han de elaborarse para que se produzca una modificación de carácter. Este proceso, en una relación uno a uno es probablemente muy amenazador, en contraste, el grupo supone un entorno sostenedor que ofrece a los pacientes adictos un espacio, a la vez que les permite manejar la hostilidad y ambivalencia intensas a medida que surgen sus necesidades de aprobación, dependencia y atención. En general, los pacientes adictos no pueden tolerar la estimulación del «hambre de objeto» o el deseo de dependencia que se activan tanto en la terapia individual como en la relación personal íntima. Como escribió Jerome Koseff (1975), el grupo puede convertirse en una especie de objeto transicional que protege al paciente del intenso temor a depender del terapeuta, porque dicha dependencia es transferida al grupo. El grupo conlleva un grado de libertad y apoyo que la terapia individual no puede ofrecer, al tiempo que sirve de salvaguarda frente a los sentimientos excesivamente intensos de frustración y temor al castigo, caso de que el paciente funcionara autónomamente.

Generalmente los pacientes alcohólicos y adictos no pueden tolerar la hostilidad que supone cualquier relación y que les hace sentirse amenazados por su propia cólera y

temores de abandono y venganza. Dado que el grupo implica poder disponer de un objeto transicional seguro y un clima de contención, los pacientes pueden llegar a establecer relaciones de dependencia recíproca adecuadas entre sí, sin la interferencia paralizante de su propia rabia, dependencia o temor a la aproximación referidas al terapeuta. Los participantes del grupo ayudan a crear un espacio seguro entre el paciente adicto y el terapeuta. Posteriormente, dada la necesidad del paciente de agradar y estar con otros, pueden identificarse e internalizar un conjunto estable de representaciones de objeto internas moldeado a partir del terapeuta y de los demás participantes del grupo.

El grupo supone también una alternativa distinta del entorno destructivo de las drogas, que es una constante en las vidas de los pacientes adictos. La disponibilidad constante del grupo suaviza las crisis. El grupo ofrece a los miembros una gran variedad de objetos de los que poder depender o contra los que poder dirigir la cólera, permitiéndoles manejar la ambivalencia que surge en las relaciones, sin tener que sentirse excesivamente amenazados por la pérdida o la proximidad de una relación individual.

2.4 Terapia de grupo con enfermos físicos. Kathleen Hubbs Ulman, Ph. D

Técnicas

Enfermos físicos

Las técnicas de grupo aplicadas dependen del modelo teórico del terapeuta, de los objetivos del grupo y de la población de pacientes. Por ejemplo, las técnicas usadas para un grupo estructurado de hipertensos a corto plazo, son diferentes en algunas áreas de las usadas en grupos menos estructurados para paciente con enfermedades crónicas. Los hospitales normalmente ofrecen grupos abiertos. Algunos pacientes asisten sólo una vez y no conocían al líder antes de la reunión. La mayoría de los modelos para grupos médicos están diseñados con el objetivo de crear un ambiente de seguridad en el que el paciente pueda trabajar.

Una de las técnicas más importantes que se utilizan para crear un buen ambiente para el paciente es el contrato del grupo, que revisa las expectativas del paciente en cuanto

a la confianza, los miembros, la asistencia, la frecuencia y duración de las reuniones, la socialización fuera del grupo, la terminación, las tarifas, y el comportamiento durante las reuniones. La mayoría de los líderes de grupo evalúa al candidato a entrar en el grupo antes de admitirlo. Durante esta revisión, el líder estudia la organización y estructura del grupo y el contrato de grupo.

Como ya se ha dicho anteriormente, los enfermos físicos acuden a un grupo sobre todo para aprender a enfrentarse a su enfermedad, más que a aprender sobre ellos mismos y su carga emocional. Muchos de los enfermos no quieren o no pueden participar en una exploración emocional, indefinida en el tiempo, al comienzo del grupo, y a veces no llegan a lograrlo nunca. Así, los grupos para enfermos físicos generalmente tienen una estructura bien definida, diseñada para aminorar la ansiedad del paciente, y no para aumentarla. Con frecuencia, el líder combina el componente educacional con la discusión estructurada. Algunos líderes aplican al grupo una orientación hacia el insight para pacientes crónicos, y para los que sufren diversas alteraciones físicas. Los líderes de estos grupos apenas lo estructuran y limitan sus intervenciones a comentar el proceso y hacer interpretaciones del comportamiento. Los pacientes determinan el contenido de las discusiones.

2.5 Terapia de grupo con personas infectadas por el VIH y sus cuidadores. **Suzanne Lego, R. N., Ph. D.**

Técnicas

Las técnicas convencionales de la terapia de grupo deben ser modificadas en los grupos para personas con SIDA.

Valoración.

El deseo de entrar en un grupo surge habitualmente después del golpe que supone saber el diagnóstico y cuando la persona con SIDA está dispuesta a plantearse aspectos de su vida (Gambe, Getzel, 1989). Se realiza una entrevista para saber las razones de la persona para entrar en el grupo, las experiencias previas en grupos, la aceptación del diagnóstico, la adaptación inicial, si tiene apoyo social, capacidad física actual, estado mental, capacidad aparente de enfrentarse a la enfermedad y reservas

actuales o anteriores a estar en un grupo con personas con SIDA, que están enfermas y que van a morir (Gambe, Getzel, 1989).

Expectativas.

En sus grupos Richard Gambe y George Getzel (1989) vieron lo útil que era invitar a los pacientes a unirse para probar durante tres semanas. Si los pacientes decidían irse, se les pedía que compartieran las razones por las que se marchaban, ya que el que un miembro se vaya, suele estar relacionado con el abandono, enfermedad y muerte.

Coliderazgo.

Se recomienda el coliderazgo, ya que las responsabilidades compartidas hacen posible que los líderes hagan llamadas de teléfono de seguimiento cuando los miembros se ausentan o para hacer las visitas a hospital o a casa cuando se necesite. El coliderazgo también da apoyo mutuo y alivia las emociones de los líderes, ya que se identifican con el dolor y la tragedia de los miembros del grupo (Gambe, Getzel, 1989; Child, Getzel, 1990).

Composición del grupo.

Como en la mayoría de los grupos, lo ideal es seis a ocho miembros. Los homosexuales con SIDA se tratan en grupos homogéneos (Beckett, Rutan, 1990). Si es posible, el grupo debe estar equilibrado en cuanto al número de personas capacitadas o incapacitadas (Spector, Conkiin, 1987). Los miembros con historial de dependencia de drogas deben seguir un tratamiento aparte simultáneamente (Gambe, Getzel, 1989). Se ha recomendado que las personas con sarcoma de Kaposi estén también en un grupo distinto, ya que su pronóstico, supervivencia y complicaciones son muy diferentes de los de otras personas con SIDA (Spector, Conkiin, 1987).

Entorno.

Las sesiones deben mantenerse en una habitación cálida, ya que algunas personas con SIDA son muy vulnerables al frío. No suele estar permitido fumar, y la ventilación debe ser buena, para los que se están recuperando de una neumonía respiren aire limpio. La habitación debe tener un fácil acceso para sillas de ruedas y equipo intravenoso. Si las sesiones se tienen en el hospital, deben estar fuera de la unidad de SIDA, para que los pacientes externos no se sientan estigmatizados.

Proceso del grupo.

Como describieron Gambe y Getzel (1989), en la primera sesión los líderes se presentan, describen su trayectoria profesional y explican por qué quieren trabajar con personas con SIDA. Deben mencionar que conocen mucha gente con SIDA, asegurando así a los miembros que sus historias se van a comprender. La confidencialidad se establece como norma. Los miembros nuevos también son presentados, y le cuentan al grupo cómo y cuando les fue diagnosticada la enfermedad.

Los líderes apoyan, señalan temas subyacentes y evitan las interpretaciones. Se intenta dejar el control del grupo en manos de los propios miembros, ya que se sienten fuera de control en otros campos en su vida.

Con la progresión del grupo, los miembros se van centrando en afrontar las crisis actuales y van desarrollando estrategias a largo plazo. Cuando los miembros del grupo se sienten cómodos entre ellos, empiezan a compartir sus vidas personales, buscando vínculos comunes. Suele darse una competitividad inconsciente, así como un examen del líder. Finalmente, surgen los conflictos entre los miembros y la transferencia al líder. La ambivalencia sobre ser cuidado y cuidar a los demás se revela a través de las interacciones del grupo.

Uno de los factores curativos de la terapia de grupo es la universalidad (Yalom, 1985). Este factor es importante en los grupos de pacientes con SIDA porque los miembros del grupo suelen sentirse aislados y solos. En el grupo ven que sus sentimientos, pensamientos y acciones no son diferentes de los de los demás. Pensamientos que ellos pudieran haber considerado inaceptables, como la rivalidad y la avidez por captar la atención del grupo y por la vida misma, son sentidos hasta cierto punto por todos los miembros del grupo. Por la misma razón, puede compartirse el resentimiento hacia el líder sano e incluso el deseo secreto de infectarlo. Estos pensamientos «raros» o «malos» se ven como una parte normal del proceso de vivir con una enfermedad fatal.

Normalmente se habla de procedimientos médicos y fármacos en experimentación. Pueden surgir subgrupos que dividen al grupo entre los que quieren volver al período prediagnóstico y los que ven al SIDA como una experiencia de la que nunca se

recuperarán y que son capaces de hablar de su propia muerte y de la de los demás (Gamnbe, Getzel, 1989). Los líderes animan la expresión abierta de los sentimientos ayudando a expresar lo que siempre ha estado oculto (Lego, 1984).

2.6 Terapia de grupo con pacientes cancerosos y enfermos terminales. Leora R. Benioff, Ph. D. Sophia Vinogradov, M.D.

Técnicas

Grupos abiertos frente a cerrados

Muchos de los grupos de hospital, tanto de consulta externa como de interna, han sido siempre abiertos. En este tipo de grupo, los miembros están siempre cambiando y pocos pacientes asisten a varias sesiones consecutivas. Otros grupos, aunque abiertos, requieren que cada paciente adquiera el compromiso de asistir a un número de sesiones determinado. Otros, por el contrario, mantienen un modelo tradicional de terapia, donde tratan de mantener un grupo estable de miembros, aceptando nuevos miembros sólo cuando es necesario para mantener el tamaño óptimo de grupo.

Cuanto más estable sea el grupo, mayor probabilidad tiene de poder alcanzar las condiciones de seguridad y continuidad ideales para sus miembros. La estabilidad y la continuidad son necesarias para desarrollar un grupo en el que se quiera dar una experiencia psicológicamente profunda a sus miembros; las investigaciones indican que los tratamientos intensivos y de larga duración, producen los cambios más significativos en la vida de los pacientes con cáncer (Trijsburg, van Knippenberg, Rijpma, 1992). En el entorno de un hospital o de una clínica, sin embargo, el anuncio de un grupo abierto a todo el mundo, permite la divulgación de la terapia de grupo a un mayor número de gente; un grupo en el que los miembros no tienen que comprometerse a nada es más atrayente para los que, si se tratara de la terapia convencional, estarían más dudosos y negativos, Ringler y sus colegas (1981) declararon que, con un fuerte liderazgo, este tipo de grupo —al menos si se da en un entorno interno— puede llegar a ser el lugar donde se traten temas profundos y difíciles. Sin embargo, el grupo requiere una actividad constante por parte de los líderes, ya que son ellos los que deben llevar el cultivo del grupo sin ayuda y quienes deben reestablecerlo de nuevo en cada reunión.

2.7 Terapia de grupo con niños víctimas de abusos sexuales. Elizabeth Rice-Smith, M. Div., Th. M.

Técnicas

Una serie de modelos de terapia de grupo con niños víctimas de abusos sexuales centra su atención en la edad. C. Fowler, S.R. Burns y J.E. Rohel (1983) han descrito sus actividades con un grupo de preescolares (de 2 a 6 años de edad). Otro grupo de estos autores con niños en edad escolar (de 7 a 12 años de edad) tenía una orientación más cognitiva e interpretativa que el anterior. El grupo de adolescentes (entre 13 y 18 años) estaba orientado a la crisis, con un enfoque psicoeducativo. Algunos grupos a corto plazo, muy estructurados y de enfoque psicoeducativo se centran en la experiencia traumática, en preparar para la asistencia a los tribunales y en hacer prevención (Berliner, Emst, 1984). Otro modelo proponía un formato más prolongado que lo habitual, con una perspectiva terapéutica amplia. J.S. El formato de Nilke y J. Watter (1989) de nueve sesiones se centraba en un objetivo específico cada semana, como permitir la expresión y comprensión de sentimientos conflictivos. El modelo de J.G. Mandel y L. Damon (1989) trabaja simultáneamente en tres a seis sesiones con los niños y sus cuidadores en grupos paralelos.

No todos los niños que han sufrido abusos sexuales son capaces de tolerar la intensidad del tratamiento grupal y pueden necesitar previamente tratamiento individual o terapia de grupo abierto (Friedrich, 1990) antes de participar en un grupo de tratamiento focalizado.

El Modelo de Pescosolido y Petrella

Estos autores describieron el desarrollo, proceso y evaluación de un modelo de grupo psicoterapéutico, diseñado para ser aplicado entre niñas de preescolar. Ellos abogan por un abordaje limitado en el tiempo, centrando cada sesión (de una hora de duración) en temas específicos. El formato del grupo se estructuraba con 30 minutos de actividades artísticas y trabajos manuales para favorecer la cohesión grupal y la vinculación emocional entre las niñas. Las actividades artísticas facilitaban la diversión y la espontaneidad, poco conocidas por estas niñas, a la vez que permitían disponer de un producto tangible y concreto para llevarse a casa, de forma que cada niña pudiera

“Conservar una expresión concreta de la experiencia grupal”. Después del tiempo de manualidades había un rato para comer, al objeto de proporcionar sensación de nutrición emocional y ocuparse de temas relacionados con la deprivación. La discusión grupal incluía temas como la rabia, el tacto, las ideas sobre los hombres, la confianza, la culpa, temor a la separación y el abandono, escasa autoestima, identificación materna, imagen corporal e ideas autodestructivas. Participaban dos coterapeutas, hombre y mujer.

Para las muchachas víctimas de abusos sexuales la figura paterna era vivida, tanto consciente como inconscientemente, como no protectora, al haber permitido que se produjera el abuso, lo que despertaba sentimientos ambivalentes hacia los objetos maternos. Las chicas vivían a sus madres como pasivas, emocionalmente débiles, no asertivas e incapaces de dar protección. Su vulnerabilidad era identificarse con este modelo sumiso fue orientada clínicamente a través de la implicación de la coterapeuta mujer en negociaciones confiadas y activas con el coterapeuta hombre. Esta experiencia de identificación femenina positiva daba a cada miembro del grupo la oportunidad de desarrollar un sentimiento de dignidad, autoprotección y límites de sí misma. Las chicas estaban además luchando con la ambivalencia y el temor hacia los hombres debido al dolor y a la explotación por el abuso sexual del que habían sido objeto. Además, habían visto a sus madres en el papel pasivo y desesperanzado de meros objetos de la violencia y la agresión masculina. Dentro del grupo el coterapeuta hombre aportaba la sensación de actividad sin violar los límites físicos y sexuales; las muchachas podían ver a un hombre comportándose respetuosamente y respondiendo a las iniciativas de las mujeres.

En relación a la culpabilidad de las chicas, los coterapeutas se orientaban a enseñar que el abuso sexual no suponía falta ni era, ningún caso, responsabilidad de las muchachas; al igual que no era su culpa los repentinos cambios que a menudo seguían al descubrimiento de la situación de abuso (como separación matrimonial y encarcelamiento del agresor). La función terapéutica del grupo se orientaba a aliviar los sentimientos de culpabilidad de las chicas por haber estado implicadas en las relaciones sexuales y la ruptura familiar. Se hacía un trabajo de prevención frente a la internalización de la culpa y las situaciones de tipo depresivas.

En cuanto a las ideas autodestructivas de las muchachas, los coterapeutas enseñaban a estas que tal vez quisieran castigarse por haber tenido relaciones sexuales, ante lo cual Pescosolido y Petrella procuraban explorar la tendencia autodestructiva de las chicas y favorecer el desarrollo de defensas adecuadas.

Ante el deterioro de la imagen corporal de las chicas se hacía un enfoque psicoeducativo dirigido a nombrar correctamente las diversas partes del cuerpo, incluyendo genitales y restaurar las perfecciones dañadas de si misma y la rabia dirigida hacia el propio cuerpo como consecuencia del abuso sexual. Se hacía un trabajo preventivo orientado a contener la necesidad de castigarse corporalmente y a reducir el sentimiento de vergüenza, culpa y humillación.

El programa de tratamiento de abusos sexuales en niños incluía terapia de familia, terapia de pareja y sesiones con el niño y el agresor, cuando estaban clínicamente indicadas.

El Modelo de Homstead y Werthamer.

Homstead y Werthamer (1989) describieron un abordaje de tratamiento aplicado con éxito en dos grupos de adolescentes víctimas de abusos sexuales. Se llevó a cabo un ciclo grupal de 20 semanas de duración, seguido de otro periodo intercesiones de 4 a 6 semanas. Las sesiones de grupos eran semanales y duraban 90 minutos. El grupo se cerraba a partir de la tercera sesión. El tamaño del grupo era de siete miembros por término medio; las edades oscilaban entre 13 y 18 años. Tras completar un ciclo de 20 semanas, el período intermedio servía para reclutar y seleccionar a nuevos pacientes, a la vez que los participantes del primer grupo se tomaban un descanso. Luego se iniciaba otro ciclo de 20 semanas, con un grupo que incluía a las chicas antiguas y a las nuevas. Con este abordaje se alentaba a los participantes en el programa a formar parte de más de un ciclo del tratamiento. El abordaje terapéutico se basaba en varios principios y líneas maestras, fundamentados en el establecimiento y conservación de un espacio seguro:

- 1- Establecimiento de un contrato que subrayara la confidencialidad, el respeto y el apoyo de los demás miembros, así como la libertad de participación y la puntualidad.

- 2- Encontrar formas de hacer sentir seguridad a la hora de hablar.
- 3- Constituir un formato de grupo seminal lo bastante consistente como para contrarrestar el temor a los imprevistos.
- 4- Utilizar los factores psicoeducativos a las muchachas para ofrecer a las muchachas información efectiva sobre abusos sexuales, eliminar mitos sexuales y concepciones erróneas y aumentar la confianza de las participantes en el efecto curativo del proceso terapéutico.
- 5- Proporcionar modelos a seguir, dando a los adolescentes la oportunidad de ver a dos adultos en interacción positiva, discutiendo las cosas adecuadamente, manteniendo los límites y favoreciendo la colaboración y la cohesión.
- 6- Alentar a los miembros a controlar su propio proceso de toma de conciencia, siguiendo su propio ritmo en forma manejable por cada quien.

Los autores describieron fases de desarrollo grupal a lo largo del tratamiento. Antes de iniciar la terapia las chicas estaban considerablemente invalidas por el trauma del abuso sexual, con una gran falta de confianza en si mismas y en los demás, socialmente aisladas, con escasa autoestima, falta de vocabulario para expresar sus historias y emociones y una enorme ambivalencia en cuanto a hablar del abuso sufrido y de su experiencias en la terapia. A la descripción de las cuatro fases de la terapia, los autores unían la explicación de los objetivos terapéuticos, el calendario, las observaciones típicas, las características del grupo y lo específico de cada fase.

Homstead y Werthamer compararon y contrastaron los grupos, rastreando la influencia que mezclas diversas de clientes tenían sobre el desarrollo del grupo.

Según ambos autores (1989): "Conforme las clientes repiten la experiencia terapéutica son capaces de hacerse cargo con éxito de material nuevo y más profundo de forma que se hace claro un patrón de evolución del grupo. No obstante, para los adolescentes se trata de un proceso a largo plazo, especialmente par alas víctimas que han recibido un tratamiento más breve de lo indicado tras la descubierta de los hechos.

Este abordaje de tratamiento es aplicable a diversos grupos de población, ofreciendo la opción de un tratamiento a largo plazo y una estructura que subraya la seguridad, los límites y la finalización dentro de un amplio margen para que cada miembro progrese a su propio ritmo. El lapso intersecciones da a las participantes la oportunidad de de

ejercitarse e internalizar lo que han aprendido y reincorporarse al grupo como una experiencia a través de la cual pueden continuar transformando muchos de los negativos efectos que el abuso sexual ha tenido en sus vidas.

2.8 Terapia de grupo con adolescentes. Paul Kymissis, M.D.

Técnicas

Los actuales terapeutas de grupo utilizan con los adolescentes abordajes flexibles y eclécticos para lograr acercarse a los muchachos considerados difíciles. En la tecnología actual de la terapia de grupo con adolescentes se han integrado conceptos procedentes del psicoanálisis, el rolplaying, el feedback directo, la teoría general de sistemas, la sugestión hipnótica y las sesiones maratón. (Scheidlinger, 1991).

Círculo pequeño

Los grupos de adolescentes pasan por varias fases de desarrollo. La primera se caracteriza por el asentamiento de confianza hacia el líder y los demás miembros (Dintenfass, 1989). La fase intermedia se centra en temas ligados a la dependencia. Se considera que el grupo ha llegado a la fase final cuando los temas claves se han resuelto. Gary Bernfeld, Linda Clark y G. Parker (1984) Sugieren que la principal mejoría se advierte en los pacientes en las fases iniciales y media del desarrollo del grupo. S. H. Foulkes y E. James Anthony (1971) usaban la técnica del círculo pequeño: un máximo de 6 adolescentes se sientan en círculo en una habitación vacía. El terapeuta es flexible, trata al grupo como un conjunto y se enfoca hacia los temas latentes. Algunos de los temas importantes que se abordan son la identidad personal de cada miembro y la identidad de grupo, Foulkes y Anthony (1971) denominaban "La imagen colectiva" El silencio den un grupo de adolescentes puede resultar amenazante. El grupo entre movimientos regresivos y progresivos.

Coterapia

La Coterapia es una práctica habitual en los grupos de adolescentes. Billie Corder, Thomas Cornwall y Reid Whiteside (1984) usaban informes y observaciones estructurados de los coterapeutas de grupos de adolescentes. Hallaron que la técnica puede aumentar la eficacia de la coterapia y facilitar su desarrollo.

En estos grupos los coterapeutas con frecuencia son la diana de distorsiones transferenciales. En cierto grupo, el coterapeuta que más inducía a la confrontación era visto como el padre, mientras que el que rehusaba más sostenedor era visto como la madre del grupo. La contratransferencia en coterapia es una fuerza poderosa; los coterapeutas deben hacer un esfuerzo especial para comunicarse abiertamente entre ellos. Ofrecer un modelo proporciona una oportunidad adicional a los miembros del grupo para aprender a manejar sus conflictos, mostrarse a sí mismos y arriesgarse.

Homogeneidad

James Kennedy (1989) ha sugerido que los grupos de adolescentes deberían estar compuestos por miembros del mismo sexo. También opina que los coterapeutas del mismo sexo quieren promover la evolución del yo y la identificación del género.

Un grupo homogéneo supone un peligro de postergación de las relaciones heterosexuales. Otros autores (Leader, 1991) opinan que los grupos mixtos de adolescentes tienen ventaja sobre los de un único sexo.

Abordaje positivo

Diversos autores han descrito técnicas aplicables a poblaciones especiales que han demostrado ser útiles con los adolescentes. H.A. Rosenstock y M. McLaughlin (1982) han usado el abordaje de grupos positivos con adolescentes. Los terapeutas solo permiten que se hagan afirmaciones positivas; de esta forma pueden usarse los recursos positivos de los adolescentes, que a menudo son pasados por alto.

Adolescentes hospitalizados

En un grupo de adolescentes hospitalizados a la espera de ingresar en una residencia para tratamiento, el foco de atención se centro en los sentimientos de los adolescentes, de no ser queridos en su casa ni en los hospitales por las instituciones. El grupo sirvió como objeto transicional en la lucha de los adolescentes por atravesar esa dolorosa fase de sus vidas. (Zabusky, Kymissis, 1983). Hay que hacer un esfuerzo especial para compaginar las técnicas y expectativas de la experiencia de la terapia grupal con la población y sus problemas específicos.

Para los adolescentes hospitalizados la experiencia de grupo es un valioso componente en la planificación global del tratamiento. La hospitalización debe ser a corto plazo, orientada a la crisis y los síntomas, siendo necesario redefinir y modificar el abordaje grupal para cubrir las necesidades de los adolescentes. (Stein Kymissis, 1989). En el abordaje de la terapia de grupo múltiple (Kymissis, 1989) un grupo de terapeutas llevan varios grupos en una unidad de adolescentes ingresados, mientras en cada grupo se lleva una técnica dirigida a objetivos distintos. El empleo de técnicas no verbales estructuradas, que puedes regular la ansiedad y, al mismo tiempo, dar libertad de expresión es excepcionalmente útil en los grupos de adolescentes. La técnica de imagen colectiva sinaláctica (Vassiliou, 1968) se ha aplicado en una unidad de adolescentes para facilitar el proceso grupal. Cada paciente hace un dibujo antes de la sesión de grupo, cuando esta empieza se vota por el dibujo que se quiere comentar. Se pide al autor que diga, cuantos pensamientos, recuerdos, sentimientos y proyecciones se le ocurra en relación con el dibujo. Luego se invita a los demás miembros del grupo a hacer los mismos. El resultado es lo que Foulkes y Anthony (1971) denominaban la imagen colectiva (Identidad colectiva de grupo). Esta imagen colectiva pasa a ser el tema de la sesión; los componentes del grupo tienen la oportunidad de moverse entre la comunicación verbal y la no verbal, de acuerdo a su nivel de ansiedad. La posibilidad de la comunicación no verbal sirve como válvula de seguridad que regula el nivel de ansiedad del grupo. Unos de los problemas de los grupos de adolescentes es el alto nivel de ansiedad, que, con frecuencia paraliza al grupo; los miembros entorpecen, hacen el bobo, se ponen agresivos, resistentes en definitiva. Las técnicas no verbales regulan la ansiedad hasta niveles óptimos, de forma que puede seguirse el proceso terapéutico.

Terapia Combinada

La combinación de terapia de grupo con individual (terapia combinada) tiene ciertas ventajas, ya que permite que los adolescentes trabajen simultáneamente los problemas intrapsíquicos e interpersonales. También puede ser útil la combinación de terapia de grupo y terapia familiar (McClendon, 1976). Una técnica que usa la terapia de grupo y la de familia juntas en la terapia de grupo familiar múltiples. En este tipo de abordaje se

reúnen periódicamente 3 o 4 familias, (padres e hijos, que constituyen un grupo de 12 a 14 miembros) con dos coterapeutas.

La terapia de grupo se ha utilizado se ha utilizado con adolescentes y enfermos crónicos y discapacitados, como los aquejados de asma, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, artritis, retraso mental, trastornos psiquiátricos, ceguera y distrofia muscular; obteniéndose resultados positivos. Kennedy (1989) ha descrito como los grupos homogéneos de adolescentes físicamente enfermos desarrollan la cohesión más rápidamente que los grupos heterogéneos. Aunque el grupo homogéneo es útil para los tratamientos a corto plazo, en un grupo heterogéneo que incluye adolescentes físicamente sanos con problemas emocionales, los miembros enfermos pueden tener la experiencia positiva de ser aceptados por el resto de sus compañeros e integrarse en la discusión de los temas generales propios de la adolescencia.

Adolescentes víctimas de abusos

Recientemente, ha aumentado el conocimiento de la existencia de abusos físicos y sexuales, lo que ha contribuido al desarrollo de estrategias terapéuticas para tratar a las víctimas y, a veces, también a los agresores. La terapia de grupo ofrece ventajas especiales para los adolescentes que han sido objetos de abuso sexual (Kitchur, Bell, 1989). B.J. Cornean (1989) trató muchachas adolescentes víctimas de abusos sexuales en terapia de grupo. El grupo le sirve para manejarse con el trauma, con los sentimientos de haber sido traicionados, (dado que la mayoría de los agresores son miembros de la propia familia), su impotencia y la sensación de estigma. Muchos adolescentes, tras haber sufrido un suceso traumático, sienten rabia, hostilidad, culpa, vergüenza, tienen pesadillas, presentan trastornos de ingesta, etc. El grupo puede ayudarle a ventilar sus sentimientos, restaurar la autoestima y recuperar la confianza en los adultos. Maureen Kitchur y Ruthanne Bell (1989) recomiendan que los coterapeutas sean hombre y mujer. Las técnicas empleadas incluyen actividades artísticas, dramatización, discusión, juegos y contactos con los familiares.

Otras técnicas

D.B. Pickar (1988) ha usado la terapia de grupo con adolescentes con discapacitación para el aprendizaje, observando que el grupo facilita cambios positivos en las relaciones interpersonales en un período de tiempo muy breve.

David Halperin (1989) ha escrito sobre grupos de adolescentes en un centro de tratamiento especializado. Una de las tareas del centro es lograr que los chicos desarrollen un sentimiento de comunidad. La terapia de grupo puede jugar un importante papel en ese sentido. También puede servir como foro para discutir las crisis, la medicación, la hospitalización y los planes profesionales a la salida.

El suicidio es un asunto común entre los adolescentes de hoy día. Algunos colegios han pasado por epidemias de suicidios, ya que los adolescentes son muy susceptibles a la influencia ambiental y de sus pares. J.B. Saffer (1986) ha usado la terapia de grupo con adolescentes que habían perdido un amigo debido a suicidio. El grupo era el foro en que los adolescentes compartían sus sentimientos y se apoyaban unos a otros de forma constructiva.

El abuso de drogas es otra área de aplicación de la terapia de grupo entre adolescentes. Algunos grupos de sesiones prolongadas (sesiones maratón) pueden durar todo el día. La experiencia de un maratón terapéutico no debe ser un hecho aislado sino que conviene integrarla dentro de la planificación global del tratamiento. Los adolescentes hijos de alcohólicos son una población de riesgo en cuanto al consumo abusivo de alcohol y otras drogas. Román C. Bogdaniak y Fred P. Piercy (1987) organizaron grupos escolares para adolescentes cuyos padres eran alcohólicos. Se elige a un miembro del grupo como conductor del mismo; éste abre la sesión con unos momentos de silencio. Todos los miembros recitan la Serenity Prayer (Oración de la Serenidad); luego un miembro hace una lectura y se invita a que hablen el resto de miembros.

Norman S. Brandes y Linda Moosbrugger (1985) hicieron un grupo en que participaban conjuntamente adolescentes y adultos jóvenes. Esta modalidad enseña a los adolescentes a prestar apoyo, aceptar consejo y guía, responsabilizarse de su

conducta, tolerar las críticas, aceptar la realidad social y expresar sus sentimientos y actitudes.

2.9 Terapia de grupo con ancianos. Hadaza Neiman Gurfein, Ph. D. y Gabrielle F. Stututman, Ph.D.

Técnicas

La diversidad de los ancianos tiene como contrapartida una amplia gama de abordajes psicoterapéuticos. Susan Tross y June E. Blum (1988) establecen dos categorías: orientados al insight y de apoyo. La terapia orientada al insight consiste en la elaboración de los conflictos emocionales persistentes a lo largo de la vida; la terapia de apoyo aborda las dificultades y relaciones actuales. La primera suele aplicarse a ancianos activos, mientras que la de apoyo es más útil para los frágiles, pero las distinciones no son rígidas y se dan muchos solapamientos. Algunos han sugerido una posición intermedia o una integración de ambas (Liederman, Green, Liederman, 1967). El valor de las técnicas expresivas, incluso con pacientes moderadamente dementes, empieza a ganar reconocimiento. Queda por ver si la modificación de la técnica en los grupos de ancianos es siempre necesaria (Tabla D.192)

Gran parte de lo tratado en este capítulo se refiere a los ancianos, pero sus cuidadores —ya sean amigos, familiares o personal sanitario—son puntos de mira importantes para la intervención con terapia de grupo (Goldstein, 1990). A menudo se les incluye en sesiones terapéuticas con pacientes ancianos y siempre pueden beneficiarse de cualquier tipo de grupo terapéutico debido al constante estrés que deben soportar.

Tabla

Modalidades de terapia de grupo con ancianos

Grupos orientados al insight

Terapia psicodinámica de grupo

Terapia psicoanalítica de grupo

Grupos de psicodrama

Terapia de grupo para revisión de la vida

Grupos orientados al apoyo

Terapia de grupo de resocialización

Terapia de grupo de validación
Terapias de rehabilitación y actividad
Terapia de remotivación
Terapia por el arte
Terapia de grupo de orientación en la realidad
Terapia de grupo cognitivo-conductual
Terapia de familia

La terapia puede ser de grupo abierto o cerrado, tanto en lo relativo al número de participantes como al de sesiones. La terapia de apoyo suele hacerse con pauta de duración limitada con más frecuencia que la terapia orientada al insight. También existen numerosos grupos de autoayuda, algunos dirigidos por líderes entrenados a tal fin.

Grupos orientados al insight

Se dirige a la elaboración de trastornos funcionales, al margen de síndromes orgánicos concomitantes. La terapia se divide en dos tipos fundamentales: terapia dinámica de grupo y terapia de grupo de revisión.

Terapia dinámica de grupo

- Terapia psicoanalítica de grupo:

Se centra en la resolución de conflictos específicos mediante la puesta al descubierto de las defensas inconscientes. Tradicionalmente los terapeutas adoptan una actitud no directiva y opaca con contactos mínimos con los pacientes fuera de las sesiones. El terapeuta puede hacer interpretaciones tanto individuales como dirigidas al grupo.

- Psicodrama

El psicodrama simultanea el uso del dialogo y el rol-playing en interacciones semiespontáneas, en las que se sugieren roles a representar para facilitar la exploración psicológica de los conflictos y generar soluciones alternativas. Gilbert A. Schloss (1988) plantea el formato de sesión con un periodo de precalentamiento, de puesta en marcha, en el que alguno de los miembros plantea un problema, que es, a la vez particular y significativo para todo el grupo. Una vez presentado el drama del

protagonista los miembros del grupo ponen en común las vivencias que han estimulado en ellos. Posteriormente se elaboraran el valor del drama retrospectivo como forma de revisar la vida y el sociodrama como medio de experimentación con nuevos roles.

Terapia de grupo para revisión de la vida

Se considera un proceso de revisión de la propia vida – lo que incluye recuerdos y reminiscencias, una perspectiva y la evaluación del presente – facilita la consolidación de asuntos ya asumidos anteriormente por la persona, alivia la ansiedad frente al incierto futuro y mejora la cohesión del grupo. La revisión de aspectos de la vida es un elemento fundamental en la terapia de grupo, tanto con ancianos activos como frágiles. Ello supone recordar hechos, elaborar sentimientos y culpas del pasado clarificar los valores vitales personales y resolver conflictos.

Grupos de apoyo

Se utilizan sobre todo con ancianos frágiles con la intención de reparar el daño producido por los agentes estresantes del último periodo de la vida restableciendo técnicas adaptativas adecuadas. Estos grupos subrayan la importancia de centrarse en problemas actuales y favorecer a los participantes para afrontarlo. De paso el proceso grupal sirve de oportunidad para satisfacer la necesidad de relaciones interpersonales.

Terapia grupal de resocialización

Se aplica sobre todo para compensar la reducción del entramado social y la pérdida de un rol activo que sufren los ancianos. El proceso grupal a menudo proporciona gratificaciones directas y la oportunidad de poner al día los recursos de interacción social. Se resalta la cohesividad, la creación de nuevos roles sociales y el refuerzo positivo de comportamientos valorados por el grupo.

Terapia de grupo de validación

Se centra en las consecuencias emocionales y psicológicas de la pérdida de memoria para hechos recientes. Las intervenciones se dirigen a los contenidos emocionales antes que la expresión de lo cognitivo. El grupo se reúne siempre en el mismo sitio y con la misma distribución de asientos asignados, se inicia dando la bienvenida a los miembros y cantando una canción de grupo. A continuación se discute sobre un tema

emocional previamente seleccionado. La sesión de grupo termina con el agradecimiento del terapeuta a los miembros, una canción de despedida.

Terapia de rehabilitación y actividad

- Terapia de remotivación: Se llevan a cabo discusiones sobre la vida cotidiana con la finalidad de resocializar y estimular el interés por el medio. El objetivo final de la sesión es la aplicación de la información en sus vidas cotidianas a nivel inmediato.
- Terapia por el arte: pretende estimular experiencias catárticas y facilitar el control de impulsos. El grupo de arte por la terapia ofrece también un vehículo para las relaciones interpersonales informales, lo que se facilita mediante la presencia de una gran mesa disponible para realizar los proyectos de grupo. La poesía, la danza y el drama son modalidades terapéuticas asociadas.
- Terapia de grupo para orientación en la realidad: tiende a ser más eficaz como parte de todo un contexto de tratamiento en que los miembros del personal sanitario recuerdan a los pacientes la hora, lugar y personas en cada interacción. Se colocan en lugares bien visibles, grandes relojes y calendarios. Durante los encuentros de grupo se comenta acerca de hechos cotidianos

Terapia cognitivo conductual

Es una técnica estructurada, eficaz, y a tiempo limitado con el objetivo de que el paciente reconozca y corrija sus distorsiones cognitivas y falsos juicios sobre la realidad.

Grupos para ejercitación de habilidades sociales

Sirven para desarrollar comportamientos asertivos y reducir conductas asertivas

Terapia de familia

Puede utilizarse como un abordaje intergeneracional ante la ruptura de roles y además conflictos adaptativos planteados por el envejecimientos de los abuelos.

2.10 Encuentros comunitarios o comunidad terapéutica. Sigmund W. Karterud, M.D. Ph. D.

Técnicas

Encuentros para apoyo del yo

Russakoff y Oldham (1982) han propuesto algunas líneas maestras para los encuentros comunitarios con una tarea primaria de estructuración y apoyo del ego. Este modelo se ha aplicado con especial frecuencia en las hospitalizaciones cortas, en que predominan pacientes con psicosis y graves trastornos de personalidad. Las recomendaciones técnicas incluyen la asistencia de pacientes y staff, seguir un orden del día, recopilar información, aportar un tema de cierre antes de cambiar a otro asunto, centrándose en la experiencia de separación y utilizando comienzos y finales que sirvan de apoyo. El encuentro lo dirige un miembro del staff previamente designado. También han de tenerse en cuenta la duración, frecuencia y disposición de los asientos. Un encuentro estructurado puede durar 30 minutos; las reuniones no estructuradas, dependiendo en gran medida del desarrollo espontáneo de la dinámica del aquí y ahora, pueden durar una hora. Sentarse en círculos concéntricos estimula las proyecciones; se recomienda sentarse en hilera cuando es conveniente la prueba de realidad inmediata.

Encuentros exploratorios

El foco de interés se ha centrado en la dinámica del liderazgo y la técnica en el sentido de grupo analítico. El modelo alternativo, consistente en el liderazgo indiferenciado entre los miembros del staff, plantea un mayor riesgo de dar lugar a la disolución de responsabilidades y a que los miembros del staff sirvan de vehículos para las tendencias a la escisión propias de estos pacientes. Los líderes deben ser capaces de mantener en mente una representación realista del grupo como sistema social complejo. El líder se ve encarado continuamente a los intentos de convertir al grupo en un agente de acción, que confirmación que confirmaría la fantasía de que el dolor psíquico se cura expulsando o recibiendo algo. Así, el líder incorpora el ideal de diálogo a través de los límites.

Encuentros facilitadores de la terapia

La terapia de duración intermedia o a largo plazo en el marco de un hospital de día es un tratamiento adecuado para pacientes con trastornos de personalidad y neurosis incapacitantes. Un programa de tratamiento de día es menos complicado que un programa para internos desde el punto de vista administrativo, y el tiempo que los pacientes pasan juntos fuera del encuadre neto del tratamiento está limitado, de ahí que, en consecuencia, sean menos apremiante la necesidad de dedicar el encuentro comunitario a la exploración de dinámicas grupales.

2.11 Modelos y técnicas con pacientes ingresados. Virginia Brabender, Ph.D.

Modelos y Técnicas

Los modelos actuales de terapia de grupo con pacientes internos comparten varias características (Brabender, Fallón, 1993). La mayoría de los modelos establecen objetivos muy específicos, a emparentados con la mayoría de los abordajes con pacientes ambulatorios. Los objetivos generalmente se seleccionan en base, tanto a los limitados recursos de los pacientes, como a la típica brevedad de la experiencia grupal. Los modelos existentes demandan del terapeuta la aplicación activa de un conjunto de intervenciones bien articuladas. La mayoría evitan centrarse exclusiva mente en la expresión afectiva o la catarsis, que en general se ha demostrado infructuosa con los yacientes internos. En lugar de ello, y aunque se permite la emergencia de los afectos en grado diverso, se suele presentar a los pacientes una estructura que les facilite la organización cognitiva de sus experiencias. Los modelos actuales enfatizan mucho la exploración de las interacciones dentro del grupo, es decir, se centran en el aquí y ahora. Se presta poca o ninguna atención a los determinantes históricos de los problemas psicológicos. La mayoría de modelos (requieren que el terapeuta tome en cuenta el encuadre del grupo dentro de un marco más amplio, cuyas características estructurales y dinámicas influyen sobre el grupo. Sin embargo, el grado en que se tiene en cuenta el entorno difiere de unos modelos a otros.

Modelo de desarrollo de habilidades.

Los modelos de desarrollo de habilidades como parten con los primeros modelos didácticos la percepción del grupo como un espacio en que cabe el aprendizaje. Sin

embargo, mientras los abordajes iniciales estaban dirigidos a que los pacientes adquiriesen información, los modelos didácticos de hoy día ayudan a los miembros a lograr habilidades específicas. En cada sesión las intervenciones del terapeuta se encaminan a dar la oportunidad a los miembros de practicar sus habilidades.

Modelo educativo.

El modelo educativo propuesto por Jerraid Maxmen (1978, 1984) se orienta a ayudar a los pacientes a adquirir la habilidad del pensamiento clínico, lo que les capacita para detectar las circunstancias que conducen a una exacerbación o a una mejoría de los síntomas, de forma que cada miembro pueda ganar control sobre sus propios síntomas. El presupuesto es que si los miembros pueden aprender a pensar clínicamente en relación con el resto de miembros del grupo, serán capaces de poner en juego esa habilidad cuando haga falta una vez hayan salido del hospital. Aunque el terapeuta se centra en las experiencias de los miembros dentro del grupo, los problemas a discutir deben estar específicamente relacionados con los que obligaron a la hospitalización.

Modelo de resolución de problemas.

El modelo de resolución de problemas (Coche, 1987), basado en el trabajo de George Spivack y Myrna Shure (1974), ayuda a los miembros a adquirir habilidad para la resolución de problemas interpersonales. Este modelo asume que los pacientes psiquiátricos tienen deficiencias en su capacidad de resolver problemas y que los síntomas se deben, en parte, a ello. La mejora en la capacidad de resolver problemas aumentará la autoestima de los pacientes y, en consecuencia, les hará más capaces para realizar las tareas cotidianas y menos vulnerables ante la recrudescencia de los síntomas. Los miembros del grupo pasan por una serie de escalones en la resolución de problemas, que incluyen: (1) clarificar el problema, (2) generar alternativas, (3) evaluar las alternativas, (4) rolplaying, y (5) informar al grupo sobre los resultados de las diversas soluciones. Este abordaje se ha aplicado a una amplia gama de edades y categorías diagnósticas.

Modelo de habilidades sociales.

El modelo conductista de habilidades sociales favorece la adquisición de habilidades en el manejo interpersonal dividiendo cada una de ellas en múltiples componentes conductuales. Por ejemplo, la habilidad para iniciar una conversación puede dividirse en componentes básicos como son mantenerse a la distancia adecuada de la otra persona, modular la voz, saludar, formular preguntas y escuchar las respuestas. Estos elementos de conducta se incorporan luego dentro de las tradicionales intervenciones conductistas, tales como ensayo, repetición, modelo y rolplaying. Este modelo se ha aplicado en diversas categorías de población psiquiátrica, pero resulta especialmente útil en poblaciones con trastornos crónicos (Lieberman, Mueser & Wallace, 1986).

Modelo cognitivo conductual.

El modelo cognitivo (Freeman, 1987) pretende variar los aspectos intelectivos que supuestamente dan pie a afectos displacenteros. Mediante la participación en el grupo los miembros no sólo cambian pensamientos específicamente negativos, sino que aprenden un método por el que los pensamientos que despiertan una nueva depresión pueden detectarse y reducirse en frecuencia e intensidad. Los miembros del grupo reciben instrucción didáctica sobre la relación entre lo cognitivo y lo afectivo; se les asigna tareas «para casa» que tienen que ver con las identificaciones, prueba de realidad y variación de cogniciones disfuncionales; también se revisan las tareas encomendadas en la sesión precedente. El modelo cognitivo-conductual se ha usado fundamentalmente para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad.

Modelos interpersonales

El segundo de los modelos de mayor importancia, el interpersonal, brinda a los pacientes la oportunidad de aprender acerca de sus modos de relacionarse y corregir las distorsiones en su manera de ver a los demás y a sí mismos mediante la exploración de sus relaciones con miembros del grupo. Antes de los años 80 los abordajes interpersonales con grupos de pacientes internos consistían en sesiones relativamente no estructuradas, en las que se alentaba a los participantes a implicarse en el aprendizaje interpersonal basado en el contexto actual (el aquí y ahora) del grupo. Aunque tales abordajes siguen aplicándose en algunos encuadres con pacientes

internos, se ha producido un cambio hacia la aplicación estructurada del modelo interpersonal.

Yalom (1983) ha sido el principal defensor de un abordaje interpersonal muy estructurado. Este autor observó que la breve permanencia de los pacientes en el grupo no permitía lograr cambios interpersonales sustanciales. El sostiene que un objetivo realista es el de proporcionar al paciente una experiencia terapéutica positiva. Además, dentro del abordaje interpersonal estructurado, se ayuda a los participantes a: (1) ver que hablar sirve de ayuda, (2) separar áreas de problemas para un trabajo ulterior, y (3) aliviar algo la ansiedad provocada por la estancia en la unidad psiquiátrica. Todos estos objetivos específicos constituyen una finalidad más amplia: aumentar la motivación de los pacientes para seguir terapia ambulatoria. En consonancia con estos objetivos, Yalom propone dos modelos: el modelo de agenda interactiva y el modelo grupal focalizado. Cada uno de ellos se dirige a pacientes con distintos niveles de funcionamiento.

Modelo de agenda interactiva.

Se orienta al tratamiento de pacientes internos con buen nivel de funcionamiento yoico. En cada sesión los pacientes plantean un orden del día asociado a un problema interpersonal que pueda abordarse dentro del contexto de sus relaciones entre ellos. La agenda u orden del día debe ser lo bastante concreta como para que pueda completarse en una sola sesión. Dadas las limitaciones temporales de la sesión, el terapeuta intenta entrelazar las agendas de diversos miembros.

Durante el turno de agenda, Robin dijo que quería saber si los hombres la odiaban porque hablaba demasiado. El terapeuta trabajó con ella para formular una agenda específica asociada a sus relaciones con los demás miembros del grupo. A partir de la agenda revisada, Robin pidió a los hombres del grupo que le dijese si se aburrían cuando ella hablaba de sí misma. Otro miembro, Max, estableció como su orden del día «no dejar cocer a fuego lento los sentimientos de resentimiento hacia otros miembros del grupo, sino airearlos». El terapeuta integró ambas agendas, estableciendo un acuerdo con Robin para que intermitentemente se dirigiese a Max para ver que era lo que él sentía por ella.

Una vez que los miembros del grupo han establecido su orden del día, trabajan para cubrirlo. La sesión acaba con un resumen en que los observadores y los coterapeutas hacen comentarios acerca del grupo, seguido de la discusión final por los pacientes y el terapeuta.

Igual que en otras aplicaciones del abordaje interpersonal, el modelo de agenda interactiva se apoya sobre todo en el aprendizaje interpersonal, un proceso basado en el supuesto de que la psicopatología y los síntomas se deben a relaciones interpersonales mal adaptativas. Este modelo asume que los miembros inevitablemente repetirán sus dificultades interpersonales en el pequeño grupo terapéutico. En el ejemplo expuesto más arriba se supone que si Robin habla demasiado y escucha poco en sus interacciones con los hombres fuera del grupo, es probable que también lo haga dentro del mismo. En consecuencia, la tarea del terapeuta es la de ayudar a los miembros a desarrollar relaciones gratificantes, libres de distorsiones, ayudando a los miembros a centrarse en sus relaciones con algún otro. El aprendizaje interpersonal conlleva dos fases en el proceso: los miembros interactúan libremente, sobre la base de la espontaneidad afectiva, y luego reflexionan acerca de sus interacciones (Yalom, 1985). Para llevar a cabo el aprendizaje interpersonal en un grupo de pacientes internos, el terapeuta debe ser muy activo en cuanto a la estructuración de las interacciones entre los miembros. Los comentarios del terapeuta tienen por finalidad centrar a los miembros en el aquí y ahora; mantener un tono positivo, dentro de un clima de apoyo emocional; y asegurar que la hostilidad contaminará al grupo en el menor grado posible (Yalom, 1983).

Modelo de grupo focalizado.

El modelo de grupo focalizado de Yalom está diseñado para pacientes con bajo funcionamiento yoico, que no tolerarían la ansiedad asociada al modelo de agenda interactiva. Los miembros del grupo participan en una serie de ejercicios interpersonales estructurados con el fin de aumentar su sentimiento de seguridad al estar con otras personas y su capacidad de percibir la realidad con precisión (Yalom, 1983; Vinogradov, Yalom, 1989). Aunque este modelo también descansa sobre el aprendizaje interpersonal, el enfoque en el aquí y ahora es cuidadosamente filtrado

hasta el nivel de interacción que los miembros puedan tolerar. Yalom subraya que un entorno de apoyo tiene capital importancia en este tipo de grupo.

Modelos psicodinámicos

Un tercer tipo de modelos son los de orientación psicodinámica. Todos ellos tienen en común promover el cambio intrapsíquico. Hay un modelo psicodinámico, particularmente bien articulado (Kibel, 1981), que integra la teoría de relaciones objétales con la teoría general de sistemas. Según este modelo, se considera que los pacientes requieren hospitalización debido a un fracaso de la escisión, un mecanismo defensivo que suele servir a los pacientes bórdenme para mantener su sentimiento de bienestar. La consecuencia de la pérdida de la escisión es que los afectos e impulsos negativos, especialmente los hostiles, se infiltran en la percepción del self y de los otros. Las percepciones negativas conducen enseguida a intercambios negativos con los demás.

Aunque el modelo contempla a los miembros del grupo de pacientes internos como con un gran potencial regresivo, también se reconoce el poder de la unidad psiquiátrica para estimular el proceso de regresión. La ambigüedad y multiplicidad de roles que el personal sanitario y los pacientes tienen entre ellos, la pérdida de roles familiares por parte del paciente y los sucesos imprevisibles y frustrantes (por ejemplo, vacaciones del personal sanitario, intentos de suicidio, fugas, etc.), comunes en un servicio psiquiátrico, provocan desorganización intrapsíquica y son caldo de cultivo para que los pacientes exoactúen (acting out) sus transferencias negativas entre ellos. A través de la identificación proyectiva, los pacientes intentan que sean otros (pacientes y personal de plantilla) los que experimenten sus propios estados afectivos indeseables como un medio de quitárselos de encima y darle así consistencia a sus percepciones sobre sí mismos. Estos intentos y las respuestas contratransferenciales del staff crean una atmósfera de tensión y volatilidad.

La aplicación de la teoría general de sistemas (von Bertalanffy, 1968) al grupo arroja luz sobre como éste puede servir para reducir las tensiones surgidas en el departamento y ayudar a los miembros a recuperar su nivel premorbo de funcionamiento, mediante la readquisición del mecanismo de escisión (spíttíng). La

aplicación de una perspectiva basada en la teoría general de sistemas supone que el grupo psicoterapéutico es un subsistema de la unidad psiquiátrica. El continuo flujo de información entre la unidad y el grupo hace que éste sea permeable a todas las tensiones de la unidad surgidas entre el staff y los pacientes. La naturaleza muy interactiva y focalizada del pequeño grupo y la presencia de una autoridad clara representada por la figura del terapeuta (a quien los miembros ven como el representante del equipo de trabajo) conduce a una intensificación y dramatización de la dinámica de la unidad psiquiátrica.

El siguiente fragmento de una sesión grupal muestra como el material de una sesión refleja las preocupaciones estimuladas por la vida en el departamento psiquiátrico:

Uno de los miembros empezó diciendo al grupo que tenía ganas de echar una siesta. Otro miembro preguntó a la terapeuta, que había estado fuera, si lamentaba haber vuelto de vacaciones. Un tercero le señaló al anterior que no podía saber si la terapeuta había estado de vacaciones, que quizás hubiera estado enferma, como su psiquiatra, que había faltado tres días por un resfriado. Los miembros del grupo continuaron hablando de forma inconexa, mientras el terapeuta percibía una atmósfera de amonestación infiltrándose en el grupo. La terapeuta se preguntó en voz alta si los miembros estaban preocupados por el staff, ya que la noche antes una serie de pacientes de la unidad habían visto como un paciente sicótico infectado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) mordía a un miembro del personal sanitario. Tras este comentario, los miembros empezaron a hablar con más energía acerca del suceso de la noche anterior y sus diversas reacciones frente al mismo: su ansiedad al ver la vulnerabilidad del staff y el potencial de venganza, su envidia por la ecuanimidad de los miembros del staff frente a la amenaza, sus miedos acerca de su propia seguridad y su rabia porque el staff quizás no pudiera protegerse a sí mismo o a los pacientes suficiente mente.

En el modelo psicodinámico el terapeuta hace interpretaciones clarificadoras que establecen paralelismos entre las tensiones dentro del grupo y las tensiones en la unidad (Kibel, 1981). Tales intervenciones contribuyen a la neutralización de la agresividad y otros afectos, ayudando a los miembros a caer en la cuenta que tales

reacciones negativas dentro del grupo son respuestas comprensibles ante sucesos inquietantes o aspectos incómodos de su vida en la unidad psiquiátrica. Cuando los miembros reconocen estas reacciones, el grupo les ofrece una red de seguridad, ausente en la terapia individual. A través de la expresión de afectos negativos hacia el terapeuta, los demás miembros del staff y el hospital, los miembros del grupo pueden agarrarse a su percepción positiva del grupo. La experiencia de retener una imagen positiva del grupo frente a sus expresiones de hostilidad disminuye el miedo de los miembros al poder destructivo de tales expresiones. La escisión se restaura tanto por este proceso como por las muchas oportunidades que los miembros tienen en el grupo para responder a otros en tono de ayuda, lo que cataliza y refuerza la consistencia de las imágenes positivas de sí mismos.

Manejo de las emociones

Los seguidores de los principales modelos contemporáneos están de acuerdo en que, en el grupo de pacientes internos, debe darse prominencia al elemento cognitivo que organice las percepciones de los miembros de sus experiencias con los demás. Sin embargo, existe menos acuerdo respecto al papel del afecto, especialmente las emociones de coloración negativa como la rabia y la envidia. Las diferencias entre unos y otros modelos radican en diferencias fundamentales concernientes a la visión de cada modelo respecto a la psicopatología. En general, los modelos basados en el conflicto es más probable que apoyen la emergencia de sentimientos negativos que los modelos basados en el déficit.

Cuando comenzó la sesión, Alicia mantenía una discrepancia con otra mujer del grupo, Toby. Estaba regañando a Toby por haber entrado en su sesión y reclamar la atención del terapeuta, que era el mismo para ambas. Toby era conocida por todos los miembros por ser intrusiva tanto en el grupo como en el departamento. «Pero era una emergencia, ¿qué otra cosa podía hacer?», protestó Toby poniendo mala cara. «Contigo todo es una emergencia», dijo sarcástico otro miembro del grupo. Otros miembros asintieron, mientras Toby parecía confusa y herida.

En esta situación, Toby corría el riesgo de convertirse en el chivo expiatorio del grupo. La mayoría de los modelos actuales proporcionan al terapeuta algunos medios para

reducir la hostilidad miembro a miembro, de forma que Toby quedase protegida ante los indeseables afectos del papel que se asignaba.

Resolución de problemas.

El modelo de resolución de problemas podría ayudar a Toby a caer en la cuenta de que, mientras ella ve sólo una solución a su problema, hay toda una variedad de medios para satisfacer su deseo de recibir asistencia en sus «emergencias». El terapeuta podría plantear el asunto diciendo:

Toby estaba frente a un problema. Ella tenía una urgencia, sentía que necesitaba de su terapeuta atención inmediata, de forma que interrumpió la sesión de Alicia. Aunque la conducta de Toby es una posible solución, parece que ha despertado cierta irritación entre otros miembros del grupo. Quizás existen otras soluciones que Toby no vio en ese momento, que podrían haber traído distintas consecuencias. Así pues, vamos a ver si entre todos se nos ocurren cosas acerca de este problema, pero antes veamos si hemos comprendido el problema claramente.

El terapeuta lleva al grupo hacia el primer paso del proceso de resolución del problema, la clarificación del mismo. Siguiendo los diversos pasos de la solución al problema de Toby, el grupo va creando una estructura cognitiva capaz de contener y reducir las emociones negativas, a la vez que quizás ayude a Toby a responder de forma menos impulsiva a sus necesidades, generando menos hostilidad entre sus compañeros. De manera que, en el modelo basado en el déficit, la adquisición de una nueva habilidad por los miembros neutraliza la hostilidad dentro del grupo.

Agenda interactiva.

En el modelo de agenda interactiva, una secuencia típica de acontecimientos en respuesta a la confrontación de Alicia con Toby sería la siguiente:

El terapeuta dijo: «Alicia y probablemente otros están aburridos de la manera en que Toby maneja su ansiedad. Toby, ¿es cierto que te sentías un poco ansiosa?»

Toby respondió: «Por supuesto, y lo estoy todavía, con todo el mundo que se me echa encima».

El terapeuta siguió: «Bien, tal vez podamos descubrir alguna otra respuesta posible por parte de Toby a la ansiedad, que realmente la acercara a vosotros (refiriéndose a los demás miembros del grupo), en lugar de alejarla».

Un miembro dijo: «Toby siempre tiene que estar encima del personal de la planta; el terapeuta, la enfermera jefe... Mientras lo que hacemos el resto de nosotros en alguna ocasión es hablar con otros pacientes del departamento. Hay un montón de pacientes que me han ayudado; no necesito entrar a saco durante la sesión de otra persona con el terapeuta»

El coterapeuta preguntó: « ¿Y aquí qué sucede? ¿Se niega Toby a sí misma la oportunidad de obtener apoyo de otros miembros del grupo, como dices que hace en la planta?».

Alicia respondió: « ¡Sí! Cuando habla sólo te mira a ti y a ti (señalando a los coterapeutas). Cuando uno de nosotros le responde, parece como si no nos escuchara».

Toby dijo que no tenía conciencia de responder de esa forma al resto del grupo.

| El coterapeuta dijo: «Quizás sea algo que podríamos trabajar hoy. Tal vez, Toby, cuando alguna cosa te produce ansiedad en el grupo podrías intentar compartir tus reacciones no sólo con los terapeutas, sino también con los demás miembros del grupo. Una forma de hacerlo es intentar mirar a los demás cuando estás hablando. ¿Quemas trabajar este asunto como un punto de tu agenda de hoy?».

Como se ve, en el modelo de agenda interactiva el terapeuta alienta a los miembros a identificar conductas alternativas a las que despiertan hostilidad en el grupo. El terapeuta guía al grupo sugiriendo conductas que probablemente estimularán respuestas más sintónicas de los demás miembros.

Relaciones objétales-teoría general de sistemas.

Las intervenciones, tanto del modelo de resolución de problemas, como del modelo interpersonal tienen el efecto de reducir el nivel de hostilidad dentro del grupo. Por el contrario, el modelo de relaciones objetales teoría general de sistemas sostiene que cuando los pacientes no disponen de la oportunidad para reconocer los sentimientos

negativos y prestarles oído, dichos sentimientos se toman aún más amenazantes. En consecuencia, los objetivos del terapeuta son proteger a Toby de ser el chivo expiatorio a la vez que acepta las expresiones de hostilidad del niño. El terapeuta puede perseguir estos dos objetivos, aparentemente incompatibles, mediante intervenciones de este estilo:

El terapeuta constata que los miembros del grupo están irritados con Toby; hace la observación de que a menudo otras personas del grupo, igual que Toby, sienten que están en una crisis que requiere asistencia urgente y ayuda inmediata por parte del staff. El terapeuta reconoce que en tales momentos resulta exasperante e irritante tanto que se le pida a uno que espere como que se interrumpa la propia sesión para atender a otro.

Un miembro expresó entonces cierta rabia hacia los cortes que daba el staff a veces: «Todas las noches me dicen: Lo siento, hay alguien enfermo que está llamando...tendrás que esperar».

Otro miembro criticó al terapeuta de grupo por su fallo a la hora de reconocer qué persona del grupo estaba más necesitada de atención y por no clarificar la manera en que esa persona debería decirlo.

Otro miembro se preguntó si el terapeuta tenía favoritos.

Conforme a este modelo el potencial para generar un chivo expiatorio se reduce gracias a la ayuda que se presta a los miembros para identificarse unos con otros, incluido el chivo expiatorio. El terapeuta intenta mostrar a los miembros del grupo que los aspectos que tienen en común son más fuertes que los que les dividen. Lo que los miembros comparten es la hospitalización y la inevitable frustración que las características del medio producen. Se autoriza a los miembros a reconocer y aceptar sus reacciones emocionales, comprobando que son compartidas por el grupo y que son reacciones razonables, dada la realidad de la vida en el departamento (por ejemplo, el hecho de que con frecuencia los pacientes deben esperar o se ven interrumpidos por las necesidades de otros). Por tanto, el modelo sistémico de relaciones objétales, basado en el conflicto, permite la emergencia de afectos negativos dentro del grupo, pero planificadamente, de forma que los miembros pueden tolerarlos.

Referencias Bibliográficas

1. Alonso, A; Zwiller, H. (1995) *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México, DF. Manual Moderno.
2. Ávila Espada, A. (1993). *Manual de psicoterapia de grupo-analítico vincular*. Madrid. Quipú.
3. Ávila Espada, A; García de la Hoz, A. (1994) *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en Salud Mental*. Madrid. SEGPA.
4. Bach, G. (1958). *Psicoterapia Intensiva de grupo*. Buenos Aires. Hormé.
5. Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.NJ.
6. Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
7. Castanedo, C. (1997). *Grupos de encuentro en terapia Gestalt*. Barcelona. Herder.
8. Colli, M; Zaldívar, D. (2002). *Factores curativos en Psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados*. Adicciones.
9. Córdova, Castro, A. (1980). *Psicoterapia de grupo. Algunos aspectos Filosóficos, Teóricos y Prácticos de la Psiquiatría*. La Habana. Científico Técnica.
10. De Maria, F (1995). Lo Verso G. *La Psicodinamica dei Gruppi. Teorie e Technique*. Roma. Raffaello Cortina.
11. Durkin, I. *Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo*. México, Limusa.
12. Everly, G. (1981). *Rosenfeld R: The Nature and Treatment of the Stress Response: A Practical Guide for Clinicians*. Plenum. New York.
13. Fagan, J; Shepard, I. (1978). *Teoría y práctica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires. Amorrortu.
14. Fay, A; Lazarus, A. (1995). *Terapia de grupo cognoscitivo-conductual. Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México. Manual Moderno.
15. Flores, P. (1997). *Group psychotherapy with addicted populations*. New York. The Haworth Press.
16. Fonseca, J. (1999). *Elementos de psicodrama contemporáneo*. Sao Paulo. Agora.
17. Foulkes, S. (1988) *Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo*. México DF. Limusa.

18. Gibb, J. (1982). *Efectos del entrenamiento en relaciones Humanas*. México. Editorial Interamericana.
19. Gómez, E.R. (1997) *Una perspectiva histórica de la psicoterapia de grupo*. Paidós.
20. Kestemberg, E. (1987). *Le Psychodrama Psychoanalytique*. Presses Universitaires de France. Paris.
21. Kellerman, P F (1991). *Facus on Psychodrama*. Kingsley. London.
22. Knobloch, F. (1968). *The system of group-centered psychotherapy for neurotics in Czechoslovakia*. Am J Psychiatr.
23. McKenzie, KR. (1990). *Time-limited Group Psychotherapy*. New York: American Psychiatric Press.
24. Moreno, JL. (1967) *Bases de la Psicoterapia*. Buenos Aires. Paidós.
25. Packarz de Losso, A. (1988) *Historia de la psicoterapia de grupo en la Argentina*. Buenos Aires. Cinco.
26. Pichón Riviere, E. (1987) *Del Psicoanálisis a la Psicología social*. Buenos Aires. Nueva Visión.
27. Pines, M. (1996) *Ideología e toleranza nella clinica gruppo anaifíca*. Archiv Psicol Neurol Psichiatr.
28. Potts, F (1960). *Psicoterapia de grupo e Introducción a la Sociometría*. La Habana. Imprenta Nacional de Cuba.
29. Rodríguez, Mesa R. *Psicoterapia de grandes grupos*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1988.
30. Scheidlinger, S. (1988) *Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo*. México. Limusa.
31. Steiner, C. (1979). *Alcoholismo: una aplicación del Análisis de Transacción*. México. V siglos.
32. Tausch, R; Tausch, AM. (1988). *Psicoterapia por la conversación*. Barcelona. Herder.
33. Vinogradov, S; Yalom, ID. (1990) *Concise guide of group psychotherapy*. New York. American Psychiatric Press.
34. Yalom, ID. (1986). *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*. México DF. Limusa.