

TRABAJO CON GRUPOS **CRÓNICA DE LA COTIDIANIDAD¹**

Pilar Quejido, Trabajadora Social. Escola Universitària de Treball Social Creu Roja. Lleida.

Marta Trepà, Doctora en Psicologia. Hospital de Santa Maria. Lleida

Decidirnos a poner por escrito nuestra experiencia con grupos no ha sido fácil. Sutilmente, íbamos dilatando la tarea bajo mil pretextos: cansancio, exceso de trabajo, otros compromisos...; y es que exponer tu labor a ojos de otros no deja de tener cierto riesgo si además quieres hacerlo con honestidad, sin eludir aquellos aspectos que no están claros o de los que estamos menos seguras.

El espacio donde tiene lugar esta experiencia es un Centro de Salud Mental de una ciudad de 110.000 hab. aproximadamente. También se da asistencia a la comarca, siendo así el centro de referencia de unas 160.000 personas. En este servicio se atiende a aquella población mayor de 18 años que es derivada por la atención primaria, ya sea sanitaria o social. En él trabaja un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social.

Fue creado en 1995, y como el lector sospechará, el crecimiento de los medios y los profesionales no ha ido paralelo y proporcionado al crecimiento de la demanda. Nos encontramos pues, en un centro con largas listas de espera que tiene dificultades para atender a todos los problemas que se le plantean.

En este contexto surge la preocupación de los profesionales al no poder responder de forma adecuada a las personas que solicitan asistencia, especialmente a aquellas que por la falta aparente de gravedad clínica o de riesgo inmediato, ven alargados los tiempos entre consultas distorsionándose así cualquier abordaje terapéutico.

La respuesta de algunos miembros del equipo a esta situación fue ofrecer tratamiento grupal, en un principio con la idea básica de optimizar el tiempo, pero también con la convicción de que la intervención en grupo podía ser más beneficiosa que la individual en determinadas ocasiones. Surgió entonces la creación del grupo de personas afectadas de distimia.

En este trabajo queremos reflejar los aspectos más cotidianos del proceso de creación y mantenimiento de un grupo terapéutico en el contexto de la Salud Mental, sus

¹ Publicado en *Trabajo Social y Salud* nº 44. Marzo 2003.

ventajas e inconvenientes, así como aquellos errores y aciertos que nos fueron llevando a la estructura actual.

Tras una breve introducción sobre la distimia y el significado de organizar un grupo en una institución, pasaremos a describir las características de las distintas etapas, los resultados y los factores terapéuticos que entran en acción.

1. Introducción

1.1. La distimia

Podríamos decir de la distimia que es un abatimiento persistente del estado de ánimo. Las personas que la sufren tienen una tendencia a teñir los acontecimientos de su vida de una tonalidad oscura, triste y sin esperanza de mejoría. Suelen presentar períodos de días o semanas en que se sienten bien, pero la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos: todo representa un esfuerzo y no disfrutan de nada.

Esta manera de percibir el mundo puede manifestarse con diversos comportamientos; no siempre es la pena y el estado depresivo. A veces están presentes una irritabilidad y una agresividad franca o encubierta hacia aquellos que les rodean.

Tampoco la pasividad y la inactividad son la única forma de manifestación, sino que en ocasiones podemos ver como se utiliza la hiperactividad laboral como una manera de hacer y no pensar.

Habitualmente se presentan con quejas sobre la incomprensión propia y de los demás sobre aquello que les está pasando: “...*siempre eres un estorbo...siempre es la misma canción...*”

Pueden buscar en acontecimientos o factores externos la responsabilidad sobre su malestar, ya sea su relación con la familia, los conflictos en el trabajo o con otros elementos de su entorno.

Es muy frecuente que el síntoma determinante para acudir al Centro de Salud Mental sean las múltiples consultas médicas por malestares difusos que casi siempre están relacionados con el dolor: neuralgias, cefaleas, lumbalgias, problemas digestivos, etc....

Aunque no siempre es evidente al principio, muchos de ellos tienen un profundo sentimiento de culpa por estar como están o ser como son, que a veces es depositado en las personas más próximas y favorece las relaciones conflictivas expuestas anteriormente.

Si bien cada vez hay más hombres que la padecen, la mayoría de las que piden ayuda son mujeres.

Nos encontramos, parafraseando a Corey (1995), con personas con dificultades para superar las demandas de la vida diaria.

Hay un dato que no queremos pasar por alto dada su importancia para nosotros, y es el número elevadísimo de pérdidas afectivas significativas que se han producido en la historia de los pacientes. Muchas de ellas han sido dramáticas, en circunstancias de precariedad emocional coincidiendo con momentos en que la persona tenía sus aportes básicos disminuidos.

Los datos que exponemos corresponden a los 29 pacientes que estuvieron en el grupo en la segunda etapa de éste.

- En la historia de 7 personas se han producido 5 suicidios consumados y 3 tentativas en parientes de primer grado, es decir, padres, hermanos o cónyuges.
- 6 de ellos perdieron a alguno de los progenitores cuando eran muy pequeños (3 corresponden a suicidios).
- 3 de los pacientes habían perdido hijos de corta edad. Una de ellas, después de haber perdido una hija de 5 días decía:..."*No pude ver a mi hija. Mi familia, por hacerme un bien se encargó de todo....yo me quedé como detrás de una vitrina, nadie me decía nada para no hacerme daño...no hablábamos nunca de esto con la idea de que así no sufriamos tanto...*". Otra, después de haberse sometido a una interrupción voluntaria del embarazo por malformaciones del feto, contaba:..."*No me enseñaron al niño. Tuve que tomar la decisión de interrumpir el embarazo sola porque mi familia no quería presionarme. No tengo ni una foto. Hace 5 años que me estoy juzgando y no puedo condenarme ni absolverme por falta de pruebas...*"
- En otras dos ocasiones hubo "cesiones" de los pacientes cuando eran muy pequeños a otros familiares, estableciéndose así una diferenciación clara entre ellos y sus hermanos con la pérdida de status de hijo que esto representa.

A la vista de estos datos merece la pena recordar que ya Tizón, San-José y Nadal (97) recomiendan la atención al duelo y al duelo patológico desde la atención primaria, con pautas específicas sobre los criterios de intervención y la forma de llevarla a cabo. A pesar de las dificultades de evaluación de los programas preventivos en salud mental, incidir en éste nivel es probablemente menos arriesgado que invertir en campañas mas vistosas pero con incierto resultado.

1.2. El grupo en la institución

Nos planteamos trabajar en grupos al observar como el abordaje individual de este tipo de malestar llega pronto a su techo, y más si tenemos en cuenta las dificultades de los servicios públicos (debido a la masificación y falta de personal) para ofrecer una asistencia intensiva y prolongada en el tiempo.

Con todo, no es sólo el problema de la escasez de tiempo el que hace que sea aconsejable una intervención grupal.

El grupo como contexto poderoso para observarse uno mismo, ofrece un espacio privilegiado de cambio donde se producen situaciones cualitativamente diferentes al tratamiento individual. La importancia de las relaciones interpersonales en nuestro desarrollo es lo que confiere al grupo una dimensión distinta y potente.

Aparentemente todos los profesionales estarían de acuerdo con lo expuesto, pero en la realidad nos encontramos con que la escasa conciencia de esta singularidad provoca en numerosas ocasiones que se opte por este trabajo sólo cuando ya se han agotado otras líneas de intervención.

Se produce entonces la circunstancia de que, con algunas excepciones, llegan a los grupos personas con un largo historial de consultas e intentos fracasados de mejorar su malestar.

Incluso en estas circunstancias, el tratamiento grupal consigue que las personas mejoren, pero creemos que se ahorrarían peregrinajes terapéuticos si los profesionales consiguieran tener el tratamiento grupal como una opción terapéutica al mismo nivel que las otras.

No deja de ser paradójico (y también interesante desde el punto de vista de la investigación) que, habiendo demostrado su efectividad de forma reiterada, no se cuente con el grupo en el repertorio de posibilidades a ofrecer.

Tizón y Recasens (94) reflexionan sobre lo que describen como *“la paradoja grupal en las instituciones”* y analizan las resistencias de la institución, las de los usuarios y las de los profesionales y la compleja interrelación que se da entre todas ellas para entender el porqué no se hace lo que se tiene que hacer y que todos estamos de acuerdo en que ha de hacerse.

También Yalom (1998) se interroga sobre las resistencias de los profesionales. En su reflexión aparecen como algunas posibles causas la sobredeterminación que supone el modelo uno-a-uno que ha imperado durante décadas, pero también los propios miedos personales de algunos terapeutas que prefieren el papel de autoridad del profesional al papel más igualitario y transparente que se requiere en la terapia de grupo.

Probablemente, tampoco es ajena a esta resistencia la remodelación de la psiquiatría junto con el interés por las causas biológicas y los tratamientos farmacológicos de las enfermedades mentales.

2. Creación del grupo. Primera etapa.

Describiremos de forma breve la primera etapa del grupo que se organizó y que tuvo una duración de 7 meses, pero centraremos el trabajo en la segunda. En ésta se

reformularon algunos aspectos teniendo en cuenta los errores y carencias del primero. Examinaremos la evolución de éste durante cuatro años.

Iniciamos el tratamiento grupal con 8 personas (todas mujeres) derivadas tanto por el psiquiatra como por el psicólogo del equipo y diagnosticadas de distimia. Todas tenían antecedentes de tratamientos anteriores con resultados poco satisfactorios.

Los criterios de inclusión en aquel momento fueron simplemente, el diagnóstico mencionado y la aceptación por su parte del abordaje grupal.

Sin saberlo, estábamos haciendo lo mismo que hacían a principios del siglo XX Joseph Prat con enfermos de tuberculosis y Jacob Moreno con jóvenes prostitutas: historias similares, dinámicas parecidas y aceptación de la propuesta. (Salvando las distancias y solamente en lo que se refiere a los criterios de inclusión, obviamente). Nada desorbitado si tenemos en cuenta que Yalom, el año 1985 decía que los fundamentos científicos de los criterios de selección de pacientes aún no eran sólidos y que la mayoría de estudios en este terreno no superaban una comprobación metodológica rigurosa. (Citado por Salvendy, 1996).

Las normas requeridas se reducían a la puntualidad y respeto a la confidencialidad.

El grupo se reunía con una frecuencia quincenal y conseguimos mantenerlo durante siete meses. Durante este tiempo la asistencia de los miembros era irregular y se produjo una deserción del 35 %.

Las faltas de asistencia no se notificaban y esto provocaba un aspecto de incertidumbre en el resto de asistentes (miembros y terapeutas) que dificultaba que se abordasen temas más personales y significativos. Otra de las consecuencias del no saber con exactitud el motivo de las ausencias era que la interacción entre los asistentes se limitase a la relación terapeuta-paciente, y que se produjesen muy pocos intercambios entre ellos.

A pesar de todo, fuimos confirmando con entusiasmo creciente la potencia del grupo como instrumento terapéutico y decidimos replantearnos ciertos aspectos para la consolidación del grupo introduciendo cambios que, aunque no fueron espectaculares, fueron cualitativamente importantes.

3. Segunda etapa:

3.1 Descripción del grupo

En esta nueva etapa el grupo está compuesto por 3 miembros de la etapa anterior y 5 nuevos. Es un grupo abierto con incorporación lenta, es decir, que a partir de una composición inicial de 8 miembros, van saliendo y entrando de forma lenta en función de las deserciones y las altas terapéuticas.

El período de tiempo analizado son 4 años, de enero de 1997 a diciembre de 2001.

Durante este tiempo han pasado por el grupo 29 pacientes de los cuales solamente 5 eran varones y el resto mujeres.

A pesar de que los hombres padezcan este trastorno en menor proporción, parece que el hecho de ser minoritarios en el grupo también podría deberse a otros factores:

- Los varones solicitan atención al centro especializado con menor frecuencia.
- Los profesionales derivan menos a los varones que a las mujeres a terapia de grupo.
- Los varones son más resistentes a aceptar este tipo de abordaje.

Si bien analizar este aspecto no es el tema de este trabajo, podría ser de interés en futuros análisis.

La estancia aproximada en el grupo se limita a un periodo máximo de dos años, tomando como referencia la psicoterapia breve.

De las 29 personas que durante el periodo analizado han pasado por el grupo, : 12 han obtenido el alta por mejoría y mantenido una buena evolución (41 %); 10 han desertado (34 %); 2 causaron baja con notificación y seguimiento individual posterior (7%) y 5 continúan en el grupo (17%).

A pesar de que en principio no son datos espectaculares, pueden considerarse como positivos si tenemos en cuenta que todos los asistentes al grupo provenían de tratamientos anteriores fracasados.

3.2 Frecuencia, entrevista preparatoria, criterios de inclusión

De entrada vimos que la frecuencia quincenal dificultaba el establecimiento de continuidad tanto en las relaciones como en los temas abordados y que, en definitiva, no ayudaba a la creación del sentimiento de “nosotros”, la cohesión de la que Yalom (1998) dice que es imprescindible para que pueda surgir efecto el resto de factores

terapéuticos que se dan en el grupo. Así pues, decidimos reunirnos con una frecuencia semanal.

El mismo autor también habla de una preparación previa al grupo donde se investigue la idoneidad del paciente para que éste pueda beneficiarse del grupo. En esta preparación (que puede comprender una o varias entrevistas) se informa del grupo, características, objetivos y normas básicas de funcionamiento.

A partir de la experiencia creemos que no tiene excesiva importancia cuales son estas normas. Lo que sí es importante es que éstas, más o menos rígidas, más o menos extensas existan, que sean explícitas y que tengan sentido tanto para los terapeutas como para los pacientes. Esto que puede parecer evidente no se da en la práctica con la frecuencia deseada.

En ocasiones los miembros están desorientados sobre el tiempo de permanencia en el grupo, lo que de él pueden esperar, las obligaciones que contraen, etc., etc.

La inseguridad de los conductores puede hacer que se caiga en los extremos: o no se explicitan ni siquiera las normas básicas, creando así un clima de incertidumbre donde parece que todo y nada es posible, o se cae en el extremo contrario, imponiendo un programa y unas normas tan rígidas que constriñen no solo a los miembros sino también la intuición y espontaneidad de los terapeutas.

Es posible que algunas veces ni siquiera se recuerde o se entienda el motivo de algunas normas.

Las normas que propusimos en este grupo fueron:

- Asistencia regular, con notificación previa de las ausencias inevitables.
- Puntualidad
- Confidencialidad
- Se recomienda también no abandonar el grupo durante los primeros tres meses, ya que antes lo consideramos un tiempo insuficiente para que puedan valorar si para ellos tiene interés o no.

Dimos más importancia a la entrevista preparatoria que mantiene uno de los coterapeutas con los candidatos con dos objetivos claros: la confirmación de la idoneidad para incluirlo en el grupo (pensando tanto en el paciente como en el grupo) y la información a la persona de aquellos aspectos importantes con los que va a encontrarse cuando inicie su asistencia.

Se modifican los criterios de inclusión y valoramos no sólo que compartan el mismo diagnóstico, sino la capacidad para trabajar en grupo y la motivación para participar en el tratamiento.

También se aborda la metodología y los objetivos del grupo para ajustar las expectativas a la realidad.

En estas entrevistas es importante valorar el insight, la capacidad de soportar la frustración que puede producir el no tener al terapeuta en exclusividad, así como la esperanza de cambio del futuro miembro. Y, evidentemente, explorar si existe placer en el sufrimiento, si ya se está instalado en los beneficios secundarios del trastorno. De ser así la evolución será mucho más incierta y los beneficios que pueda aportar el grupo serán, como mínimo, dudosos.

Esta selección es más arriesgada al inicio del grupo, cuando se está creando.

Una vez el grupo está ya en funcionamiento, el terapeuta puede recurrir a la imagen mental que tiene del grupo e intentar ver al candidato en él. Si la percepción es correcta, no se necesitarán reglamentos exhaustivos y lo más probable es que la inclusión de un nuevo miembro sea adecuada.

De todas formas es interesante no olvidar en lo que respecta a la composición del grupo la aportación de Redl (1971) citado por Brown (1988), sobre la “distancia óptima”, según la cual los grupos deberían ser lo suficientemente homogéneos para asegurar la estabilidad y lo suficientemente heterogéneos para asegurar la vitalidad. Ya que el grupo del que hablamos tiene, además del de apoyo, un objetivo de cambio, precisa que sus miembros tengan habilidades, conductas y experiencias distintas, y a la vez, que exista suficiente similitud en cuanto a atributos descriptivos (cada miembro tendría que poder identificarse como mínimo con otro).

A pesar de todo en más de una ocasión, después de dos o tres entrevistas preparatorias y de selección, incorporamos un candidato al grupo que no era el más adecuado.

3.3 Coterapia y estilo de liderazgo

Coterapia

En los dos grupos mencionados optamos por la coterapia como forma de trabajo idónea pero con la que han de tomarse ciertas precauciones.

Exactamente igual que sucede con un grupo, que no es la suma de sus miembros sino algo cualitativamente distinto, sucede con los conductores: la coterapia no es la suma de dos terapeutas sino alguna cosa diferente.

Corey (1995) nos habla de las muchas ventajas y pocas desventajas de la coterapia tanto para el terapeuta como para el grupo.

Respecto a las ventajas, dice:

- “Los miembros del grupo pueden beneficiarse de la experiencia directa y del insight de los dos terapeutas; los terapeutas pueden tener perspectivas diferentes de una misma situación.
- Pueden complementarse el uno al otro.
- Si los terapeutas son hombre y mujer, pueden recrear algunas dinámicas originales de los miembros con sus pares. (Desgraciadamente éste no era nuestro caso).
- Los coterapeutas pueden servir como modelos a los participantes respecto a como se relacionan entre ellos y con el grupo.
- Pueden proporcionarse feed-back recíproco.
- Cada terapeuta puede crecer observándose, trabajando y aprendiendo del otro.
- Da más oportunidades para favorecer la vinculación del trabajo de los miembros. Mientras un terapeuta está atento a un miembro determinado, el otro puede observar el efecto en el resto del grupo y percibir la implicación de los otros.
- Las diferencias ocasionales entre los dos pueden inyectar vitalidad al grupo y otras oportunidades para reflexionar y comentar.

Curiosamente, bastantes autores se inclinan por la coterapia, pero en la práctica no es tan habitual como cabría esperar.

Creemos que, efectivamente, la coterapia es positiva y proporciona mucha riqueza al grupo, pero también, como ya hemos explicado, ésta no se consigue solamente con que haya dos terapeutas en lugar de uno.

Hay unas condiciones básicas a tener en cuenta cuando se opta por la coterapia.

En primer lugar es importante que compartan el mismo paradigma. Es bastante difícil imaginar que podría pasar si dos coterapeutas, uno con un enfoque conductual y otro dinámico tuvieran que abordar conflictos conjuntamente en un grupo. La visión que de ellos y sus soluciones tuvieran, seguramente pondría en peligro al grupo rápidamente.

Aun así, este no es el tema que para nosotras es más importante. De entrada ya resulta algo inverosímil que dos profesionales de orientaciones tan diferentes se embarquen en la creación conjunta de un grupo. Si que creemos en esta posibilidad cuando las orientaciones, con ser distintas, no se alejan tanto entre sí.

En nuestro caso una de nosotras es de orientación dinámica y la otra sistémica y ha supuesto más una fuente de riqueza que de confrontación.

Se puede hablar y llegar a acuerdos sobre las diferentes explicaciones que uno da al mundo y de los medios que utiliza para hacerlo, buscando los puntos de contacto y no sólo los de fricción.

El respeto mutuo, la confianza básica en las capacidades profesionales y la honestidad personal del otro, el placer obtenido con el trabajo conjunto, la pasión por los procesos

grupales y la aceptación de los cuestionamientos como una fuente de ayuda y no como una interpelación estéril son a nuestro parecer, los elementos básicos para que la coterapia sea eficaz. Como dice Corey (95) "...no es cuestión de ser un terapeuta perfectamente integrado que ya ha "llegado". ¡Después de todo, una vez llegado no hay a dónde ir!"

Como dijimos, del marco teórico de referencia puede hablarse. De aquellos aspectos no hablados es de los que tenemos que desconfiar: la competitividad, la falta de confianza básica, las personalidades incompatibles, la rivalidad...

Dos coterapeutas que tengan puntos de fricción, aunque intenten que no trasciendan, provocarán una fractura en el grupo y la creación de subgrupos.

Estilo de liderazgo

Nuestra posición básica en este tema es que el estilo para liderar un grupo ha de ser personalizado y de hecho, siempre lo es. Un terapeuta que sigue devotamente las normas de un modelo concreto sin plantearse si aquello va con su forma de ser, tiene un estilo de liderazgo personal, exactamente igual que aquel que bajo la excusa de la "naturalidad" hace lo que buenamente se le ocurre en cada momento, sin plantearse siquiera su idoneidad o conveniencia.

Creemos que los profesionales, una vez que han integrado los aspectos más importantes de la orientación a la que se adscriben, deben esforzarse en "desaprender" con honestidad, escucharse, escuchar al grupo y intentar ayudar a las personas a mejorar aquellos aspectos de su vida que les hacen infelices y les llevan a pedir ayuda. Un profesional que no es capaz de mirar "más allá" y "más dentro" de si mismo, no puede pretender que lo hagan los pacientes que van al grupo. La superficialidad y el poco compromiso tarde o temprano terminan por pasar factura en el crecimiento personal no solo de los miembros, sino también de los terapeutas.

Creemos poco en las frases hechas y aprendidas para utilizarlas en tal o cual situación, y por eso nos da algo de miedo abordar el tema del humor. Pero la realidad es que a *nosotras*, y remarcamos el *nosotras* por que no sabemos si es generalizable, utilizar el sentido del humor nos ha ayudado a salir de situaciones repetitivas y también a poder decir cosas que de otra forma habrían creado resistencias.

Para May (1976), el humor "...es la manera de sentir una distancia entre uno mismo y el problema; representa una forma de pararse y contemplar los propios conflictos con perspectiva.... en la medida que podamos reírnos no estaremos totalmente dominados por la ansiedad o el miedo; de aquí proviene la creencia popular de que ser capaz de reírse en situaciones de peligro es señal de coraje...el humor se produce a causa de una apreciación nueva de uno mismo como sujeto ante un mundo objetivo..."

May diferencia el humor de la risa: “en nuestra sociedad se confunde risa con humor”. Habla de la risa como una cosa provocada con técnicas de venta por correspondencia o “apriete el botón”, convirtiéndose entonces en una huida para la ansiedad y la vacuidad a la manera del avestruz, en lugar de una forma de adquirir una perspectiva nueva y más valiente de enfrentar nuestras perplejidades.

Grotjahn(1983) citado por Rosenberg (1996) dice: “el humor es una vía para ayudar al grupo a salir de la infantilización en cuanto contribuye a ver al terapeuta como una persona real...El humor ha de controlarse con mucho cuidado ya que las observaciones agudas del terapeuta pueden asustar tanto a la persona a la que se dirigen como al grupo en su conjunto.”

Es decir, siempre que el profesional se mueva con una cierta comodidad, utilizado con cautela y sentido común, el sentido del humor es útil y eficaz. Como ya se habrá percibido hasta el momento, huimos de todo lo que pueda sonar a gag, chiste o risa prefabricada.

En realidad es tan sencillo como pensar en nuestra propia vida. ¿A quién, cuando está pasando por un mal momento, le ayuda un chiste? Por muy buena fe que tenga el que lo cuenta los chistes solo funcionan cuando uno ya esta contento.

En cambio, una visión sutil, creativa y humorística puede mostrarnos un conflicto bajo otra perspectiva, cogernos desarmados, vencer la resistencia y disminuir la tensión con una carcajada.

Una paciente comentaba con humor un acontecimiento navideño. Las relaciones con su pareja no iban muy bien y ella se sentía desatendida y poco cuidada. Ese año decidió no poner regalo en el árbol de Navidad para su marido. Cuando él comentó sorprendido: “*¡No tengo regalo!*”, ella le respondió tranquilamente: “*¡Que curioso, yo tampoco!*”, poniendo así de manifiesto sin agresividad su situación. El día de Reyes, los dos tuvieron su regalo. La escena, contada en el grupo, provocó la hilaridad y el regocijo de todos los asistentes, y también dio pistas sobre formas creativas de abordar conflictos.

3.4 Proceso grupal.

Como ya se ha dicho, éste es un grupo abierto con incorporación lenta y planificada de nuevos miembros.

Esto significa que no se puede analizar el grupo como un todo en lo que respecta a las fases, pero si se da una cierta evolución que nosotras percibimos como olas.

El que sea abierto tiene para nosotras una serie de ventajas. Por una parte, cuando un paciente nuevo se incorpora al grupo, puede recoger la experiencia de otros miembros veteranos disponiendo así de uno de los factores terapéuticos del grupo: la esperanza de cambio.

La confianza en la utilidad del grupo es imprescindible en el tratamiento para que puedan ejercer su efecto otros factores terapéuticos.

Por este motivo es muy útil que haya pacientes en distintas fases y que los más avezados puedan infundir esta esperanza en los que se acaban de incorporar.

...” Me recuerdas mucho como estaba yo antes de empezar al grupo, y ahora ya me ves...Vale la pena seguir aunque ahora creas que no va a servirte de nada..”

También facilita que se dé una conducta imitativa que se observa principalmente en la comunicación no verbal.

Cuando empieza alguien al grupo, su aspecto físico es triste, suele vestirse con colores oscuros, como inanimada. Al ver a los participantes más antiguos su imagen va cambiando de forma perceptible: las caras de las mujeres se maquillan suavemente, los vestidos ganan en colorido y los hombres dejan de venir en chándal. A veces, sin querer que parezca una irreverencia o falta de consideración, es un tema de apuesta entre nosotras, las terapeutas, el tiempo que tardarán en hacerlo.

Una de las características de la evolución del grupo, es la producción de un lenguaje común, característico y propio y que sólo tiene sentido para los propios componentes. Este lenguaje va creando una especie de consignas que curiosamente se prolongan en el tiempo aunque los miembros que las crearon ya no estén. Una paciente contaba que se sentía igual que cuando ordenaba un armario y sacaba todas las cosas fuera: aunque hubiera desorden, era el inicio del orden. Esta metáfora quedó en la cultura grupal, y a pesar de que la autora de la misma ya no asiste al grupo, se sigue utilizando entre los participantes: *”...creo que yo ni siquiera tengo las llaves del armario...”, “...no me atrevo a abrir el armario...”*

La conducta imitativa también incluye el estilo comunicativo de los conductores.

Pueden afrontar las situaciones con sinceridad pero también con menos dramatismo y en ocasiones, la risa espontánea de los pacientes hace que no parezca que se trate de un grupo de personas con distimia.

Merece la pena remarcar que la esperanza de cambio ha de ser compartida por los terapeutas. Cuando esta convicción es auténtica, el optimismo que se revela ya en las entrevistas preparatorias, se contagia al candidato. Por el contrario, cuando la creencia en la posibilidad de mejorar a través de la interacción grupal solo es una cuestión manifestada verbalmente pero en la que en realidad no se cree, el mensaje llegará confuso y confundirá al paciente.

Finalmente, otra de las ventajas del grupo de incorporación lenta es que los nuevos miembros pueden revitalizar un grupo demasiado homogéneo y satisfecho y también ayudar a valorar los progresos conseguidos por los participantes más antiguos.

3.5. Nuevas incorporaciones

Hay un cuadro en el Museo Ruso de San Petersburgo titulado “La novena ola”. La historia reflejada en la pintura explica como unos náufragos quieren huir en una mar muy picada. Cuentan las olas pacientemente y descubren que la novena es la mas alta, y que si salen inmediatamente después tienen un breve tiempo de calma.

Esta es exactamente la sensación que tenemos cuando hemos de decidir la incorporación (y también la marcha) de una persona. Hay que esperar a la “novena ola”, ni antes ni después. Evidentemente, ha habido ocasiones en que hemos incorporado pacientes en la octava o en la séptima ola y hemos capeado el temporal como buenamente hemos sabido.

Los momentos que consideramos menos oportunos para añadir o restar elementos al grupo son:

- Cuando recientemente ha obtenido el alta un paciente nuclear, es decir, una persona carismática y que era muy importante para el grupo. “El nuevo” se verá enfrentado al fantasma del miembro ausente si se asocia esta marcha a la nueva incorporación.
- Cuando el grupo acaba de entrar en una etapa de cohesión y está abordando temas íntimos y significativos.
- Cuando está pasando por una crisis.

Con todo, un grupo de 8 o 9 participantes puede absorber tranquilamente la entrada de nuevos miembros si se evitan los momentos más conflictivos.

4. Factores terapéuticos del grupo

Los elementos terapéuticos que inciden en un grupo han sido repetidos una y otra vez en la literatura sobre el tema. Los autores más representativos, especialmente Yalom es citado en infinidad de trabajos para analizarlos, Y, a pesar de esto, no encontramos otra manera para exponer ejemplos significativos sobre el porque un grupo hace que la gente mejore.

La sensación de que el grupo “funciona” es una percepción casi sensitiva que se tiene cuando finaliza la sesión. En ocasiones se sale con la idea de progreso, de haber profundizado, de haber avanzado, de que los miembros del grupo se han “tocado” emocionalmente.... Otras, la sensación de marasmo, de aburrimiento, de dar vueltas a la noria sin poder bajar es igualmente intensa.

Por este motivo creemos que vale la pena intentar analizar la propia experiencia y ver cuales de los factores terapéuticos que describen diversos autores como Corey (95) y Yalom (98) hemos observado en la práctica cotidiana. Algunos de ellos ya han ido surgiendo a lo largo del trabajo.

Universalidad

La mayoría de pacientes cree que sólo a él le pasa lo que le pasa y que por lo tanto, nadie puede ayudarlo o entenderlo. El descubrir que otras personas han pasado por lo mismo les produce una sensación de alivio y les abre un espacio mental a la posibilidad de cambio.

Este diálogo es ilustrativo:

P1:....*"mi refugio es el trabajo. Horas y horas, noches sin dormir, trabajando..."*.

P2.... *"Gracias a Dios que oigo a alguien decir esto. No entendía como estando deprimida, no paraba de trabajar..."*

Información

Una de las situaciones que produce más angustia es la incertidumbre, el *no saber* lo que espera, como será el proceso en el devenir. Y en este sentido el grupo actúa como una fuente de información tranquilizadora de primera mano.

En respuesta a la angustia de un compañero, una paciente decía: *..."lo más importante no es solo dejar de estar mal, es saber que cuando estás mal pasará, que es temporal; tienes que tener paciencia porque yo te puedo asegurar que este malvivir pasa, y como mas sabes esto, más rápido se va..."*

Dar ayuda

Cuando un paciente llega a un grupo por primera vez, realmente no se percibe a sí mismo como capaz de dar. En las relaciones terapéuticas que ha mantenido hasta entonces siempre se ha colocado en el lugar del que demanda y recibe de forma pasiva. El hecho de observar que algunas de sus aportaciones son provechosas para el grupo en general, y sobre todo cuando algún miembro en particular así se lo hace saber, cambia su autoimagen de forma muy evidente.

Hablar de dar ayuda no es sinónimo de dar consejos. A veces la ayuda se presta escuchando, haciendo preguntas que demuestran interés, haciendo autorevelaciones que pueden ayudar al otro, etc..

Una paciente muy obsesionada con un problema de separación conyugal, es incapaz de escuchar los consejos que los otros miembros intentan darle. Súbitamente, A. una mujer que había permanecido callada durante toda la sesión, le dice: *"... quizá ahora te duele todo tanto que no puedes escuchar...quizá solo quieres llorar..."* La primera

paciente la miró llena de agradecimiento. Un tiempo después, A. comentó lo importante que había sido para ella que alguien la considerase fuente de ayuda y comprensión.

Comprensión de actuaciones fuera del grupo a través de las actuaciones en el grupo

Es evidente que los comportamientos que se dan en el grupo son iguales que los que se dan fuera. El grupo se convierte así en un espacio seguro donde analizar estas conductas y probar otras nuevas.

T., una paciente que mostraba una actitud muy posesiva hacia su hija tenía dificultades para integrarse en el grupo precisamente al trasladar esta necesidad de posesión hacia los profesionales. Le costaba mucho dejar hablar a los otros y se embarcaba en explicaciones largas y superficiales que en ocasiones era inevitable cortar.

Un día, el terapeuta le inquirió sobre sus continuos movimientos y ruidos mientras hablaba otra persona (suspiros, exclamaciones...). En una explosión dramática digna del mejor estilo siciliano responde: *“... ¡Es que yo estoy fatal y nadie me escucha nunca! ¡Nunca he podido hablar de mi problema! ¡todo el mundo habla y habla de sus problemas y yo nunca puedo hacerlo! ¡Además, otras personas piensan como yo!...”*

Este episodio, aun siendo embarazoso, sirvió para que tanto ella como el grupo pudieran pensar en la forma de relacionarse y de abordar los conflictos dentro y fuera del grupo y que ensayaran formas nuevas y más efectivas de hacerlo.

Socialización

En nuestro grupo concretamente creemos que el aprendizaje de habilidades sociales básicas es más bien indirecto. Recordamos un paciente que no se despojaba de su abrigo en toda la sesión, a pesar de que la temperatura era más que agradable, pero estamos seguras que no es que les faltase la habilidad social para hacerlo, sino que era una forma de continuar “tapado”.

El feed-back que otros miembros hicieron sobre este tema provocó una interesante discusión sobre la repercusión de su actitud en los otros: *“...no se si acabas de llegar o ya quieres irte, pero del todo con nosotros no parece que estés...”*

Expresión de emociones

La mayoría de terapeutas experimentados en grupos desconfían de las expresiones emocionales intensas en las primeras fases. Con mucha frecuencia en nuestras primeras épocas, salíamos entusiasmadas de una sesión donde una persona, en su primera intervención, había contado de forma muy emotiva experiencias dolorosas que

habían conseguido que el grupo entero llorase. Inexplicablemente, aquella persona no volvía. Y esa situación iba repitiéndose una y otra vez.

Yalom (98) considera que aún siendo imprescindible y vital la expresión abierta de emociones, ha de complementarse con otros factores. La catarsis es mucho más útil cuando ya se han formado vínculos grupales de apoyo. Podríamos decir que la cohesión fomenta la expresión de sentimientos y que ésta a su vez realimenta la cohesión, potenciándose mutuamente.

Los dos ejemplos de autorrevelación que exponemos fueron extremadamente útiles tanto para los protagonistas como para el propio grupo. Se desarrollaron sentimientos de cohesión y pudieron abordarse las repercusiones que habían tenido en sus vidas éstos hechos.

Un miembro del grupo que siempre había dicho que su padre había muerto, reveló con gran intensidad:

“No es verdad que mi padre muriese; nunca lo conocí. Mi madre se casó cuando yo tenía 2 años y a mí me mandó con unos tíos. Eso no se lo he dicho nunca a nadie, pero es una llaga que llevo siempre dentro...”

Otra exponía de forma muy simbólica un hecho muy representativo de su manera de relacionarse.

...”Cuando era pequeña fui al cine con mis amigas. Yo era gordita y en el momento preciso en que me estaba sentando, se rompió la silla. Tuve tanto miedo de que me ridiculizasen que aguanté toda la película sujetándome en los brazos de la silla como si estuviese sentada, pero sin asiento... creo que toda mi vida he estado así, pero ahora ya no puedo más. Me duelen mucho los brazos...”

Es lo suficientemente claro como para que sobre cualquier comentario.

Cohesión

Kaul i Bednar, citados por Yalom (98), dicen: *“la cohesión es como la dignidad: todo el mundo la puede reconocer pero aparentemente, nadie puede describirla y mucho menos medirla”.*

La cohesión sería la tendencia a mantenerse unidos y de acuerdo en lo más básico, es decir, en los objetivos del grupo y la forma de llevarlos a cabo, aquello que hace sentir al grupo como un lugar al que se pertenece, en definitiva, lo que está en la base del sentimiento de “nosotros”.

Es básica para que puedan actuar el resto de factores terapéuticos.

Sería conveniente trabajar sobre cuales son los elementos que han de entrar en juego para favorecer la cohesión, aunque parece claro que el compromiso auténtico de los terapeutas y la creencia en el valor del grupo son una de las bases más importantes. Cuando una paciente del grupo recibió un revés muy fuerte en su vida –la muerte accidental de una hija joven – el grupo se movilizó como una sola persona y de forma activa pero respetuosa le hicieron llegar su apoyo y su presencia. Es este momento se puso de manifiesto la cohesión grupal de forma muy viva.

Aprendizaje interpersonal

Es ciertamente difícil que un paciente ingrese en un grupo con el objetivo explícito de mejorar su relación con los otros. En principio, lo que mueve a la mayoría de participantes es el alivio del malestar.

Pero también es cierto que pasadas las primeras etapas se produce un traslado de objetivos y el malestar (el físico básicamente) pasa a un segundo plano y deja de ser el motivo básico de las intervenciones. Las relaciones con uno mismo y con los otros, la forma de resolver sus conflictos y algunos hechos de su vida que tienen que ver con su forma de ser y hacer actual pasan a un primer plano.

“...Nunca me llevé bien con mis padres. Sólo he podido demostrarles amor cuando han estado enfermos. Quizá por eso estoy siempre enferma, para asegurarme el amor de mi hija...”

“...Siempre he sido el puente que ha unido mi madre, mi marido y mis hijos. Pero me pasa como a los puentes, que todos pasan por encima...”

“...Parecemos caracoles, siempre dentro del caparazón...para los caracoles eso está bien, es su vida; la nuestra no es quedarnos dentro del caparazón...”

5. Conclusiones

Partimos de la definición de conclusión como aquella deducción, consecuencia o resolución que se toma luego de un largo razonar. Este es el sentido que queremos dar a la presente reflexión. La redacción de este artículo nos ha brindado la oportunidad de analizar y argumentar el porqué del trabajo con grupos, y las sugerencias siguientes son fruto de ello.

- Una de las impresiones más intensas es que el tratamiento grupal es útil y eficaz en el tratamiento de la distimia. Aunque los datos puedan parecer poco alentadores, no es así si tenemos en cuenta que la gran mayoría de pacientes provenían de tratamientos anteriores fracasados.

- El tratamiento grupal proporciona mas instrumentos para enfrentarse a la vida cotidiana porque ayuda a establecer redes de apoyo que funcionan una vez que el grupo ha concluido.
- Sería deseable que el grupo fuese una opción terapéutica utilizada con la misma categoría que el tratamiento individual, por lo menos en aquellas patologías en las que se demuestre su utilidad. En nuestra experiencia, el grupo ha dejado de ser un reducto de la cronicidad para convertirse en un espacio de crecimiento.
- Las instituciones deberían promover no sólo la creación de grupos, sino proveer del tiempo necesario para el intercambio y la formación de los profesionales que estén dispuestos a conducir grupos.
- Los terapeutas grupales deberían adquirir el hábito de informar a sus colegas sobre la marcha del grupo, sus avances y resultados. Este feed-back podría ayudar a que el grupo formase parte de las alternativas que los derivantes tienen presentes.
- Poner en marcha un grupo exige tiempo, esfuerzo y capacidad para superar la frustración de las primeras etapas. Los equipos deberían tener esto en cuenta y apoyar a los profesionales que inician un grupo.

Una de las cosas que puede leerse entre líneas en este trabajo es la interdependencia entre los terapeutas y el grupo, y también el aprendizaje común. Por eso creemos justo terminar citando un paciente, que en el último día de asistencia al grupo después de haber estado dos años y evolucionar favorablemente decía: “...*finalment un s’adona de que la vida és això: anar contenint i vessant, contenint i vessant*²...”, definiendo sin saberlo uno de los objetivos mas importantes de los grupos terapéuticos.

² A pesar de la dificultad de encontrar el sentido exacto de “vessar”, la traducción sería: *Finalmente uno se dá cuenta de que la vida es esto: contener y verter, contener y verter*...En el momento de citar esta frase temíamos que el lector dudase de su procedencia. Damos fe de que es cierta.

Bibliografía

ANZIEU, D. Y MARTIN J.I.(1997) *La dinámica de los grupos pequeños* Madrid: Biblioteca Nueva.

BROWN, A. (1988) *Treball de Grup*.Barcelona: Editorial Pòrtic, S.A.

CONTRERAS DE WILHEM, Y. (1980) *Trabajo social de grupos* México: Editorial Pax México.

COREY, G. (1995) *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Cuadernos de Trabajo Social nº 11. (1998) *Monografía: El trabajo social de grupo*. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.

FOULKES, S.H.(1986) *Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y principios*. México: Gedisa.

KISNERMAN, N. Y MUSTIELES, D. (1997) *Sistematización de la práctica con grupos*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

LUFT. J. (1992) *Introducción a la dinámica de grupos*. Barcelona: Editorial Herder.

MAY, R. (1976) *El hombre en busca de sí mismo*. Buenos Aires: Editorial Central.

ROSENBERG, P.(1996) Cualidades del Psicoterapeuta de grupo. En Kaplan, H.I. y Sadock B.J.: *Terapia de grupo*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

SALVENDY, J.T.(1996): Selección y preparación de pacientes. Organización del grupo. En Kaplan, H.I. y Sadock B.J.:*Terapia de grupo*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

SHEM, S. (2000) *Monte Miseria* Barcelona: Editorial Anagrama.

TIZÓN J.L Y RECASENS J.M. (1994): Experiencias grupales en Atención Primaria de Salud. En Ávila A. Y García A. (comp.): *Aportaciones de la Psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Madrid. Quipú Ediciones.

TIZÓN, J.L. Y ROSSELL M.T., coord. (1983). *Salud Mental y Trabajo Social*. Barcelona: Editorial Laia.

TIZÓN, J.L., SAN-JOSÉ J., NADAL, D. (1997) *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. (V. II: Atención a la infancia. Técnicas grupales. Programas preventivos)*. Barcelona: Editorial Herder.

VINOGRADOV, S. Y YALOM, I. D. (1996) *Guía breve de la Psicoterapia de grupo*. Madrid: Paidós.

YALOM, I.D. (1998) *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.