A.8 Papel del líder en la terapia de grupo

Myron F. Weiner, M.D.

INTRODUCCION

El papel del líder en un grupo terapéutico conlleva responsabilidades que incluyen definir los objetivos del grupo, seleccionar a los miembros, establecer un contrato con ellos, iniciar y mantener el proceso terapéutico, evitar que los miembros se lesionen y dar por terminado el proceso terapéutico en el momento oportuno. Idealmente el líder de un grupo de terapia es un profesional de la salud mental, adecuadamente entrenado, consciente de sí mismo, que ha llegado a un diagnóstico correcto y propone la terapia de grupo como tratamiento de elección o complementario. Por ejemplo, la terapia de grupo puede aplicarse como tratamiento primario de la distimia, pero es un complemento de la farmacoterapia y la educación familiar en la esquizofrenia (Kanas, 1991), caso en que puede consistir fundamentalmente en un entrenamiento para la adquisición de las habilidades que no se desarrollaron con anterioridad debido al efecto de la enfermedad sobre la evolución psicosocial del paciente.

Aunque el papel del líder en una terapia de grupo es el mismo que el del terapeuta individual (es decir, ayudar a los pacientes a manejar sus problemas emocionales y la enfermedad mental), la posición del líder grupal es distinta de la que se plantea en una relación diádica. La posición del líder grupal le expone a más estímulos, reduce su capacidad para observar la dinámica individual y le deja personalmente más expuesto que en una terapia individual. Por estas razones, algunos líderes de grupo manejan con menor eficacia que otros los sentimientos transferenciales y contratransferenciales, de forma que puede darse *acting out*, que pase desapercibido, tanto del terapeuta como de los miembros del grupo.

A través de la transferencia, los miembros del grupo experimentan actitudes y emociones basadas en relaciones de etapas tempranas de la vida. La contratransferencia, originalmente definida como la respuesta emocional inconsciente del terapeuta a la transferencia del paciente, ha llegado a ser sinónimo del conjunto de sentimientos y actitudes irracionales del terapeuta hacia los miembros del grupo, ya sea como respuesta a las transferencias de los pacientes o debido al propio sistema de valores o a la dinámica inconsciente del terapeuta. El término *acting out* designa la descarga inadecuada de impulsos dentro o fuera de las reuniones del grupo; se emplea en forma distinta al concepto psicoanalítico original, según el cual consistiría en repetir, poniéndolas en acción en la vida actual, conductas motivadas por conflictos reprimidos o impulsos activados en la neurosis de transferencia, en lugar de recordarlos durante la hora analítica (Fenichel, 1945). Muchos de los *acting out* en grupos no se asocian a la transferencia o la contratransferencia, sino que son consecuencia de aislamiento personal y avidez por el contacto o bien el estímulo al acto forma parte de un medio grupal peculiar. Los líderes y los miembros del grupo pueden servirse del grupo para aliviar su «hambre» social en momentos de deprivación o tensión interpersonal, como por ejemplo tras la muerte del cónyuge o después de divorciarse. Las personas con escaso control de sus impulsos son especialmente proclives a actuarlos dentro y fuera del grupo a consecuencia de la estimulación ejercida por el mismo.

Antes de nada el conductor de un grupo debe reflexionar sobre algunas preguntas relacionadas entre sí: (1)¿Tengo conocimientos y experiencia para llevar el tipo de grupo que pretendo organizar? (2) Porqué quiero formar un grupo de este tipo, con estas características y este conjunto de personas? (3)¿Es posible lograr los objetivos previstos para el grupo con los pacientes disponibles en este *setting*?

Hacerse estas preguntas ayuda al terapeuta a despejar muchos aspectos pertinentes antes de empezar un grupo terapéutico. La primera pregunta está especialmente indicada en el caso de terapeutas neófitos o terapeutas con experiencia que pretenden aplicar una nueva teoría o trabajar con un tipo nuevo de pacientes. Si se trata de un terapeuta sin experiencia conviene consultar con otro líder grupal más experimentado, con el que poder también hacer supervisiones, y quizás trabajar con un coterapeuta. Cuando se quiere ensayar una nueva teoría, debe plantearse como un proyecto de investigación, contrastando el nuevo modelo teórico en un grupo de ensayo con los efectos de la terapia habitual en un grupo control. En relación con la segunda pregunta, el terapeuta debe aclarar si lo que busca es satisfacer sus propias necesidades en lugar de obrar en

beneficio de los pacientes. La tercera pregunta tiene que ver con el apoyo institucional, el flujo de pacientes potenciales y las características psicológicas de los ya disponibles. Una institución que no pueda acoger a un grupo de adolescentes actuadores quizás pueda, en su lugar, hacerse cargo de un grupo de mujeres deprimidas. Incluso con el apoyo de una institución, cabe que el flujo de pacientes sea insuficiente para organizar un grupo si no se tiene una importante red de contactos con posibles fuentes de derivación. El líder de un grupo en formación también debe atender al estilo cognitivo y la situación vital de los posibles participantes. Los pacientes con pensamiento de tipo concreto probablemente obtendrán más beneficio de un grupo educativo que de uno de tipo interpersonal. Lo mismo es aplicable al caso de pacientes que sólo pueden participar en el grupo durante un corto período de tiempo, como ocurre con los pacientes psiquiátricos de la unidad de agudos o los pacientes de un centro de rehabilitación para cardiópatas.

Un terapeuta responsable debe ser consciente de la complejidad de factores técnicos y emocionales que intervienen en los resultados de la terapia de grupo. Las variables técnicas incluyen la habilidad del terapeuta, los objetivos del grupo, la composición del mismo, las circunstancias en que se organiza el grupo, el tipo de contrato y la capacidad del líder y de los miembros del grupo para trabajar juntos. Constituir un nuevo grupo o entrar de nuevas en uno es como acceder a una cultura diferente. Cada grupo tiene su propia personalidad, que en la mayoría de los casos en parte es reflejo de la personalidad y el estilo del líder. Para bien o para mal, a lo largo del proceso grupal se ponen de manifiesto muchas facetas de la personalidad del grupo. Los miembros del grupo suelen disculpar los defectos del líder si éste desempeña su trabajo con competencia y no utiliza al grupo fundamentalmente como un vehículo para su propia curación.

ATRIBUTOS DEL LIDER

Adecuadamente entrenados, pueden llevar un grupo con éxito líderes con tipos de personalidad muy diversos, sin que pueda considerarse mejor ningún estilo determinado. Uno de los requisitos más necesarios es la capacidad de tolerar saber bastante menos de los miembros del grupo como individuos de lo que es habitual en una relación diádica. Así, el terapeuta que necesite sentir que él es el principal agente terapéutico tendrá dificultades para llevar un grupo, donde pesa mucho la interacción entre los miembros, y posiblemente organice la estructura del grupo de forma que él, como líder, se relacione con cada miembro de uno en uno, mientras el resto de participantes quedan en el papel de espectadores.

Los conductores de grupos educativos deben poseer una adecuada capacidad para la enseñanza y sentirse cómodos siendo el centro del grupo y controlando las actividades del mismo. En este tipo de grupo, el líder a menudo utiliza material de apoyo para la enseñanza, como una pizarrra y deberes para casa, y suele sentirse confortable con un intercambio emocional relativamente escaso con los miembros del grupo.

El terapeuta que prefiere liderar grupos interpersonales tiende a sentirse más cómodo en la retaguardia del grupo y suele disfrutar con las interacciones de unos miembros con otros. Las intervenciones del terapeuta en este tipo de grupo son más sutiles que en el grupo de tipo educativo. En lugar de usar material didáctico, el terapeuta de un grupo interpersonal devuelve temas al grupo y confía en el *feedback* entre los miembros. Debido al formato relativamente abierto de los grupos interpersonales, se dan más oportunidades para el desarrollo de fenómenos transferenciales y contratransferenciales; por lo que el terapeuta debe tener gran sensibilidad para captar esas corrientes emocionales subterráneas. También debe tolerar y saber manejarse con emociones intensas e intercambios emocionales vehementes, resultantes de trabajar, aquí y ahora, con las relaciones interpersonales.

En estudios sobre grupos de encuentro (Lieberman,Yalom, Miles, 1973), los terapeutas más eficaces resultaban ser los que estimulaban moderadamente las interacciones dentro del grupo, al que dejaban suelto pero bajo control, eran cuidadosos con cada miembro y ayudaban a los individuos a lograr comprensión sobre sí y sobre lo que pasaba en el grupo. Por el contrario, en los grupos cuyos líderes fueron calificados negativamente eran percibidos como abiertamente controladores, descuidados e incapaces o sin voluntad para ayudar a tomar conciencia de qué estaba pasando en el grupo; despertaban en los miembros del grupo sentimientos de malestar sin intentar resolverlos. Las personas que se sintieron dañadas por estos líderes solían caracterizarse por tener escasa autoestima, pocos recursos personales y grandes expectativas acerca de su participación en el grupo.

Actitudes

Carl Rogers (1961) ha sugerido que las técnicas y procedimientos de los terapeutas son menos importantes que su actitud personal en la relación terapéutica. La actitud óptima debería aunar coherencia, respeto incondicional y comprensión empática. Estas virtudes se matizaron posteriormente , definiendo como condiciones que el terapeuta debería reunir las de autenticidad, calidez no posesiva y empatía justa. Aunque estas condiciones dan por buena la intuición, los datos de ulteriores investigaciones (Mitchell, Bozar,Krauft, 1977) no apoyan la idea de que sean todo cuanto el terapeuta debe poner en juego; también parece necesaria una estructuración de conocimientos.

Autoexposición (mostrarse uno mismo)

Una amplia gama de trabajos consideran la autorrevelación del terapeuta como un potencial agente terapéutico. Desgraciadamente, que el terapeuta se muestre él mismo no estimula la apertura de los miembros del grupo, ni siempre tiene un efecto positivo. Los miembros del grupo tienden a estar más preocupados por la cualificación profesional del terapeuta que por él mismo como persona. De hecho, la focalización en la persona del líder suele ser una resistencia grupal, basada en la necesidad del terapeuta de ser aceptado por los miembros del grupo. La comunicación por parte del terapeuta de sus reacciones emocionales aquí y ahora en respuesta a las manifestaciones del grupo, a menudo son útiles en grupos interpersonales ya asentados, pero ese tipo de exposición debe matizarse en función del contexto en que se realiza, por ejemplo, si se trata de una defensa o es un ataque dirigido a un miembro del grupo.

Una revelación personal que vaya más allá del curriculum profesional, la edad y el estado civil autoriza el ejercicio de la curiosidad incluso antes de que se produzca. Una táctica sencilla consiste en preguntar al paciente porqué hace esa pregunta personal. Si el terapeuta cree que la pregunta es una forma de resistencia, puede ser oportuno señalar que esclarecer el motivo de la pregunta es más importante que dar una respuesta. Cuando el terapeuta no está seguro de porqué se le plantea esa pregunta, pero no considera lesivo responderla, puede hacerse una intervención del estilo de : «No tengo inconveniente en responder a su pregunta, pero dígame primero porqué me la hace». El terapeuta debe cuestionar su propia urgencia para revelarse, al igual que cuestionar los deseos de saber de los pacientes. La necesidad del terapeuta de responder a preguntas personales puede proceder del temor a la desaprobación o la furia del grupo o de un deseo de reforzar su propio sentimiento de potencia hablando, por ejemplo, de sus éxitos y méritos profesionales.

Formación

No es posible definir con precisión el grado de entrenamiento didáctico necesario para trabajar como terapeuta de grupo, cuantas horas de supervisión o de llevar grupos hacen falta para considerar suficiente la preparación para funcionar con independencia. Las habilidades requeridas para la terapia de grupo son similares a las exigibles a todo profesional de la salud mental, pero la duración, intensidad y características de la formación de dichos profesionales es muy variable y resulta difícil hacer afirmaciones generales. Una persona bien formada como terapeuta individual, que se sienta cómoda con grupos, puede necesitar menos tiempo de entrenamiento en terapia grupal que otra con escasa formación teórica y práctica en terapia individual y para la que la terapia de grupo sea la fuente principal de experiencia. Los terapeutas de grupo deberían tener un adecuado conocimiento teórico y práctico de psicopatalogía y de una serie de técnicas terapéuticas individuales como fundamento para formarse en terapia de grupo. También son necesarios los seminarios teóricos, las lecturas personales y las supervisiones de prácticas con grupos.

ENCUADRE DE LOS OBJETIVOS DEL GRUPO

Los objetivos del grupo varían de unos a otros según su catalogación inicial. El objetivo habitual de un grupo educativo de breve duración es afrontar y hallar los medios para manejarse con una situación vital común a todos los miembros. En ese sentido, son buenos ejemplos los grupos de viudos (Piper, McCallum, Azim, 1992) y los de cardiópatas. Los objetivos de los grupos educativos abiertos suelen orientarse a que los miembros aprendan más acerca de su enfermedad o situación psicológica y la forma de manejarse

con ella. Estos grupos son útiles para personas diagnosticadas de enfermedad mental y para pacientes con escasa fortaleza yoica crónica, al margen de su causa; son grupos con pocas demandas emocionales, donde no se enfatiza la responsabilidad de los pacientes en relación a sus conflictos sino que se promueve cómo encarar las consecuencias de la enfermedad sobre sus circunstancias situación vitales actuales.

La terapia de grupo interpersonal es útil para las personas que conciben sus problemas como de índole interpersonal, que tienen capacidad para comprender que los pensamientos y las emociones influyen poderosamente en el comportamiento, y que son capaces de soportar un contacto prolongado con otras personas para investigar el aquí y ahora de sus relaciones. Para estas personas las metas son comprender qué efectos producen en otras y mejorar sus relaciones de pareja, amistosas y laborales.

SELECCION DE MIEMBROS

En algunos ámbitos, el líder grupal tiene poco que decir en el proceso de selección y sólo le queda hacer lo mejor que sepa con las personas que le son remitidas al grupo. No obstante, siempre deben considerar la conveniencia de no incluir en un grupo determinado a aquellos pacientes que no encajan en el contexto o que incluso podrían ser lesivos para otros, o bien esperar para incluirlos en otro momento.

Los miembros potenciales de un grupo abierto pueden ser heterogéneos en cuanto al diagnóstico, pero homogéneos en lo tocante a fortaleza del yo. Para un grupo educativo de breve duración los miembros potenciales pueden tener una amplia gama de fortaleza yoica, ya que en el proceso educativo se omite la expresión de aspectos psicopatológicos y de trastornos de relación interpersonal. Los miembros de cualquier tipo de grupo educativo trabajan mejor si se conciben a sí mismos con problemas específicos que comparten con los demás miembros del grupo. Así, por ejemplo, un grupo de breve duración de pacientes psiquiátricos internados puede orientarse hacia el manejo del estigma que supone tener una enfermedad mental o hacia la comprensión de los efectos secundarios de la medicación. Un grupo a tiempo ilimitado de pacientes ambulatorios con enfermedades mentales crónicas puede orientarse hacia cómo vivir con la enfermedad mental (De Bossett,1991). Las personas seleccionadas para estos grupos suelen tener escasa conciencia de las causas y efectos psicológicos y, con frecuencia, se ven a sí mismas afligidas por síntomas ajenos a sus emociones y circunstancias personales.

Los grupos de orientación interpersonal son, por naturaleza, abiertos, sin límites fijos; desarrollan una vida propia y llegan a constituir pequeñas subculturas. Los miembros potenciales de estos grupos pueden tener diagnósticos heterogéneos, pero deben ser homogéneos en cuanto a fortaleza del yo. Los candidatos a grupo interpersonal requieren bastante fortaleza yoica, en el sentido de ser capaces de hacer su propia vida y ser capaces de tolerar las tensiones ligadas a las relaciones interpersonales y la emergencia de emociones asociadas; también han de tener una mentalidad orientada hacia lo psicológico y capacidad para comprender los enlaces entre pensamientos, sentimientos, comportamiento y relaciones personales.

ESTABLECIMIENTO DE CONTRATOS

El contrato entre un terapeuta y un miembro potencial es un acuerdo mutuo, explícito, sin coerciones, sobre las tareas que cada uno deberá desarrollar y las metas a que se orientan. El contrato establece unas pautas formales de referencia dentro de las que se van a mover el terapeuta y los miembros del grupo; para muchos sirve como experiencia emocional correctora (Alexander, French, 1946). Ayuda a los miembros a aprender cooperación y solidaridad, en lugar de negativismo, agresión pasiva y manipulación- como vías para relacionarse con los demás.

La primera fase del tratamiento consiste en una evaluación conjunta por terapeuta y paciente; después se le proporciona un diagnóstico planteado en términos inteligibles y se prescribe un tratamiento. Al igual que al recetar un medicamento se deben explicar las pautas de dosificación, los efectos deseables y los secundarios, también al prescribir una terapia de grupo se tendrá en cuenta esos elementos. Así, el planteamiento del contrato debe incluir una descripción del grupo, la duración y frecuencia de sesiones, el beneficio potencial y cierta información sobre los posibles efectos adversos.

El terapeuta debe explicar al hacer el contrato la duración presivible del tratamiento (si se trata de un grupo a tiempo indefinido o limitado), la frecuencia de sesiones y la duración de las mismas. Los miembros de un grupo educativo pueden sentar el contrato sobre el objetivo de aprender a manejarse con su enfermedad; los de un grupo interpersonal, aprender cómo funcionan en las relaciones interpersonales y como corregir sus actitudes y comportamientos erróneos. El contrato no suele incluir la descripción de los posibles efectos negativos de la terapia; antes bien, a lo largo del proceso, el terapeuta, cada miembro y todo el grupo en su conjunto van decidiendo, sobre la base de lo que está pasando, si el grupo está siendo lesivo.

En los grupos de duración limitada se pide la asistencia a todas las sesiones. En los grupos continuos abiertos se pide la asistencia regular, pero el terapeuta tiene en cuenta que pueden presentarse circunstancias que provoquen ausencias ocasionales. La asistencia regular se explica como una necesidad de darle continuidad al proceso de cada individuo. Los miembros del grupo tienen obligaciones para con los demás, además de para consigo mismos.

Los honorarios por el tratamiento son otra parte del contrato. A menudo se aplica una tarifa fija, explicando a los miembros potenciales que ese dinero supone una reserva de plaza en el grupo, pero que es obligación de cada persona, no solamente asistir, sino hacer un uso equitativo del tiempo de sus intervenciones dentro del grupo.

Otros aspectos del contrato son la confidencialidad y la conveniencia de no mantener contactos entre sí fuera del marco del grupo. Estas consideraciones no suelen tener especial importancia en los grupos educativos, donde suele saberse poco de los demás y el intercambio emocional dentro del grupo es pequeño, pero son muy relevantes en los grupos interpersonales, donde se expone material embarazoso y doloroso, cuya confidencialidad no debe traicionarse so pena de un grave traumatismo emocional. En cuanto al contacto entre los miembros fuera del grupo, el terapeuta pedirá que se aborde el asunto durante las sesiones habituales para que todos estén al corriente de lo que está pasando. El propósito de esta regla es mitigar los efectos del subagrupamiento durante el proceso terapéutico.

Un último aspecto del contrato es el compromiso de un número mínimo de sesiones, cuatro, por ejemplo, para evitar o amortiguar los abandonos repentinos.

COMIENZO Y MANTENIMIENTO DEL PROCESO TERAPEUTICO

Una vez que se ha seleccionado a los miembros del grupo y se ha acordado la fecha de la primera sesión, el terapeuta comienza a estructurar al grupo para alcanzar sus objetivos. Primero, se hace una presentación de los miembros; a continuación se discuten el contrato y los objetivos del grupo. Cuando se ha llegado a un consenso, se pide a cada miembro que cuente algo sobre lo que le llevó a participar en el grupo.De esta forma se da por comenzado el proceso. En este punto, el terapeuta empieza a conjugar los elementos de la terapia de forma que los miembros operen al nivel elegido por el líder. En la Tabla A.8-1 se resumen los elementos de la terapia.

Dichos elementos se combinan, como se señala en la Tabla A.8-2, dando lugar a los dos tipos fundamentales de terapia de grupo. Ambos se solapan y, en ocasiones, el terapeuta de un grupo interpersonal adopta un abordaje educativo o, con menos frecuencia, en un grupo educativo se plantea algún ejercicio de aprendizaje a partir de la experiencia propio de un tipo de grupo más estable. El giro del abordaje interpersonal al educativo es útil cuando la tensión intragrupal se ha hecho tan intensa que el grupo está paralizado o cuando llega un nuevo miembro o se marcha uno antiguo.

Tabla A.8-1
Elementos de la terapia

Interacción
Estimulación de la esperanza
Promoción de identificaciones
Estimulación de la cooperación
Sugerencia
Manipulación
Educación, incluyendo *role-playing*
Reestructuración
Aliento para enfrentar conflictos emocionales
Catarsis útil
Desensibilización
Feedback (retroalimentación)
Atribución de significado
Comprobación de percepciones
Refuerzo
Estímulo para el desarrollo de apoyos externos para nuevas conductas
Elaboración, incluyendo repetición de conductas
Manejo de la relación terapeuta-paciente

Tabla A.8-2
Papel del terapeuta en terapia educativa e interpersonal

Educativa	Interpersonal
Contrato para establecer límites Contrato renegociable	Alienta la discusión de las violaciones del contrato Contrato renegociable
Se centra en la realidad externa fuera de la hora terapéutica	Se centra en los temas interpersonales dentro del grupo
Alienta la dependencia del líder como autoridad Dirige activamente las sesiones Puede llevar un orden del día Explica síntomas, sentimientos, comportamientos Enseña	Alienta la confianza en sí mismo Dirige activamente las sesiones Sigue el orden del día planteado por los pacientes Explora síntomas, sentimientos, comportamientos Hace devoluciones (interpersonal *feedback*)
Estimula la transferencia positiva Da argumentos explicativos de los sentimientos negativos	Permite la transferencia negativa Explora los sentimientos negativos
Estimula el uso del proceso secundario Ayuda a los pacientes a explicar lo que quieren decir Ayuda a los pacientes a verbalizar en lugar de actuar Proporciona una estructura a las sesiones Se centra en aspectos reales de la vida Anima a hacer preguntas, en lugar de suposiciones Anima a pensar antes de hacer	Estimula el uso del proceso secundario Ayuda a los pacientes a explicar lo que quieren decir Menos estructura de sesión que en la terapia educativa Se centra en las relaciones dentro del grupo Anima a hacer preguntas, en lugar de suposiciones Puede promover la espontaneidad
Acepta la incapacidad de los miembros para tolerar la tensión emocional Elude o explica los sentimientos intensos Subraya medios para controlar los síntomas	Desafía los intentos de los miembros de eludir la tensión emocional Explora temas que estimulan sentimientos intensos Relaciona los síntomas con sucesos interpersonales
Acepta la deficiente autoobservación de los miembros La observación se centra en las estrategias para desenvolverse eficazmente Las conductas maladaptativas dentro del grupo se reorientan o corrigen	Utiliza el *feedback* interpersonal para promover la conciencia de sí mismo Devuelve a los miembros observaciones sobre ellos Las conductas maladaptativas dentro del grupo se evalúan en función de sus efectos sobre los demás miembros
Acepta operaciones defensivas No se confronta a los miembros con el uso que hacen de proyección, negación, etc. Las operaciones defensivas sirven para calibrar el grado de progreso	Desafía las defensas interpersonales maladaptativas Se señala abiertamente el empleo de proyección, negación, etc. Las operaciones defensivas sirven para calibrar el grado de progreso
Alienta la percepción realista Desvía de ideaciones distorsionadas Acepta los problemas externos reales Alienta a los miembros a verse a sí mismos como enfermos	Alienta la percepción realista Confronta las perspectivas distorsionadas de los miembros Examina el papel de los miembros a la hora de crear problemas reales Alienta a los miembros a verse a sí mismos como que tienen conflictos interpersonales
Favorece el crecimiento del yo enseñando y modelando pautas para desenvolverse Favorece la identificación con miembros del grupo más saludables Ayuda a los pacientes a ver que pueden funcionar a pesar de su enfermedad	Favorece el crecimiento del yo por aprendizaje interpersonal Favorece la identificación con miembros del grupo más saludables Subraya la voluntad de superar los síntomas

Elementos de la terapia

Interacción. El proceso terapéutico se pone en marcha y se mantiene gracias a la interacción de los miembros del grupo en forma coherente con los objetivos y el tipo de terapia elegido.

Esperanza. La esperanza puede estimularse incluyendo en el grupo a personas que ya hayan tenido experiencias provechosas de trabajo en grupo o en terapia individual. Sin la presencia de tales miembros, el optimismo del líder grupal es un estímulo para la esperanza.

Identificación. Los miembros del grupo deben ser capaces de establecer de alguna forma identificaciones entre ellos. La identificación puede darse a partir de los mismos síntomas o las mismas situaciones vitales, pero en cualquier caso la identificación recíproca es lo que proporciona al grupo en sus inicios suficiente cohesión para seguir adelante. La identificación con miembros del grupo afortunados es también base para el sentimiento de esperanza.

Cooperación. Se fomenta la cooperación mostrando a los miembros qué se espera de ellos en el grupo, qué se prevé discutir y la manera de hacerlo.

Sugerencia. Las sugerencias del terapeuta soportan la mayor parte del peso al comienzo del grupo; posteriormente, las sugerencias hechas por los compañeros llegan a ser igualmente aceptables, ya que progresivamente los miembros del grupo valoran cada vez más los juicios de los demás.

Manipulación. Se refiere a los esfuerzos encubiertos del terapeuta para cambiar la conducta de los miembros del grupo. La técnica más sencilla es la de esperar, lo que induce a los miembros a hablar debido a su deseo de satisfacer al terapeuta. El líder puede también hacer sugerencias paradójicas, tales como «Probablemente no estamos todavía en condiciones de hablar de mis vacaciones, pero pensé que debía sacar el tema». Plantear el tema de esta manera saca partido a la tendencia de algunos miembros del grupo de desafiar al líder; hacer la sugerencia en términos negativos permite a tales miembros mostrarse desafiantes y abordar así la oportuna tarea.

Educación. Resulta evidente que los pacientes aprenden de la terapia, pero qué y cómo son temas controvertidos. La educación de los miembros del grupo a su nivel más elemental consiste en proporcionarles información acerca de su mundo y las vías más eficaces para sobrevivir en él. Los pacientes con trastorno bipolar pueden aprender que no son culpables de su enfermedad, que probablemente se trata de una condición determinada genéticamente y que su evolución puede modificarse en gran medida con el empleo continuado de compuestos de litio. A las personas con problemas conyugales se les puede enseñar que en la raíz de muchos problemas interpersonales está la tendencia a culpabilizarse recíprocamente en lugar de asumir las responsabilidades propias; se les puede preguntar si una generalización de ese tipo es aplicable a su caso. A los miembros del grupo con dificultades para ver los puntos de vista de otras personas se les puede pedir que hagan *rol-playing* de dicha persona.

Reestructuración. La reestructuración consiste en tomar un aspecto de la información presentado en forma negativa y darle la vuelta para ver su faceta positiva. Por ejemplo, a los miembros del grupo que se quejan de las pesadas tareas que les encomiendan sus jefes se les puede decir que parece que sus jefes tienen mucha confianza en ellos, a la vez que se les pregunta que hacen para provocar que los jefes les exijan tanto. Los señalamientos reestructurantes pueden emplearse sólo ocasionalmente, pero tienen la ventaja sobre otro tipo de intervenciones de que no requieren una relación terapéutica fuerte. Lo que cuenta mucho en este tipo de intervenciones es el factor de sorpresa para llamar la atención del paciente.

Aliento para encarar los conflictos emocionales. El terapeuta puede enfocar al paciente hacia pensamientos, recuerdos y sentimientos que habitualmente elude.

Catarsis. Consiste en la expresión de emociones que habían sido reprimidas.

Desensibilización. Se produce a base de abordar reiteradamente la discusión de temas cargados emocionalmente. Puede favorecerse un proceso de desensibilización psicológica para ayudar a determinados miembros del grupo a enfrentar sus síntomas fóbicos.

Feedback. La retroalimentación es el primer mecanismo terapéutico en los grupos interpersonales. El líder y los miembros del grupo responden, aquí y ahora, a lo que otros miembros del grupo dicen, sienten o hacen o a lo que parecen decir, sentir o hacer. Los miembros del grupo expresan cuando otros miembros estimulan en ellos sentimientos de desesperanza, rabia, simpatía y tristeza, a la vez que indican hacia donde se orientan sus respuestas a tales sentimientos. De esta forma, los miembros del grupo empie-

zan a darse cuenta del efecto que producen en otras personas. El feedback sirve también para el refuerzo positivo o negativo de conductas.

Atribución de significado. Todas las personas quieren comprenderse a sí mismas y a su entorno lo bastante bien para vivir cómodamente. Esto se logra mediante la atribución de significado. La atribución de significado a los síntomas o tribulaciones de los pacientes por parte del terapeuta organiza una estructura de referencia mediante la cual los miembros del grupo pueden abordar sus problemas. Hacer un diagnóstico es ya una atribución de significado; supone afirmar que el paciente tiene algo en común con un amplio grupo de personas con el mismo diagnóstico. El diagnóstico de trastorno bipolar, por ejemplo, permite a los pacientes tomar la medicación adecuada.

El terapeuta también debe atribuir un significado a los fallos de los pacientes a la hora de seguir adecuadamente el programa terapéutico. En un grupo educativo, el hecho de no tomar la medicación con regularidad puede explicarse como la resistencia natural a verse a sí mismo como un enfermo o a tomar un medicamento que carece de efectos inmediatos. En un grupo interpersonal el significado de no tomar la medicación será explorado por todo el grupo y, en última instancia, podrá atribuirse a un deseo de autosuficiencia, de permanecer en una situación de dependencia o de desafiar al médico. Al margen de la naturaleza de la atribución de significado y de si el grupo es educativo o interpersonal, el líder debe movilizar en los miembros del grupo la voluntad de cambiar la conducta en cuestión. En ese punto acaba la función del terapeuta en un grupo educativo. En un grupo interpersonal, el primer paso es cambiar la conducta, el segundo explorar la motivación para la misma. El motivo suele hacerse evidente una vez que la conducta ha cambiado y, a la vez, conocer la motivación refuerza el cambio.

La interpretación es un tipo especial de atribución de significado. La *interpretación* va dirigida a hacer consciente los pensamientos y sentimientos inicialmente inconscientes. Los grupos terapéuticos no suelen ser tan útiles como la terapia individual a la hora de desvelar los procesos emocionales inconscientes. Las interpretaciones hechas en los grupos terapéuticos son más eficaces cuando se refieren a sentimientos cuya presencia es evidente (como puede deducirse de las expresiones faciales y los gestos) pero no están accesibles a la conciencia de los miembros del grupo. Aunque se ha escrito mucho sobre la recuperación de recuerdos de la infancia en la terapia de grupo, no está clara la utilidad terapéutica de tales rememoraciones. En ocasiones, esos recuerdos sirven para apoyar la visión de víctima que el paciente tiene de sí mismo y justificar su conducta actual.

Comprobación de percepciones. La terapia de grupo es un medio excelente para someter a prueba las percepciones. Los miembros del grupo exponen sus puntos de vista sobre las experiencias que han tenido fuera del grupo. Las situaciones vividas como negativas pueden ser percibidas de otra forma por otros miembros del grupo, de forma que puede llegar a corregirse una percepción distorsionada. La percepción de un miembro del grupo sobre el enfado de otro, puede ser respaldada por otros compañeros, de manera que se refuerza una percepción acertada. A partir de estas experiencias intergrupales, los miembros del grupo pueden ir cambiando su mundo de relaciones interpersonales.

Refuerzo. Cuando cambia la conducta de un miembro del grupo, los cambios son reforzados por el resto de miembros, que animan a otros miembros a desarrollar una actividad constructiva, desechando los comportamientos inapropiados.

Estímulo del apoyo externo. Los cambios, aunque sean saludables conforme al punto de partida del paciente, pueden romper relaciones basadas en patrones de interacción firmemente establecidos; personas importantes en la vida del paciente pueden mostrar resistencia para aceptar los cambios. Para contrarrestar esta tendencia a la homeostasis, se anima a los miembros del grupo a cultivar relaciones que apoyen sus cambios saludables mientras intentan modificar las previamente establecidas con personas significativas.

Elaboración. La elaboración consiste en traducir a nuevos patrones estables de conducta cuanto se ha aprendido, ya sea mediante la enseñanza o las experiencias interpersonales. La elaboración es una tarea ardua y reiterativa, ya que los miembros del grupo deben afrontar una y otra vez las racionalizaciones ajenas para conservar una conducta maladaptativa. La integración del conocimiento adquirido sobre uno mismo se parece al aprendizaje de una actividad motriz, como puede ser lanzar una pelota de béisbol; después de muchos ensayos y errores, la habilidad se automatiza. Los pacientes tienen la oportunidad de practicar dentro los

las sesiones puede resultar costoso y consumir mucho tiempo, pero la revisión periódica de una serie de sesiones por el terapeuta y los miembros del grupo probablemente pueda ser muy instructiva.

También existe la posibilidad de una consulta formal sobre problemas específicos. En zonas geográficamente aisladas puede acordarse una consulta telefónica. Por último, siempre cabe la terapia personal para aquellos terapeutas que se encuentran a sí mismos en situaciones reiteradas de dificultad emocional con sus grupos.

Mantener el equilibrio

Otro aspecto importante es mantener el equilibrio emocional. El terapeuta necesita tener una vida privada satisfactoria para disminuir la tentación de incluir el trabajo con grupos dentro de su vida personal. Se da mayor vulnerabilidad cuando las necesidades íntimas están crónicamente insatisfechas debido a dificultades en las relaciones sociales o a conflictos emocionales. Un terapeuta socialmente mal adaptado tendrá más anhelo por obtener la aceptación de los miembros de su grupo, y la posición de ser admirado, respetado y necesitado puede resultarle muy atractiva. La necesidad de adoración o aprobación lleva al terapeuta a aliarse con las resistencias de sus pacientes al cambio. Disponer de la admiración y respeto de los miembros del grupo también aumenta la grandiosidad del terapeuta y su propia resistencia a establecer y mantener relaciones íntimas en su vida privada.

Autocrítica

Quizás una de las cosas más desconcertantes para el terapeuta de grupo sea comprobar que sus necesidades y puntos vulnerables cambian con el tiempo. Debido a ello, el terapeuta necesita someterse periódicamente a un autoescrutinio, por la vía que sea más conveniente para su personalidad y situación. Con escasas excepciones, los seres humanos están siempre en un proceso de desarrollo. Debido a que el terapeuta de grupo utiliza aspectos de su personalidad como principal instrumento terapéutico, necesita tener conciencia permanentemente de los cambios por los que está atravesando y la forma de sacarles partido, en lugar de convertirse en un profesional rígido e inauténtico.

Formación

No hay forma de saber por adelantado quien puede llegar a ser un buen terapeuta de grupo. Todo terapeuta en formación necesita una oportunidad para descubrirse, que sólo puede obtenerse con la práctica, ya sea en un grupo abierto o de duración limitada, ya sea como líder único o en coterapia. Con una formación adecuada, supervisiones y apoyo, la mayoría de los terapeutas individuales competentes pueden llegar a ser eficaces terapeutas de grupo. El terapeuta de grupo suele desarrollar un estilo peculiar, debido en parte a su propia personalidad y en parte al tipo de pacientes que le llegan. También suele haber una mayor inclinación a llevar o bien grupos educativos o bien interpersonales, aunque todo terapeuta de grupo debería estar capacitado para ambos tipos de terapia.

SUGERENCIA DE REFERENCIAS CRUZADAS

La dinámica de grupos se discute en la Sección A.3. Los criterios de selección. preparación de pacientes y organización del grupo se abordan en la Sección A.7; contratransferencia y transferencia en la Sección A.9; elaboración y resistencia en la Sección A.10; y terminación en la Sección A.11 La coterapia se trata en la Sección B.18 y el registro en vídeo en la Sección C.5.

Bibliografía

Alexander F, French T M: *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application.* Ronald Press, New York, 1946.

Bion W R: *Experiences in Groups.* Basic Books, New York, 1961.

De Bosset F: Group psychotherapy in chronic psychiatric outpatients: A Toronto model. Int J Group Psychoter *41:* 65, 1991.

Fenichel O: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* Norton, New York, 1945.

*Freud S: Group psychology and the analysis of the ego. In *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol 19, p 67. Hogarth Press, London, 1995.

Hamilton M: Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol *6:* 278, 1967.

Kanas N: Group therapy with schizophrenic patients: a short-term homogeneous approach. Int J Group Psychother *41:* 33, 1991.

Lambert M, Shapiro D, Bergin A: The effectiveness of psychotherapy. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change,* S L Garfield, A E Bergin, editors, p 157. Wiley, New York, 1986.

LeBon G: *The Crowd.* Benn, London, 1952.

nuevos comportamientos, siendo un medio eficaz para ello el *rol-playing*. Así, una persona vergonzosa puede practicar cómo iniciar una conversación con un desconocido o un individuo arrogante puede ensayar como acomodarse a los demás.

Relación terapeuta-paciente. En todos los tipos de terapia, los participantes deben enfrentarse al manejo de sus relaciones emocionales. Los factores culturales, socioeconómicos, raciales, sexuales, ideológicos, la transferencia y la contratransferencia, impregnan la relación terapéutica. En algunas culturas la autoridad no es nunca cuestionada. Otras culturas son más igualitarias y permiten críticas. Las diferencias obvias de estatus económico entre el terapeuta y los miembros del grupo o entre miembros del mismo grupo pueden ser fuente de tensiones. Los estereotipos raciales y sexuales contribuyen a complicar la situación, al igual que las diferentes creencias religiosas. La transferencia y la contratransferencia también pueden desempeñar un importante papel en algunas formas de terapia de grupo, sin embargo, no siempre se analizan las transferencias, sino que por el contrario, dependiendo de su orientación, el líder del grupo intentará crear un ambiente que reduzca las distorsiones irracionales o bien las trabajará como aspectos interpersonales del aquí y ahora, antes que explorar su origen en fases tempranas de la vida.

Comunicación

La mezcla de los elementos de la terapia hasta constituir un tipo específico de proceso grupal obliga a más que el mero conocimiento de dichos elementos y los niveles de terapia. Obliga a tomar conciencia de los tipos de comunicación, interacciones y resistencias que caracterizan a los grupos pequeños.

Los grupos psicoterapéuticos suelen formarlos entre 5 y 10 miembros. Con ese número de personas caben diversos patrones de comunicación entre ellas. La comunicación puede ser vertical, triangular, horizontal, esencialmente aleatoria o no estructurada, o circular (Figuras A.8-1 y A.8-2).

Todos los grupos se inician con una comunicación de tipo vertical o triangular. El terapeuta, designado como ayudador profesional, es el primer nexo de unión para todos los miembros del grupo. Al principio de la terapia, los miembros del grupo no están completamente seguros de poder confiar en los demás. En los grupos de duración limitada la estructura vertical o triangular se mantiene todo el tiempo. En grupos abiertos la tendencia es a formar vínculos estrechos entre los miembros del grupo y a desarrollar una comunicación de tipo circular (Figura A.8-2). La comunicación circular es directamente promovida por los terapeutas de grupos de orientación interpersonal, pero también puede servir

UNIVERSIDAD FIDELITAS
BIBLIOTECA
COSTA RICA

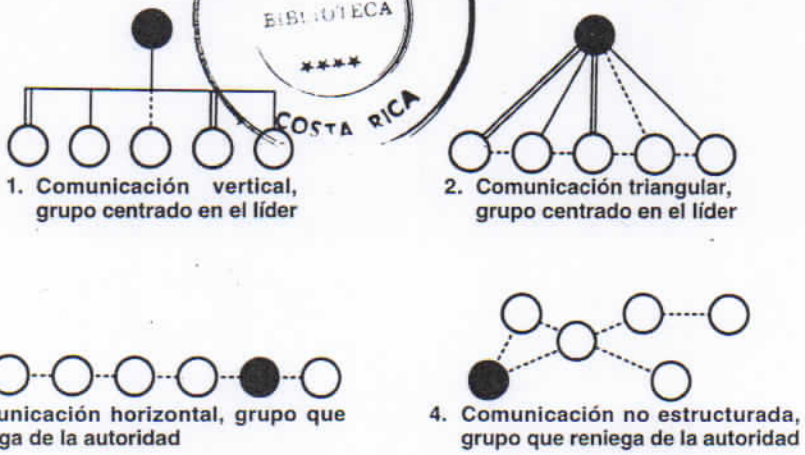

Figura A.8-1. Tipos de comunicación grupal

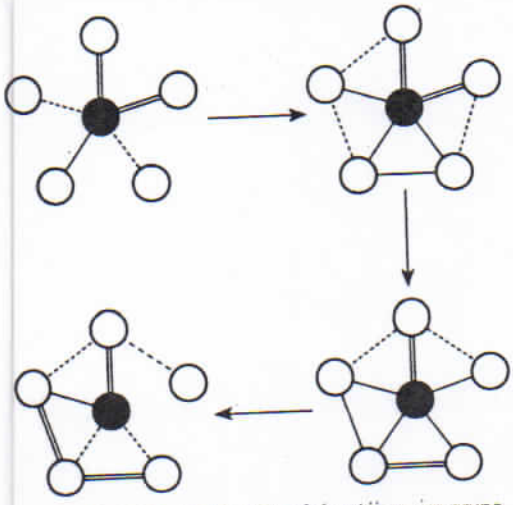

Figura A.8-2. Evolución de los vínculos en un grupo centrado en sí mismo con comunicación circular.

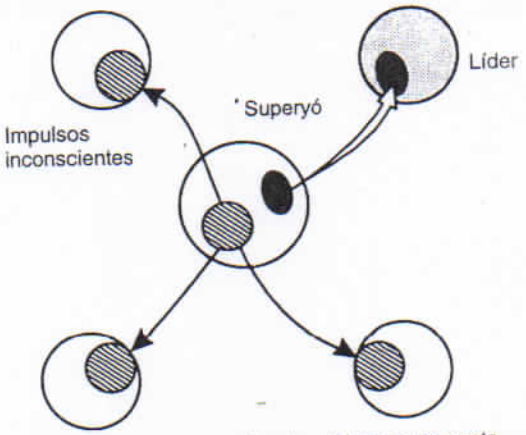

Figura A.8-4. El nuevo miembro del grupo proyecta el superyó sobre el líder y los impulsos reprimidos sobre los otros miembros.

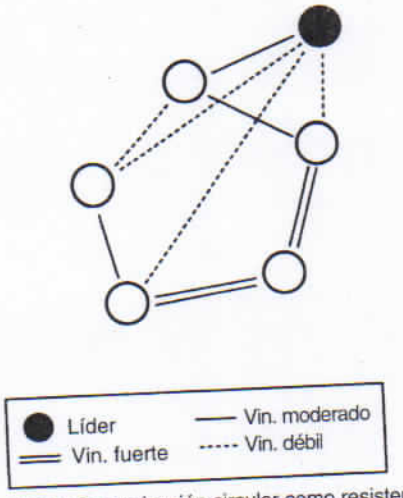

Figura A.8-3. Comunicación circular como resistencia.

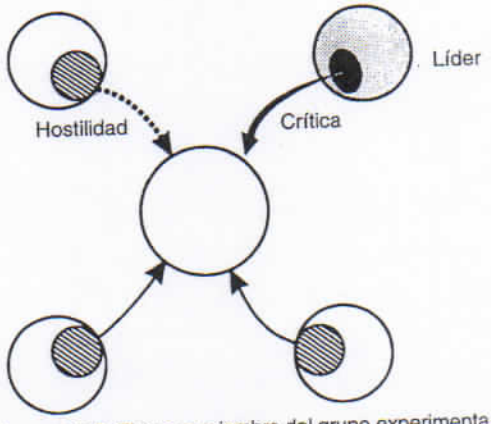

Figura A.8-5. El nuevo miembro del grupo experimenta como hostilidad y crítica el superyó y los impulsos reprimidos que previamente había proyectado.

de resistencia al líder, como se ilustra en la figura A.8-3, donde la influencia del líder es menor que la del miembro en posición inferior derecha, que mantiene vínculos fuertes con otros dos miembros del grupo y que no está significativamente influido por el líder.

Determinados tipos de comunicación grupal reflejan aspectos del estilo de liderazgo. Los patrones de comunicación vertical y triangular son característicos de los líderes autoritarios y carismáticos en grupos educativos de duración limitada. Este tipo de comunicación es necesaria cuando el objetivo fundamental es didáctico; también se encuentra cuando el líder tiene miedo de las interacciones entre los miembros. En momentos de tensión, los grupos que habían desarrollado una comunicación de tipo circular regresan al patrón vertical o triangular, buscando la protección del líder frente al mundo exterior y los demás miembros. Los patrones de comunicación horizontal y no estructurada son típicos de grupos desorganizados o de aquéllos en que el líder fracasa en el ejercicio de su rol. Los grupos de supuesto básico descritos por Wilfred Bion (1961) surgen en esas condiciones. Idealmente, los grupos educativos abiertos y los grupos de interacción se trasladan desde el patrón vertical o triangular hacia la comunicación circular, pero, como se muestra en la Figura A.8-3, la comunicación circular entre miembros del

upo proyecta
reprimidos

o experimenta
mpulsos repri-
o.

que habían
ipo circular
ar, buscan-
undo exte-
atrones de
cturada son
de aquéllos
o de su rol.
os por Wil-
ciones. Ide-
s y los gru-
e el patrón
cación cir-
gura A.8-3,
mbros del

grupo puede convertirse en una resistencia por exclusión del líder.

Interacciones grupales

Las omnipresentes respuestas grupales de los pequeños grupos pueden facilitar u obstruir el proceso terapéutico, dependiendo del uso que el líder haga de ellas. En 1921 Sigmund Freud (1955) señaló que, en grupos grandes, los miembros proyectan su superyó sobre el líder y adoptan como propia la conciencia de éste. G. Le Bon (1952) señaló en 1896 que las personas incluidas en una masa se comportan como si no tuvieran conciencia de sus actos y hacen cosas que nunca harían como individuos. Esta observación llevó a la actual consideración de que los miembros del grupo tienden a proyectar sus superyoes sobre el líder grupal y sus impulsos reprimidos sobre el resto de los miembros (Figura A.8-4).

Cuando un paciente se incorpora a un grupo, su expectativa (exceptuando a los pacientes maníacos y narcisistas) es que será criticado por el líder y atacado físicamente o sexualmente incordiado por el resto de los miembros, como se ilustra en la Figura A.8-5. Para poder manejar estas proyecciones, puede ser necesario que el terapeuta manifieste al paciente su plena seguridad de que no se producirán críticas ni ataques.

Todos los grupos tienden a la *homeostasis*, un consenso empático entre los miembros del grupo que posibilita interacciones cómodas y reduce al mínimo la ansiedad frente a los miembros más poderosos del grupo. Cuando la homeostasis de un grupo interfiere con la productividad de su trabajo, el líder intenta alterar el equilibrio. El *clima grupal* es la naturaleza de la homeostasis conseguida por el grupo o el tono o actividad predominantes durante una serie de sesiones. Los grupos pueden ser amistosos u hostiles, despegados o intensamente emocionales, pasivos o activos, por citar solamente unos cuantos climas posibles.

La *cohesión* del grupo, importante al comienzo, puede ser un obstáculo a suprimir cuando los miembros del grupo empiezan a valorar el aplauso o a temer la desaprobación entre ellos. El líder fomenta la cohesión grupal señalando los intereses, actitudes y situaciones vitales que son comunes a los miembros del grupo.

El *desplazamiento de la agresividad* puede adoptar múltiples formas. Se produce desplazamiento cuando varios miembros del grupo están enfadados con un miembro muy valorado, cuya aprobación se desea y cuya ira se teme. La propia rabia se dirige entonces hacia otra persona de la que se depende menos y a la que no se tiene tanto miedo. Los miembros con menor rango dentro del grupo frecuentemente sirven de chivos expiatorios. El líder grupal puede favorecer inconscientemente este proceso al intentar evitar la cólera de los miembros del grupo. El desplazamiento de la agresividad se maneja mejor interrumpiéndolo que interpretándolo. Una vez interrumpido, el terapeuta puede investigar el objeto al que realmente se dirigía y la razón del desplazamiento.

La *constitución de roles* se va dando con la evolución del grupo. Un poco más arriba se aludió al rol del chivo expiatorio. Otros roles habituales son el de provocador y monopolizador, a los que se adaptan unos u otros miembros en función de su personalidad y las necesidades del grupo. También son frecuentes los roles de padres e hijos. Aunque los roles pueden ser útiles en los comienzos del grupo y arrojar luz sobre las características individuales de los miembros y su forma de interacción, los roles también pueden provocar fallas en el proceso terapéutico del grupo y requerir una intervención activa por parte del terapeuta.

Otro fenómeno corriente es el de la *plataforma*. Los miembros van progresando en su manera de desenvolverse en la vida y relacionarse con los demás, pero sólo hasta alcanzar una cierta plataforma o meseta, más allá de la cual no se producen cambios espontáneos. En ese momento el terapeuta debe escoger entre sacar a relucir temas adormecidos o dejar que el grupo siga funcionando a ese nivel.

Resistencias grupales

Las resistencias son obstáculos para el proceso terapéutico. Las típicas resistencias grupales son el silencio, la conversación banal, poner etiquetas, hacer subgrupos, *acting out* y la transferencia. La mejor forma de manejar el *silencio grupal* es dirigirse a uno de los miembros y gradualmente ir llevando a los demás a la interacción. La *conversación banal* se maneja reencauzándola con sutileza.

Poner etiquetas puede ser una forma útil de comunicación taquigráfica, por ejemplo etiquetar con un «Si, pero...» la respuesta de socorro-

rechazo típica de un determinado miembro. Menos útiles son las etiquetas que denotan a alguien como amargado o inhibido emocionalmente, por ejemplo; esas etiquetas empujan al miembro etiquetado a asumir un rol reforzado por el grupo. Cuando surgen este tipo de etiquetajes, el terapeuta sugiere que puede ser razonable constatar que una persona está enfadada o inhibida emocionalmente en ese momento, pero que ponerle un rótulo de esto o lo otro es una manera de definirle.

La *formación de subgrupos* es un fenómeno normal en los grupos. Algunos miembros tienen más afinidades entre sí que con otros, como se ilustra en la Figura A.8-2. El subagrupamiento se transforma en resistencia cuando los integrantes de un subgrupo empiezan a reunirse en otro sitio y a otra hora y luego no comparten los contenidos de esos encuentros con el resto de miembros. La formación de subgrupos es además el medio abonado para *acting out*. A menudo, un subgrupo está constituido por el emparejamiento de un miembro dominante y otro sumiso, con el acuerdo de que el sumiso ocultará al grupo los secretos del dominante. Cuando se pone de manifiesto un subgrupo se pide a sus miembros que compartan con todos la información que han intercambiado o lo que ha pasado entre ellos. Frecuentemente, el subgrupo es expresión de la rivalidad edípica con el líder.

En términos estrictamente psicoanalíticos, *acting out* es poner en acción fuera de la hora de terapia un impulso o conflicto reprimido, en lugar de recordarlo y experimentar la emoción asociada. La rabia hacia el terapeuta puede ser actuada en la relación con la pareja; los sentimientos sexuales dirigidos al líder pueden ser actuados en una relación con otro miembro del grupo. Cuando se detecta un *acting out* el terapeuta tiene varias opciones. Una es declarar sencillamente que lo que la persona está haciendo no le beneficia ni a él ni al grupo. Otra posibilidad es investigar lo ocurrido, preguntando a los miembros implicados como explican ellos mismos su comportamiento. En estas circunstancias, las racionalizaciones se vienen abajo rápidamente y pueden frenarse ulteriores *acting out*. Cuando no se logra detener el *acting out*, puede sugerirse al miembro que haga tratamiento en otro grupo o que aborde en sesiones individuales el asunto, ya sea con el mismo terapeuta de grupo o con otro distinto.

Las *transferencias* surgen en el grupo exactamente igual que ocurre en una relación diádica. En tanto que facilitan la terapia es mejor no tocarlas. Pero las transferencias pueden ser obstructivas de muchas maneras. Vivenciar al terapeuta como cruel y frustrante puede conducir a los miembros masoquistas a echarse a sus pies, en un intento de obtener su amor y aceptando voluntariamente el dolor del rechazo. Vivir al terapeuta como cálido y tierno puede hacer que los miembros supriman sus sentimientos hostiles para conservar así el afecto del líder. La instauración rápida de reacciones transferenciales masivas sugiere una debilidad de la estructura del yo. El terapeuta debe manejar tales transferencias diferenciándose a sí mismo de la distorsionada visión que los miembros tienen de él. En esta situación, otros miembros del grupo pueden ser portavoces de la realidad.

El terapeuta de grupo también debe reconocer la contratransferencia que interfiere en el proceso terapéutico. Si no se ve capaz de evitar el *acting out* de su contratransferencia, tiene la opción de llevar el asunto a supervisión o a su terapia personal.

EVITAR QUE LOS MIEMBROS SE LESIONEN

Proteger a los miembros de posibles lesiones debe iniciarse ya en el proceso de selección. Las personas con impulsos homicidas o suicidas, los pacientes en fase psicótica aguda o con trastornos de personalidad antisocial no deben entrar en un grupo mixto de pacientes ambulatorios. Los pacientes con personalidad *borderline* pueden ser muy lesivos en un grupo mixto de pacientes ambulatorios y hay que ser muy prudente a la hora de admitirles. Por el contrario, los grupos de pacientes internos admiten personas con trastornos graves, ya que tanto los grupos como el entorno están muy estructurados.

Cuando algún miembro del grupo se descompensa hasta el punto de resultar peligroso para sí mismo o para los demás, el terapeuta debe remitir al paciente a otro profesional o indicarle otra forma de terapia. A veces, es difícil detectar una grave deficiencia del yo durante el período de evaluación. Aunque puede que la persona no dañe en forma activa al grupo, éste tiende a operar al nivel del miembro más afectado; de manera que los pacientes con capacidad para trabajar a un nivel más elevado en la terapia se ven frenados por la necesidad de no sobreestimular al miembro cuyo yo está muy deteriorado.

La contratransferencia del terapeuta puede resultar lesiva para los miembros del grupo (Vanicelli, 1991). Una contratransferencia hostil puede atrapar a los miembros en una dinámica de intercambios sadomasoquistas; o bien, la movilización de las tendencias omnipotentes del terapeuta, puede reforzar la dependencia infantil de los miembros del grupo. Es posible inferir que la contratransferencia está operando de forma significativa por sueños con los miembros del grupo o por que el terapeuta se dé cuenta de sus sentimientos excesivamente cálidos u hostiles. Además de la supervisión y la terapia personal, el terapeuta dispone de otras dos opciones para manejar su contratransferencia: puede trabajar con un coterapeuta o filmar en vídeo las sesiones para hacer luego una revisión conjunta entre miembros y terapeuta.

TERMINACION

Dar por terminado el tratamiento con frecuencia es difícil para el terapeuta. Supone perder a una serie de personas con las que se tiene una relación positiva, así como renunciar a una necesidad, la de ser necesitado. Además, el terapeuta debe iniciar otra vez el difícil proceso de establecer nuevas relaciones. A menudo, la reacción del terapeuta ante la inminente pérdida es encontrar nuevos asuntos que abordar con los pacientes.

Cuando un miembro anuncia su decisión de dejar el grupo, el resto de los miembros, intentando evitar la pérdida, también tienden a hallar psicopatología adicional por resolver. Al sentir la necesidad del terapeuta y de los demás miembros y su incomodidad ante la anunciada marcha, el miembro en cuestión puede estar tentado de quedarse. Llegados a este punto, el terapeuta debe abrir un proceso de despedida en sí mismo y en los demás miembros del grupo, que ya estaba subyacente en el miembro que planteó el tema de la terminación.

En un grupo de duración limitada el contrato incluye una fecha de terminación después de un número fijo de sesiones. En tales grupos la terminación debe producirse cuando se había planificado, de forma que el grupo centre su atención en la tarea actual, en lugar de intentar seducir al terapeuta para que prolongue el tiempo con ellos. En un grupo de duración limitada el terapeuta puede recordar periodicamente al grupo el tiempo que queda para no perder de vista los objetivos a lograr. Realmente no es necesario que se llegue a hacer lo previsto, pero sí es importante que los miembros saquen el máximo rendimiento a sus recursos. Al final de un grupo de duración limitada, puede derivarse a aquellos miembros que necesiten más tratamiento.

En un grupo abierto, sin límites fijos, la terminación acostumbra a ser una decisión unilateral de un miembro del grupo. El terapeuta puede aprovechar positivamente para el grupo la decisión de terminar de uno de sus miembros. Los demás miembros del grupo pueden resistirse a la terminación por parte de un compañero para evitar los sentimientos de abandono o la sensación de que ellos nunca llegarán a un desenlace feliz para sí mismos. Esta última reacción se da sobre todo si el miembro que termina no ha alcanzado un mejor nivel de funcionamiento que al principio o si incluso está peor que cuando entró en el grupo. Ya se trate de una escapada de la terapia o sea un paso hacia una vida más adulta, la puerta debe quedar abierta para un posible retorno. Uno de los logros positivos de la terapia es la mayor capacidad del paciente para manejarse con las complicaciones de la vida y la posibilidad de vivir mejor dentro de su propia piel.

EVALUACION DE LOS LOGROS

El terapeuta de grupo tiene la posibilidad de evaluar su trabajo de diversos modos. Uno de ellos es la aplicación de tests antes de iniciar el grupo, al acabarlo y algún tiempo más tarde. Diferenciar los efectos de la terapia de grupo de la influencia de otras variables no siempre es factible, especialmente con pacientes ingresados, a los que simultáneamente se aplica otro tipo de tratamientos; pero resulta más fácil con pacientes ambulatorios, cuando la terapia de grupo es el único tratamiento o el añadido a un régimen farmacológico más o menos estable (Weinwer, 1992).

Los efectos del tratamiento de grupo en enfermos mentales pueden evaluarse aplicando el Brief Psychiatric Rating Scale (Overall, Gorham, 1962) antes de iniciar la terapia y después de un período de tiempo de entre seis meses y un año. Puede compararse la frecuencia de reingresos hospitalarios entre más de un tipo de tratamiento grupal o entre el tratamiento de grupo y el tratamiento farmacológico solo. En pacientes deprimidos es un útil instrumento de medición la Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1967). Hay muchas otras escalas de frecuencia, que requieren poca experiencia para pasarlas o interpretarlas. Conviene ser cautos con los tests com-

putarizados, que no toman en cuenta los datos clínicos; los tests que se aplican sin considerar al paciente como individuo particular omiten muchas variables, dando lugar a una hiper o infravaloración de la psicopatología. Por esta razón, las escalas psicológicas deben enriquecerse con la visón que el clínico tiene del paciente en lo relativo a psicopatología y mejoría o estancamiento.

TRAYECTORIA DEL TERAPEUTA

El terapeuta debe conservar su propio equilibrio intelectual y emocional. La mayoría de los terapeutas desean ampliar su conocimiento de los pacientes y de las técnicas terapéuticas para, de esa manera, obtener mejores resultados terapéuticos. Esta actitud puede basarse conscientemente en una profesionalidad responsable, pero puede encubrir una tendencia irracional al perfeccionismo y la omnipotencia.

Escepticismo

Los congresos y demás encuentros científicos son importantes instrumentos para profundizar en la comprensión de los pacientes y la destreza para llevar grupos. Sin embargo, algunas ponencias de terapeutas omniscientes y omnipotentes presentan logros milagrosos y cambios en los patrones psicopatológicos de pensamiento y conducta muy arraigados con unas cuantas sesiones, gracias a la capacidad técnica del líder en cuestión. Este tipo de manifestaciones puede impulsar a algunos a poner en práctica los nuevos conocimientos adquiridos y las técnicas de las que se ha hecho una demostración, para acabar encontrándose con que en sus manos tales técnicas no son tan eficaces como parecía. Debido a ello, el terapeuta puede concluir que no captó adecuadamente el espíritu de la técnica o que no la ha aplicado correctamente. Ambas cosas pueden ser ciertas, pero una explicación más probable es que en el marco de la demostración, el carisma y la sugestión ejercida por el terapeuta ponente mostrara cambios más llamativos en sus pacientes de lo que en realidad es factible obtener mediante la técnica en sí. Antes de adoptar una nueva técnica, el terapeuta de grupo haría bien en dejar extinguirse el apasionado fervor religioso que, en ocasiones, acompaña a este tipo de demostraciones y, después, sometiera a juicio las teorías y las técnicas con la cabeza suficientemente fría y despejada. En terapia hay modas que van y vienen. El terapeuta debe conservar un saludable escepticismo y formarse un criterio personal sólo después de estar razonablemente satisfecho con lo que ha leído, oído y constatado en su propia práctica.

Flexibilidad

El terapeuta de grupo también debe ser cauto para no dejarse llevar por la autocomplacencia y la confortable noción de que lo que él piensa es invariablemente cierto. Muchos conceptos en terapia de grupo parece que son fundamentales y que es muy improbable que cambien. Entre ellos, el principio de que el líder es el miembro más importante del grupo y que debe llevar las riendas del proceso para que el grupo resulte eficaz. Sin embargo, la idea de que en grupo puede lograrse algo equivalente al psicoanálisis, incluyendo el desarrollo y evolución de una neurosis de transferencia, ha sido ampliamente abandonada; no se ajusta a los grupos de una sesión a la semana. Los grupos de catarsis también han sido abandonados en gran medida, porque la movilización de afectos tiende a inducir *acting out* y regresión antes que comprensión de sí mismo. De forma que el terapeuta de grupo debe estar al día de los cambios conceptuales dentro de su campo a través de literatura profesional, conferencias, congresos y cursos.

Compartir responsabilidades

Para asegurarse una trayectoria coherente desde el punto de vista técnico, el terapeuta dispone de diversos medios. Funcionar en grupo con un coterapeuta permite mantener el equilibrio, ya que entre los coterapeutas se puede dar el intercambio de sus respectivas percepciones.No obstante, con el paso del tiempo, la relación entre coterapeutas puede anquilosarse o hacerse estereotipada y tal vez sea necesario cambiar. Las discusiones periódicas con colegas sobre material filmado en vídeo pueden servir para mantener un control de calidad. Tales revisiones son una estupenda forma de detectar errores en el trabajo del terapeuta. Actualmente los equipos de video están al alcance de todos los terapeutas de grupo, son relativamente fáciles de usar y no requieren condiciones técnicas especiales de luz y sonido. La grabación y revisión de cada una de